# HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE

# SAN ISIDRO

## PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## Año 2020

EXPEDIENTE

H.C.D.

M 30 Nº 203

**Causante:**

**BLOQUE FRENTE DE TODOS**

**Objeto:**

**PROYECTO DE ORDENANZA**
**ADHIRIENDO AL MUNICIPIO DE SAN ISIDRO AL "PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO" ELABORADO POR EL PROGRAMA NACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.-**

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

San Isidro, 20 de Julio de 2020.-

**AL HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DE SAN ISIDRO**

**Visto:**

El Ministerio de Salud de la Nación, en el ámbito del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, aprobó en el mes de abril del 2015 y actualizó en 2019, el Protocolo Para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, siendo el mismo de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino, debiendo ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas. Que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en la Resolución Conjunta 01/2020, adhiere al mencionado protocolo en enero del corriente año; y

**Considerando:**

Que el derecho a la salud y la dignidad de las personas se encuentra garantizado en la Constitución Nacional, así como también en los Pactos, Convenciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos, incorporados al bloque de constitucionalidad a partir de la reforma de 1994 en el artículo 75, inciso 22;

Que a los fines garantizar el derecho humano a la salud deben ser tenidas en cuenta las previsiones establecidas en las leyes nacionales N° 17.132 (Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración), N° 26.485 (Protección integral para prevenir sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres), N° 25.529 (Derechos del paciente), y el Código Civil y Comercial de la Nación;

Que el Código Civil y Comercial de la Nación, en vigencia a partir del día 1° de agosto de 2015, trajo aparejadas importantes modificaciones y avances en materia de derechos en relación a la salud sexual y la salud reproductiva, principalmente en cuanto a la capacidad jurídica para el ejercicio de los derechos vinculados al cuidado del propio cuerpo, debiéndose aplicar dicha normativa con los siguientes criterios interpretativos: interés superior y autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes; presunción de la capacidad de todas las personas, pro persona, pro niña, niño y adolescente; e igualdad y no discriminación;

Que, además de lo previsto en la Constitución Nacional y los instrumentos internacionales de protección de Derechos Humanos del artículo 75 inciso 22, la Constitución provincial reconoce a la salud como un derecho social, siendo competencia y obligación de

la Provincia de conformidad con el artículo 36, "la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales";

Que el inciso 8 del artículo mencionado, en lo atinente a la salud, obliga a la Provincia a garantizar a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; a sostener el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; y a promover la educación para la salud;
Que la Ley N° 13.066 de la Provincia de Buenos Aires, modificada por la Ley N° 14.738, tiene por objetivo fundamental garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de toda la población, sin discriminación, siendo esencial en tal sentido reducir la morbi-mortalidad de personas gestantes, especialmente por abortos inseguros;

Que el Código Penal de la Nación admite en su artículo 86 la interrupción del embarazo cuando se practica para evitar un peligro para la vida o para la salud, como así también en los casos en los que el embarazo es producto de una violación;

Que las discusiones en torno a la interpretación de dicho artículo, su constitucionalidad y convencionalidad, han quedado saldadas con la sentencia que, en marzo de 2012, emitió la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso "F., A.L. s/ Medida Autosatisfactiva";

Que allí, el máximo Tribunal Federal propone lineamientos para el accionar de los equipos de salud al establecer estándares para el acceso a la interrupción del embarazo, especificando que "es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurran las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama";

Que, por otro lado, la Corte Suprema de Justicia de la Nación exhortó en dicho pronunciamiento "a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con competencia en la materia, a implementar y hacer operativos, mediante

normas del más alto nivel, en los términos aquí sentados, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles y para la asistencia integral de toda víctima de violencia sexual";

Que dichos protocolos según la palabra del Alto Tribunal "deberán: contemplar pautas que garanticen la información y la confidencialidad a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida";

Que por medio de la Resolución N° 304/2007 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se aprobó el primer "Protocolo de Atención Integral de los Abortos no Punibles", y posteriormente mediante la Resolución N° 3146/2012 del mismo Ministerio se aprobó el "Protocolo de atención integral de los abortos no punibles", cuyo contenido ha quedado desactualizado en razón de los avances en materia científica y jurídica;

Que el Ministerio de Salud de la Nación por Resolución Conjunta N° 1/2020 aprobó con fecha 09 de enero del 2020 el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", 2da Edición de 2019, dejando sin efecto la Resolución N° 3146/2012 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El protocolo suscripto recepta los últimos estándares médicos, bioéticos y jurídicos en la materia.

Que la aprobación de este protocolo para el ámbito provincial es la expresión de una política estatal tendiente a dar cumplimiento a las obligaciones constitucional y convencionalmente impuestas a la Provincia de Buenos Aires;

Que la adopción de esta política sanitaria se propone guiar y acompañar el trabajo de las instituciones y de los equipos de salud con lineamientos unificados, claros y actualizados por medio de instancias de capacitación permanente y el aseguramiento de todos los insumos necesarios, así como coordinar acciones con los gobiernos municipales, el Instituto de Obra Médico Asistencial, las obras sociales, el subsector privado, asociaciones de profesionales y organizaciones sociales que vienen trabajando en la atención de personas en situación de interrupción legal del embarazo;

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

Que la atención de la salud debe ser integral para todas las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo que así lo consientan, sin discriminación de edad, orientación sexual, identidad o expresión de género, capacidades, etnia, nacionalidad, condición migratoria, idioma, situación económica, política, religiosa ni lugar de residencia;

Que en el Municipio de San Isidro, la red de Atención Primaria de la Salud está compuesta por 8 Centros de Atención Primaria (CAP) y tres Hospitales Municipales. Es en estos CAPs donde es necesario llevar adelante el Protocolo de Interrupción Voluntaria del Embarazo debido a que estos establecimientos sanitarios son los de mayor cercanía, referencia y pertenencia de las mujeres y personas gestantes que viven en nuestro municipio.

Que es responsabilidad de este cuerpo generar herramientas para mejorar la calidad de vida de los vecinos y las vecinas, además de hacer cumplir en nuestro distrito las Leyes que garantizan derechos y los amplían.

Por las razones expuestas, las concejalas y concejales abajo firmantes solicitan el tratamiento y sanción del siguiente:

## PROYECTO DE ORDENANZA

**Articulo N°1:** Adhiérase al Municipio de San Isidro, a través de su Secretaria de Salud Pública, al "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", en su segunda versión de 2019, elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable del Ministerio de Salud de la Nación en abril de 2015.

**Articulo N° 2:** Dese amplia difusión.

**Articulo N° 3:** De forma.

Gelia Bermiento
PRESIDENTA
BLOQUE FRENTE DE TODOS

Lucia Claramunt
Bloque Frente de Todos

Gastón Fernández
CONCEJAL
BLOQUE FRENTE DE TODOS

HONORABLE CONCEJO
DELIBERANTE DE SAN ISIDRO

21 JUL 2020

Hora 10:00

RECIBIDO

**HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE**

**DE SAN ISIDRO**

*"2020-Año del General Manuel Belgrano"*

SAN ISIDRO, 29 de Julio del 2020.-

En virtud de lo establecido por la Ley Orgánica de las Municipalidades, y visto los acontecimiento ocurridos por la Pandemia COVID- 19, es que se ratifica la presentación del Proyecto que se encuentra bajo el Expte. N° 203-HCD-2020.....-

BLOQUE FRENTE DE TODOS
HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DE SAN ISIDRO

**HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE**
**DE SAN ISIDRO**
*"2020-Año del General Manuel Belgrano"*

Ref.: Expte. N° 203-HCD-2020.-

Visto lo establecido en el Articulo N° 16 Inciso 4° del Reglamento Interno de este Honorable Cuerpo, la Presidencia gira el presente expediente a la Comisión de Interpretación y Reglamento.-

SAN ISIDRO, 29 de julio de 2020.-

JORGE VILLA FISHER
Secretario
Honorable Concejo Deliberante
San Isidro

H. CONCEJO DELIBERANTE ★ SAN ISIDRO ★

ANDRES G. ROLON
Presidente
Honorable Concejo Deliberante
San Isidro

203

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

# Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo

Actualización 2019

El presente protocolo contiene lineamientos para la aplicación en diferentes contextos, tanto en instituciones públicas como privadas de todo el territorio argentino.

Honorable Concejo Deliberante de San Isidro

Ministro de Salud de la Nación
Dr. G[illegible] Gonz[illegible] G[illegible]

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

**"Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo".**
**2ª Edición 2019.**

[redacted]

**"Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo".**
**1ª Edición 2010.**

[redacted]

**Edición 2015.**

[redacted]

**"Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles"**
**Edición 2010.**

[redacted]

**Edición 2007.**

Coordinación Técnica: Mariana Romero y Paola Bergallo

[redacted]

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Av. Rivadavia 875, piso 7, CABA
Teléfonos: (011) 4343-4770/4343-4375
Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar
Web: www.argentina.gob.ar/salud/salud-sexual
Línea Salud Sexual: 0800-222-3444

[redacted]

# ÍNDICE


Prólogo 7

**Interrupción legal del embarazo: derechos de las personas y responsabilidades del sistema de salud** 9
**1. Situación del aborto en el mundo y en la Argentina** 10
**2. Derecho a interrumpir un embarazo: marco jurídico** 12
2.1. Principios rectores 13
**3. Circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo** 14
3.1. Causal salud 14
3.2. Causal violación 17
**4. Solicitud y consentimiento informado para la interrupción legal del embarazo** 19
4.1. Consentimiento informado de niñas/os y adolescentes 19
4.2. Consentimiento informado de las personas con discapacidad 21
4.3. Consentimiento informado de las personas con sentencia judicial vigente de restricción de la capacidad 23
**5. Los equipos de salud** 23
5.1. Responsabilidad profesional 24
5.2. Plazos 25
5.3. Objeción de conciencia 25
**6. Jurisprudencia** 27

**Abordaje del equipo de salud** 29
**1. Recepción: información y orientación** 30
**2. Entrevista inicial: consejería** 33
**3. Historia Clínica** 35
3.1. Consentimiento informado 35
3.2. Declaración jurada 36
**4. Evaluación médica** 36
4.1. Anamnesis 37
4.2. Examen físico 37
4.3. Diagnóstico diferencial 37
**5. Estudios complementarios** 37
5.1. Laboratorio 37
5.2. Ecografía 38

**Procedimiento para realizar la interrupción del embarazo** 39
**1. Vacunación e isoinmunización Rh** 41
**2. Analgesia** 41
**3. Evacuación uterina** 41
3.1. Procedimiento medicamentoso 42
3.1.1. Manejo de embarazos < 12 semanas 44
3.1.2. Manejo en embarazos > 12 semanas 46
3.1.3. Criterios de internación 46
3.1.4. Uso de misoprostol en personas con cicatriz uterina 46
3.1.5. Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol y mifepristona 48
3.1.6. Vías de administración 48

3.1.7. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia 48
3.1.8. Profilaxis antibiótica 48
3.1.9. Información y recomendaciones 49
3.1.10. Seguimiento 49
3.1.11. Otros usos del misoprostol 51
3.2. Evacuación con procedimiento instrumental 51
3.2.1. Profilaxis antibiótica 51
3.2.2. Preparación cervical 52
3.2.3. Manejo del dolor 52
3.2.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío 53
3.2.5. Dilatación y evacuación 55
3.2.6. Cuidados inmediatos luego del procedimiento 56
**4. Conservación de tejidos** 57
**5. Manejo de las complicaciones** 57
**6. Indicaciones para luego del procedimiento o el momento del alta** 58

Preparación y funcionamiento del aspirador endouterino manual 60

**Anticoncepción post interrupción del embarazo** 67
**1. Métodos anticonceptivos adecuados para el uso post aborto** 69
1.1. Criterios médicos de elegibilidad 69
1.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción 70
**2. Provisión de los métodos anticonceptivos** 72

Anexo 73
- Consentimiento para la realización de la ILE 74
- Declaración jurada víctima de violación 75

**Bibliografía** 76

**Cuadros y tablas**
Cuadro 1. Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE 32
Cuadro 2. Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de ILE 40
Cuadro 3. Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo 41

Tabla 1. Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo 45
Tabla 2. Procedimiento medicamentoso con mifepristona – misoprostol 46
Tabla 3. Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol solo y de misprostol con mifepristona 47
Tabla 4. Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas 50
Tabla 5. Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental 52
Tabla 6. Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria 71
Tabla 7. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos post aborto 71

# Prólogo

La política sanitaria debe garantizar el acceso de la población a las mejores prácticas clínicas y de salud pública para promover, prevenir, atender y rehabilitar la salud, así como para velar por la garantía de derechos consagrados en el marco normativo. También debe guiar, acompañar y proteger el trabajo de las instituciones y los equipos de salud con lineamientos claros y actualizados que ayuden a atender a la población con compromiso y responsabilidad.

Este protocolo tiene como objetivo ofrecer una guía a los equipos de salud para que cumplan con su responsabilidad en la interrupción legal del embarazo contemplado en el marco jurídico argentino. Se basa en la mejor evidencia científica disponible y en la experiencia de implementación de versiones anteriores de protocolos nacionales y provinciales.

El acceso a la interrupción legal del embarazo está garantizado en el marco jurídico argentino por la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos que se incorporaron en su reforma de 1994, así como en las recomendaciones de sus Comités de Seguimiento que se han ido emitiendo. También, por el Código Penal de la Nación de 1921 y por el Código Civil y Comercial de la Nación reformado en el año 2015. El Fallo F.A.L / Medida Autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del año 2012 orienta claramente el actuar de los equipos de salud y establece estándares para el acceso a la interrupción del embarazo. A su vez, la Organización Mundial de la Salud, máximo organismo rector de política sanitaria a nivel global, actualiza periódicamente la guía de atención del aborto, estableciendo los mejores estándares clínicos y recomendaciones para su atención.

La publicación de este Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo es por estas razones un imperativo de la política sanitaria nacional en salud sexual y reproductiva. Está orientado por los objetivos que una política sanitaria en este campo debe seguir: garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas y los derechos de pacientes, basarse en evidencia científica actualizada, proteger y acompañar a los equipos de salud como responsables de atender la salud de la población; y orientarse por el principio de equidad para llevar las mejores prácticas a quienes más las necesitan.

Desde el punto de vista clínico, el protocolo incorpora las recomendaciones internacionales acerca de los procedimientos para la interrupción legal del embarazo –dosis de medicamentos y aspiración manual endouterina (AMEU)– y refuerza la importancia del acceso rápido a la atención integral, reforzando la necesidad de resolución en el primer nivel de atención y en los tratamientos con medicamentos.

Este protocolo deberá ser actualizado cuando los estándares jurídicos, estándares clínicos y el avance del progreso científico reconozcan más derechos o introduzcan nuevas evidencias. Estas modificaciones deberán ser siempre progresivas, dado que mejorar la vida y la salud de las personas requiere de bases científicas cada vez más sólidas y de un reconocimiento de derechos cada vez más integral e inclusivo.

Agradecemos a todas las personas que han colaborado en su elaboración, así como particularmente al Consejo Asesor de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

**Ginés González García**
Ministro de Salud de la Nación

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

# **Interrupción legal del embarazo:** derechos de las personas y responsabilidades del sistema de salud

- Contexto del aborto en Argentina.
- Marco jurídico y causales.
- Quiénes pueden solicitar una ILE.
- Atención en el sistema de salud.

Entre las principales acciones implementadas por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) del Ministerio de Salud de la Nación para alcanzar los objetivos establecidos por la ley 25.673, se encuentra la de promover en todo el país el derecho que tienen mujeres, niñas, adolescentes y toda persona con capacidad de llevar adelante una gestación, de acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando éste se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo del país.

En este sentido, la DSSyR afirma que la interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otras prestaciones del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Por ello, el presente "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo" está diseñado en base a la comprensión fundamental de que todo el personal de los efectores de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando este ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación.

Los equipos de salud son los primeros responsables en garantizar el acceso a ILE (práctica también conocida como aborto no punible o ANP) y de prevenir y/o evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud, ya sea que se trate del subsistema público, del de obras sociales o del privado.

El derecho de acceso a la salud es abordado por este Protocolo sin incurrir en discriminación alguna e incluye en su línea de atención a todas las personas con posibilidad de gestar un embarazo, sin ninguna distinción relativa a su identidad de género* ni a las prácticas sexuales que pudiera llevar a cabo.

**El derecho a ILE, establecido en el art. 86 del Código Penal, corresponde a toda las personas con capacidad de gestar (niñas, adolescentes, mujeres, varones trans, personas no binarias, etc.)**

## 1. SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNDO Y EN LA ARGENTINA

Según estimaciones recientes, entre 4.75% y 13.2% de las muertes maternas a nivel mundial se deben a abortos inseguros lo que implica que al menos 22.800 mujeres mueren cada año debido a complicaciones de abortos inseguros. Casi todas las muertes relacionadas con el aborto ocurren en los países en desarrollo (Singh, 2018).

La interrupción del embarazo es un procedimiento seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas. En los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, de 0,2 a 2 muertes por cada 100.000 abortos, en esas regiones, inclusive, la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta (9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) que la relacionada con abortos (Ipas, 2010).

La tasa de mortalidad por abortos inseguros promedio para Europa en 2008 era de 1 cada 100.000 nacidos vivos; mientras que en América Latina era 10; en Asia, 20 y en África, 80 (Faúndes, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar un embarazo, efectuado por personas que no cuentan con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012).

Más recientemente, la OMS ha definido como abortos «menos seguros» a los que, aun practi-

* A los fines de la lectura, en el presente Protocolo se usa el término "mujer" para referirse a las personas con derecho a ILE, incluyendo específicamente a las mujeres cis, trans y varones trans, y a toda persona que pueda gestar. Se hace la salvedad de que en relación a niñas y adolescentes [illegible]

cados por un/a profesional calificado, se realizan utilizando un método poco seguro o desaconsejado (como el legrado uterino instrumental), y a los practicados por una persona no calificada. Incluso si utiliza un método seguro (como el misoprostol). Asimismo, define como abortos «nada seguros» a los realizados por personas no calificadas con métodos peligrosos como la introducción de objetos extraños, sustancias cáusticas y el uso de brebajes de hierbas. Las complicaciones derivadas de abortos «nada seguros» pueden incluir el aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo), la hemorragia, las lesiones vaginales, cervicales y uterinas, y las infecciones (Ganatra, 2017).

La penalización del aborto, que rige en numerosos países, lejos de disminuir la incidencia de la práctica, impide el acceso oportuno a procedimientos seguros, con lo cual se generan riesgos para la vida y la salud de las mujeres. El aborto tiende a ser más seguro donde es permitido en términos legales amplios que en entornos legalmente más restrictivos. También tiende a ser más seguro en países con un ingreso nacional bruto más alto (Singh, 2018).

En Uruguay, en 2012, se produjo un cambio en la normativa respecto al aborto que legalizó la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación a decisión de la mujer, y luego de ese plazo por causales. Se sancionó la ley que permite la Interrupción Voluntaria del Embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación, hasta las 14 semanas en caso de violación y sin límite por anomalías letales. A partir de esta medida en Uruguay disminuyeron significativamente las muertes por aborto. El aborto provocó solo el 8,1 por ciento de las muertes maternas en el período 2011-2015, en comparación al 37,5 por ciento de muertes maternas en el período 2001-2005, registrándose años con mortalidad cero (Briozzo, 2016). Por su parte la OPS/OMS indican que Uruguay es el país de América Latina y el Caribe con menor tasa de muertes vinculadas al embarazo, es decir, con 14 muertes cada 100 mil nacidos vivos. (PAHO/WHO, 2015).

**De los 56 millones de abortos inducidos que tuvieron lugar en el mundo cada año durante 2010-2014, se estima que 25 millones (45%) fueron inseguros, casi la totalidad en países en desarrollo (Singh, 2018).**

En relación a la posible afectación de la salud mental de las personas que atraviesan un aborto, diversas investigaciones señalan que si bien pueden existir consecuencias psicológicas adversas, las mismas se observan solo en un pequeño porcentaje. En cambio el impacto emocional y las consecuencias psicológicas adversas surgen con mayor frecuencia y gravedad en aquellas personas a quienes se les niega el aborto (Faundes, 2011 y Biggs, 2016).

Se considera que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año (Mario y Pantelides, 2009). Estas cifras son estimativas ya que, por tratarse de una práctica mayormente clandestina, no se dispone de datos precisos.
La única información oficial disponible al respecto de los abortos que se realizan en Argentina es el número de hospitalizaciones producidas en los establecimientos públicos por complicaciones relacionadas con abortos.

En relación a la posible afectación [illegible] Según datos disponibles en la página web de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, en el año 2015 se registraron 45 968 egresos hospitalarios por aborto. De ellos, 7.694 (16.7%) fueron egresos de adolescentes de 19 años y menos y 26% de mujeres entre 20 y 24 años.**

En 2017 murieron en nuestro país 30 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes de 15 a 19 años, 8 eran jóvenes de entre 20 y 24 años y 8, de entre 25 y 29 años (DEIS, 2018). En 2017, el 60% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años (DEIS, 2018).

**En la Argentina, la muerte por embarazo terminado en aborto está entre las primeras causas de muerte materna.** En el 2017, las muertes por embarazos terminados en abortos

** www.deis.msal.gov.ar/index.php/cursos-egresos

representaron el 14,85% del total de muertes maternas. Mientras las muertes maternas por trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio representaron el 18,32% del total y las muertes por sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio, el 16,83%.

En un contexto que muestra una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99,3%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (98,2%) (DEIS, 2017), la Argentina tiene el potencial necesario para disminuir considerablemente la tasa de mortalidad materna (tanto las muertes producidas por aborto, como aquellas producidas como consecuencias de afecciones previas agravadas por el proceso de gestación y que no recibieron oportunamente consejería). También es igualmente posible y necesario disminuir la morbilidad (es decir aquellas complicaciones que no terminan en muertes). Sin embargo, las inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria, impactan de diferente forma sobre las razones de la mortalidad materna y generan un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país.

## 2. DERECHO A INTERRUMPIR UN EMBARAZO: MARCO JURÍDICO

En el fallo "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva", de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), en su carácter de último intérprete de todo el sistema normativo del país, estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 del Código Penal "[...] **no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible**" (CSJN, 2012: considerando 21).

De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a acceder a una interrupción legal del embarazo que cursa, según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- el embarazo representa un **peligro para la vida** de la persona gestante;
- el embarazo representa un **peligro para la salud** de la persona gestante;
- el embarazo proviene de una **violación** (se trate o no de una persona con discapacidad intelectual o psicosocial).

El ejercicio de la opción a ILE en dichas circunstancias se encuadra en el derecho a la autonomía personal. Asimismo, otros derechos que enmarcan el ejercicio de esta opción son los derechos a la intimidad, confidencialidad, privacidad, la salud, la vida, la educación y la información tanto como a los principios de igualdad y no discriminación. Asimismo, tal como lo establece el Código Penal, explícitamente es necesario el consentimiento de la persona embarazada.

Este marco general del derecho a la interrupción del embarazo fue reforzado en la sentencia de la CSJN. En ella se definió que en las circunstancias arriba enumeradas es siempre el Estado, como garante del derecho a la salud de la población argentina, el que tiene la obligación "de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama" (CSJN, 2012: considerando 25).

**La decisión de la persona es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/os profesionales de salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas.**

## 2.1. PRINCIPIOS RECTORES

La realización de ILE debe guiarse fundamentalmente por el **principio de autonomía que es un principio de la bioética y también jurídico**. Todas las actitudes y prácticas de las/os profesionales de la salud deben estar destinadas a que, en base a la información veraz, adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella. Por esto, es deber de las/os profesionales de la salud proveer la información necesaria para que pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias. Sumado al deber de ofrecer esta información con transparencia activa.

Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida. Las/os profesionales de la salud tienen la función pública y el rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas ni divulgar la decisión ni las condiciones personales. Este último es la base del secreto médico que es al mismo tiempo el derecho a la confidencialidad de las personas que solicitan atención a su salud. Otros principios que guían la atención de ILE son los de accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad, rapidez y transparencia activa. Estos principios deben garantizarse para todas las personas (con y sin discapacidad). Se deben contemplar las adaptaciones a realizar según las necesidades funcionales, comunicacionales y de asistencia para la toma de decisiones que requieran todas las/os usuarias/os de los servicios, especialmente si se trata de personas con discapacidad (PCD).

**Transparencia activa.** Las/os profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje y con formato accesibles.

**Accesibilidad.** No deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una ILE ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica. Deben realizarse los ajustes razonables y/o facilitar el acceso a los apoyos necesarios para garantizar la accesibilidad comunicacional, física y administrativa de la práctica para todas las personas, con o sin discapacidad. Finalmente, el deber de informar de manera transparente mente activa es clave para la accesibilidad.

**No judicialización.** La ILE debe ser practicada por el equipo de salud sin intervenciones adicionales innecesarias, sean médicas, administrativas o judiciales. Judicializar significa dar intervención de cualquier forma a organismos judiciales o policiales, dando estado público a una situación privada y confidencial de quien acude al servicio de salud. El principio de no judicialización implica que la intervención de un/a solo/a profesional de la salud es suficiente para decidir si el caso se encuadra en las causales del artículo 86 del Código Penal. En este sentido, en su fallo la CSJN afirma que "hacer lo contrario, significaría que un poder del Estado como lo es el judicial, cuya primordial función es velar por la plena vigencia de las garantías constitucionales y convencionales, intervenga interponiendo un vallado extra y entorpeciendo una concreta situación de emergencia sanitaria, pues cualquier magistrado llamado a comprobar la concurrencia de una causal de no punibilidad supeditaría el ejercicio de un derecho expresamente reconocido por el legislador en el artículo 86, inciso 2° del Código Penal a un trámite burocrático, innecesario y carente de sentido" (CSJN, 2012: considerando 23). La CSJN afirmó, en relación con este principio, que "[...] media en la materia un importante grado de desinformación que ha llevado a los profesionales de la salud a condicionar la realización de esta práctica al dictado de una autorización judicial y es este proceder el que ha obstaculizado la implementación de los casos

de abortos no punibles legislados en nuestro país desde la década de 1920" (CSJN, 2012: considerando 18).

**Confidencialidad.** Es derecho de las personas (con o sin discapacidad) que quienes participen en la elaboración o manipulación de la documentación clínica guarden la debida reserva. Al igual que en cualquier práctica médica, nada de lo ocurrido en la consulta debe ser comunicado a otras personas (como integrantes del equipo de salud, familia o funcionarios/as judiciales o policiales). La Historia Clínica (HC) y toda la información contenida en ella y la que se desprenda de la consulta, son de titularidad exclusiva de la persona usuaria (con o sin discapacidad) y su divulgación configura una violación a su derecho a la intimidad y al secreto profesional. Es decir, ante cualquier solicitud de entrega de la HC (incluyendo los pedidos de funcionarios/as judiciales o policiales) debe existir autorización previa y expresa de la persona usuaria.

Si se considerara necesario compartir la información con terceros –incluidos esposo/a, compañero/a, padre, madre– debe hacerse con la autorización expresa de la persona usuaria, otorgada de manera libre y sobre la base de información clara. Del mismo modo se debe proceder en consultas de personas con discapacidad. Siempre se debe preguntar si desean –o no– estar acompañadas/os por terceras personas de su confianza que las/os asistan (intérpretes de señas, familiares, u otros). En el caso de que la persona así lo pida, se puede solicitar a los organismos de protección de derechos asistencia de un/a acompañante que no pertenezca a su entorno.

**Privacidad.** Los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las personas usuarias durante todo el proceso. Esto incluye, por lo menos, la adecuación de los espacios donde se practiquen. Asimismo, se debe garantizar la privacidad de la información solicitada y toda aquella que se consigne en la HC, la capacitación a todos las/os empleados/os de la institución para que conozcan sus responsabilidades de respetar la privacidad de las personas con derecho a ILE y mantener la confidencialidad de la información sobre la atención de las personas en relación con la interrupción del embarazo. También se debe garantizar la participación exclusiva de los integrantes del equipo de salud necesarios para la práctica.

**Celeridad.** A quienes soliciten o requieran que se les realice una ILE se les debe garantizar una atención ágil e inmediata. Las instituciones en las cuales se practique deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el proceso de atención integral pueda ser brindado lo más pronto posible. Asimismo, ni las instituciones ni sus empleados/as pueden solicitar requisitos adicionales para la realización del procedimiento.

PRINCIPIOS RECTORES
Estos principios surgen de la normativa internacional de Derechos Humanos con rango Constitucional para nuestro país (art. 75 inc 22), de la propia Constitución y la legislación argentina. La Ley de Derechos del Paciente 26 529, el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina (Ley 17.132), la Ley de Protección Integral a las Mujeres (26 485) y el Código Civil y Comercial de la Nación vigente desde agosto de 2015 son leyes claves para la atención de la salud.

## 3. CIRCUNSTANCIAS QUE HABILITAN LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Las causales que habilitan a solicitar una ILE son: que el embarazo constituya un peligro para la salud o la vida de la persona gestante, o que haya sido producto de una violación.

### 3.1. CAUSAL SALUD

La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud.

Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2006).

El derecho a la salud debe interpretarse en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos. El derecho a la salud integral se encuentra reconocido, por ejemplo, en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que forma parte de la Constitución argentina, entre otros tratados internacionales de derechos humanos.

En ese sentido, la causal salud puede definirse por el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social y entenderse que la interrupción del embarazo basada en esta causal es legalmente factible cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud está en riesgo. Es decir, que se debe concebir la salud desde una perspectiva integral.

Desde este enfoque, el derecho a la salud es interdependiente con los derechos a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad y el derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La salud mental es una dimensión de la salud que ha sido ampliamente reconocida en el escenario del derecho internacional de los derechos humanos y en la legislación argentina. En la ley nacional de salud mental, Nº 26.657, en el artículo 3, se define a la misma como "un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".

En relación a la salud mental y al inciso 1º del artículo 86 que refiere al aborto realizado a fin de evitar un riesgo para la vida o la salud de la mujer, el dictamen de la Defensoría Oficial de la Nación respecto a F.,A.L. señala que **"la ley con todo acierto, exige peligro para la salud, abarcando la salud psíquica (toda vez que no distingue)"**. En tal sentido sostiene que "la justificación del aborto debe abarcarse dentro del ejercicio del derecho a la integridad física o mental". (Dictamen de la Defensoría Oficial ante la CSJN, F.,A.L. s/medida autosatisfactiva, Expte. Nº 259/2010).

Asimismo, al entender la salud desde una perspectiva integral es posible identificar una serie de situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social como contextos de violencia de género (no solo violencia sexual sino todos los tipos y modalidades de violencia contemplados en la ley 26.485), inequidades en las condiciones de vida, limitaciones a la autonomía, etc., que pueden hacer que un embarazo ponga en riesgo la salud de la persona gestante.

Una interpretación adecuada de la causal salud supone entender, además, su vinculación con los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos.

**La ley 26.485 sancionada para prevenir, asistir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres describe tipos y modalidades de violencia. La violencia puede ser física, psicológica, sexual, económica, patrimonial y simbólica (tipos de violencia, art.5). Y puede ser doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática (modalidades de violencia, art.6).**

Por lo mencionado, una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud de la salud en el marco de los derechos [illegible]

Una mención especial requiere la situación de las niñas y adolescentes de 15 años o menos en quienes el embarazo implica en sí mismo un riesgo aumentado para su salud tanto física

como mental: "Los riesgos biomédicos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las niñas y adolescentes más jóvenes que tienen peores resultados maternos y neonatales comparadas con mujeres de mayor edad (muerte materna, infecciones, eclampsia, fístula obstétrica, parto prematuro y mortalidad neonatal)" (PNSIA, 2017). Como señala el Fondo de Población de Naciones Unidas, el riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores (UNFPA, 2013). Conde-Agudelo, Belizán y Lammers analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina del período de 1983 a 2003 y constataron que las madres más jóvenes tuvieron peores resultados. Las niñas y adolescentes de 15 años o menos tenían una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna al comparar con el grupo etario de 20 a 24 años. También tenían una probabilidad 4 veces mayor de endometritis puerperal, 60% más probabilidad de eclampsia y de hemorragia posparto (PNSIA, 2017).

Asimismo en el área de la salud mental se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que en general son más altas que las de la población adulta. El Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado (PNSIA, 2017).

Por lo tanto, en las situaciones de embarazo en menores de 15 años debe considerarse siempre la posibilidad de acceso a ILE por riesgo para la salud o la vida.

**Algunas pautas a tener en cuenta en relación a la causal salud:**

- La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones **física, mental y social**, de acuerdo a lo establecido por la OMS.
- La afectación de la salud mental incluye el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.
- El peligro para la salud debe ser entendido como la **posibilidad de afectación de la salud**. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto. **El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.**
- La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.
- Los riesgos físicos y emocionales asociados a los embarazos **en niñas y adolescentes menores de 15 años se constituyen en sí mismos como causal salud.**
- Si se trata de una persona en buenas condiciones de salud pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación. Asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte.

**La información incompleta o inadecuada, la subestimación del riesgo, la obstaculización o la negación de la práctica pueden acarrear responsabilidad legal a la/el profesional de la salud interviniente.**

No brindar información completa, dar información inadecuada y obstaculizar la práctica constituyen actos de discriminación y violación al derecho a la igualdad ante la ley, consagrado no solo en la Constitución Nacional sino también en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Y, en caso de tratarse de personal del subsistema público de salud, estas acciones pueden configurarse también en el delito de incumplimiento de los deberes de funcionario público.



Constitución Nacional sino también en los Trata

## 3.2. CAUSAL VIOLACIÓN

De acuerdo al inc. 2 del art. 86 del Código Penal, toda persona víctima de violación (con o sin discapacidad), tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violación.

Al momento de certificar la causal violación es importante considerar que:

- La violación puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido, pareja o ex pareja), por personas de su conocimiento o por extraños
- Todas las relaciones sexuales con penetración en las que mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio o sucedan en el marco de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder son violaciones.
- Todas las relaciones sexuales con penetración en las que la persona, por cualquier causa, no haya expresado libremente su consentimiento (por ejemplo, por estar dormida, inconsciente o bajo el efecto de alcohol o drogas, o por encontrarse en situaciones como las descriptas en el punto anterior) son violaciones.
- Toda relación sexual con una niña (menor de 13 años) es una violación.

La violación constituye violencia sexual y esta es un tipo de violencia de género. Las interrupciones de "embarazos no deseados de víctimas de violencia de género deben considerarse abortos no punibles por causa de violación" (PNSSyPR, 2015b).

En los casos de violación, nunca es exigible la denuncia policial o judicial para acceder a una ILE, basta con una declaración jurada de que el embarazo es producto de una violación. En el caso de las niñas (menores de 13 años) la declaración jurada no es necesaria.

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de ILE, puede adjuntarse una copia a la declaración jurada, pero nunca contar con dicha copia es un requisito. En ningún caso la recolección de material genético como evidencia forense puede convertirse en una barrera o generar dilaciones en el acceso a la práctica.

La declaración jurada debe ser simple, sin formalidades legales, y no se podrá exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. Se adjunta al presente documento un modelo sugerido de declaración jurada.

El fallo de la CSJN también aclara que aun ante una duda sobre la veracidad de la violación es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso al servicio de ILE:

**"[...] si bien este Tribunal advierte la posibilidad de configuración de 'casos fabricados', considera que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos, no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud"** (CSJN, 2012: considerando 28).

- **Para la realización de una ILE nunca es exigible la denuncia policial o judicial de violación.**

Las personas con un embarazo consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible y es importante que todos los niveles del sistema de salud sean capaces de ofrecerles el cuidado y apoyo apropiados, además de considerar la derivación oportuna, de ser necesario.

- **Para mayor información sobre este tema, ver el "Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud" (PNSSyPR, 2015) o actualizaciones posteriores.**

**Las mujeres con discapacidad** víctimas de violación tienen derecho, al igual que las personas sin discapacidad, a decidir autónomamente si ejercer o no su derecho a ILE. Tienen derecho a solicitar y acceder a los ajustes razonables y sistemas de apoyo para poder ejercer su derecho a la decisión autónoma.

**En el caso de niñas y adolescentes víctimas de violación**, el equipo debe brindar en forma prioritaria, la atención sanitaria y la contención requerida, que debe incluir la información completa y en lenguaje accesible de su derecho a ILE, así como su realización inmediata, sin judicialización, si la niña o adolescente lo decide, en el marco de los parámetros aquí expuestos.

Para la protección de la niña o adolescente debe realizarse la comunicación de la situación de abuso o violación a los organismos de protección de derechos de cada jurisdicción (art. 9, ley 26.061). Debe tenerse en cuenta el riesgo en el que se encuentra la víctima en especial si convive con el presunto agresor. Situación que debe ser comunicada al organismo de protección para que tome las medidas de abrigo y protección especial establecidos en el art. 30 de la ley 26 061.

La intervención a las autoridades administrativas o judiciales se fundamenta en la protección de las niñas, niños y adolescentes, con el objetivo de reparar la vulneración de derechos y evitar que el delito se siga cometiendo. En este sentido, se debe realizar un análisis del riesgo en el que se encuentran las niñas, niños o adolescentes para definir la intervención. Si éste fuera un peligro inminente (por ejemplo, si conviven con el presunto agresor) la comunicación al organismo de protección debe hacerse inmediatamente.

En algunos casos las/los profesionales pueden realizar la internación hospitalaria para poder observar y proteger a la niña o adolescente, realizando la notificación al organismo de protección en forma inmediata, hasta que las autoridades correspondientes ordenen las medidas de protección pertinentes.

Es importante destacar que los delitos contra la integridad sexual de niñas/os y adolescentes (menores de 18 años) son de instancia pública (art.72 del Código Penal). Por lo tanto, una vez realizada la comunicación correspondiente a los organismos de protección de derechos, la intervención tendiente a la protección del/la niño/a o adolescente deberá contemplar también la denuncia penal por la situación de abuso para que se sancione al victimario, preferentemente en fiscalías u otros organismos especializados en la temática.

En todos los casos deberá ser prioritario el interés superior de la niña, niño o adolescente involucrada/o y en especial la aplicación del principio de la capacidad progresiva, de acuerdo al estipulado en el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación. Por ello, se debe garantizar su participación en todos los procesos de toma de decisiones que las/os involucren, reconociendo y respetando su derecho a ser oídas/os y su autonomía progresiva. En particular, a partir de los 13 años, se debe considerar su voluntad al momento de dar intervención a los organismos de protección o judiciales. Asimismo, en caso de que no se encuentre en peligro inminente, la denuncia deberá ser efectuada cuando la niña, niño o adolescente se encuentren preparadas/os para tomar la decisión de enfrentar un proceso penal, considerando las particulares características que tienen las actuaciones judiciales en casos de delitos contra la integridad sexual.

En ningún supuesto la causa penal podrá constituir dilación alguna para la realización de la ILE. El derecho de la víctima a la ILE, no deberá ser obstaculizado en modo alguno por la tramitación de la causa penal. En todos los casos deberá ser prioritario el interés superior de la niña o adolescente involucrada siguiendo las normas del Código Civil y Comercial, y los principios y derechos de jerarquía constitucional, queda prohibida como regla la sustitución del consentimiento de la niña respecto a la ILE sino que podrá ser apoyada, acompañada por mayor adulto de confianza, tal como se verá en la sección de consentimiento.

**En los casos de niñas y adolescentes víctimas de violación, la justicia sólo debe intervenir para proteger a la niña o adolescente por la situación de abuso y para la sanción del victimario. No se debe consultar a la justicia ni pedir autorización para la decisión de realizar ILE ya que la práctica es una responsabilidad del equipo de salud y se decide por pedido de la niña o adolescente.**

# 4. SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Este Protocolo está destinado a garantizar [redacted] nidad y derechos de toda persona con capacidad de gestar y, por lo tanto, potencial sujeto del derecho a ILE, cuando su vida o salud estén en peligro, o esté cursando un embarazo producto de una violación.

Este Protocolo se guía por el principio de **autonomía de las personas** y, en consonancia con el mismo, la atención de las situaciones de ILE implica necesariamente el **consentimiento informado por parte de la persona titular del derecho.** Dicho consentimiento es un proceso que recorre toda la atención y está enmarcado en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

En los casos de ILE, el resultado del proceso de consentimiento informado es el documento por el cual, luego de recibir la información pertinente, la persona manifiesta haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa (se adjunta al presente documento un modelo como anexo).

Antes de solicitar su firma, para que la persona que consulta pueda acceder a la toma de decisiones, el/la profesional o el equipo de salud debe brindarle la información necesaria, en lenguaje claro, no sesgada y accesible. La/el profesional debe contemplar la posibilidad de que la persona usuaria le realice preguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, para poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

Se debe asegurar que existan los **ajustes razonables y sistemas de apoyo** para permitir que tanto niñas, niños y adolescentes (NNyA) como personas con discapacidad puedan comprender el contenido del documento y dejar asentada su voluntad

[redacted]

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC) define a los ajustes razonables como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (CDPC, art.2).

Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, la firma podrá emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma. Lo central es que quede de manifiesto que la persona comprende la información y expresa su voluntad en tal sentido.

Hay situaciones donde las personas pueden requerir asistencia de sus progenitores o allegados o de un sistema de apoyos para brindar su consentimiento. En todos los casos es importante tener presente que siempre sera el/la propio/a titular del derecho quien emita su voluntad con la asistencia adecuada a cada persona o situación.

## 4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES.

Las/os niñas/os y adolescentes (NNyA) constituyen un grupo sistemáticamente vulnerado. Suele considerarse que no estan capacitadas/os para decidir sobre sí mismas/os con autonomía y responsabilidad. Es un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales. Por eso es muy importante durante los procesos de atención generar un ambiente de empatía en el cual las niñas, niños y adolescentes puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas/os ni acalladdas/os

**La atención de NNyA** implica tener en cuenta dos aspectos: por un lado, las edades a partir de las cuales son consideradas por la ley como personas plenamente capaces de otorgar un consentimiento completo y suficiente por sí mismas, según el tipo de práctica de que se trate, y, por otro lado, su derecho a ser escuchadas e informadas cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención.

La regla en materia de capacidad para el ejercicio del derecho a ILE surge del art.26 del Código Civil y Comercial (CCyC), vigente desde agosto de 2015, y de la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación. En función de esto:

**- Todas las personas de 16 años o más son consideradas por la legislación argentina como adultas en lo referente al cuidado del propio cuerpo.** Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente y firmar la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación (en caso de que corresponda) sin que se requiera el asentimiento de sus progenitores o representantes legales

**- Todas las personas adolescentes de entre 13 y 16 años** pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud. En términos del CCyC, cuando no se trate de "tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida". Cabe aclarar, como lo explicita la Resolución 65/2015 del MSAL, que el criterio de "invasividad" utilizado por el artículo 26 CCyC debe leerse como tratamientos de "gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud". Es decir que, para considerar como invasiva una práctica debe existir evidencia científica que muestre una probabilidad considerablemente alta de riesgo de afectación grave para la salud o la vida. Esta probabilidad se debe demostrar con estudios clínicos, estadísticas sanitarias y otras fuentes autorizadas y de reconocida calidad. La evaluación de la gravedad de los tratamientos que impliquen riesgo para la vida o riesgo para la salud debe realizarla el/la profesional basándose en evidencia científica. Si un profesional de la salud evalúa como no riesgosa la práctica, debe dejar constancia en la historia clínica de la mencionada evaluación y la fundamentación pertinente.

Por lo tanto, en la situación de acceso a ILE las personas adolescentes de entre 13 y 16 años pueden consentir en forma autónoma, a menos que deba utilizarse para la práctica un procedimiento que implique un riesgo grave para la salud o la vida de la adolescente. Sólo en estas últimas situaciones será necesario, además de su consentimiento, el asentimiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas "allegadas" o referentes afectivos. Este asentimiento implica el acompañamiento a la decisión del/la titular del derecho, es decir la/el adolescente.

Respecto a la declaración jurada, en caso de que corresponda, la adolescente puede firmarla por sí misma.

> Entre los 13 y 16 años las personas adolescentes pueden dar su consentimiento autónomamente para las prácticas de ILE cuando esta práctica no implique un riesgo grave para su salud o su vida.

De todas maneras, se recomienda fomentar que las adolescentes cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante el proceso. Si bien la compañía no puede ser nunca un requisito para el acceso a la práctica, es importante que el equipo de salud indague sobre la red social de la adolescente y procure que esté contenida durante y después del proceso. Igualmente que con las personas adultas, es esencial que los equipos de salud garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie. Este criterio debe aplicarse teniendo en cuenta el principio del respeto del interés superior del niño, establecido en la Convención de los Derechos del Niño

> Las y los niñas/os y adolescentes deberán siempre ser escuchadas/os y prestar su consentimiento, necesiten o no acompañamiento (asistencia), ya que la regla general según el Código Civil es su plena capacidad para consentir.

- **Todas las niñas, es decir menores de 13 años,** podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas[1] o referentes afectivos. Estas/os deberán participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña. El principio de **autonomía progresiva** debe guiar el accionar del equipo de salud y de las/os adultas/os que la acompañan.

Respecto a la declaración jurada de violación, como la ley considera que siempre una relación sexual con una niña es una violación, se podrá realizar la declaración jurada, pero esta no es necesaria.

Si existiera una negativa de progenitores, tutores o encargados de acompañar la decisión de la niña, podrá ser acompañada para brindar su consentimiento por otra/o referente afectivo. Si no existiera esta posibilidad, el conflicto debe resolverse desde el equipo de salud teniendo en cuenta el interés superior de la niña, la regla de no sustitución del consentimiento, y la aptitud de la niña para decidir en base al desarrollo de su autonomía progresiva. El equipo de salud podrá solicitar apoyo de algún organismo encargado de la protección de derechos de NNyA, si considera de buena fe que esto garantiza los derechos de la niña, no obstruye el acceso a la atención de su salud ni impone intervenciones o demoras dañinas a su autonomía, integridad física o mental. En estos casos, el equipo de salud y demás personas intervinientes deberán respetar, proteger y garantizar la confidencialidad y privacidad de la niña, y su derecho a ser escuchada y que sus opiniones sean debidamente tenidas en cuenta. El consentimiento informado en estos casos será dado por escrito y tendrá la firma de niña, cuando sea posible, y de las personas que la asistieron en la toma de decisiones respecto de la ILE. En la historia clínica debe quedar anotación de los recaudos tomados por el equipo de salud para la conformación del consentimiento.

La evaluación de la salud integral debe considerar los riesgos aumentados asociados a los embarazos en estas edades y las posibles consecuencias de la realización o no de la práctica.

El equipo de salud debe consignar en la HC su evaluación sanitaria, así como del grado de madurez suficiente de la niña para tomar esa decisión con el acompañamiento médico.

Los equipos de salud deben procurar desarrollar **capacidades para el abordaje integral de la atención en salud de las niñas y adolescentes y el respeto de sus derechos.** Esto incluye una disposición especial para recabar los datos necesarios para completar la HC, garantizar un trato amable, formular preguntas simples en un lenguaje entendible y, si fuera necesario, repetir las preguntas e indagar con cuidado y consideración, así como respetar la confidencialidad durante todo el proceso de atención.

- Autonomía progresiva: es el desarrollo en el tiempo de la capacidad para la toma de decisiones. Este principio debe ser tenido en cuenta para propiciar la participación de las niñas y niños en la toma de decisiones.
- Interés superior de niñas, niños y adolescentes: es la máxima satisfacción, integral y simultánea de sus derechos y garantías.

## 4.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) se consideran personas con discapacidad (PCD) a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

[1] Art. 26 del CCyC señala que es presunto apto para decidir acerca de la realización de prácticas que no tengan gravamen de riesgo la salud o la vida a los 13 años, pero no es claro que tal aptitud pueda desencadenarse antes de los 13 años, según el grado de madurez del niño de la niña.

Como fue reconocido por la CDPD y a ley 26.657 de Salud Mental, las PCD y las personas con padecimiento mental tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto de las personas. El servicio sanitario no debe actuar sin tener en cuenta o y/o sustituyendo la voluntad de las mujeres con discapacidad sino que, por el contrario y en primer lugar, debe proporcionarles medios que aseguren su participación en todo acto y la adopción de una decisión personal y autónoma. La presunción de capacidad de todas las personas tiene que guiar la práctica del equipo de salud, tal como se desprende de los artículos 22 a 24 del CCyC.

Como se señaló con anterioridad, las personas con discapacidad tienen derecho a solicitar y acceder a la ILE por sí mismas, así como a negarse a que se les practique un aborto sin su consentimiento, en igualdad de condiciones que el resto de las personas. Para esto, se les debe proveer toda la información necesaria, de forma accesible y adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las circunstancias. Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles. Los equipos de salud deben adaptar sus prácticas para asegurar la accesibilidad a través de **ajustes razonables** (de acuerdo a lo establecido en el art. 2 de la CDPD) como: modificación de los espacios de consulta, adaptación del lenguaje y los materiales de información para que sean comprensibles, utilización de formas de comunicación accesibles, entre otras.

Respecto del **consentimiento informado**, se puede ofrecer que la persona con discapacidad cuente con una o más personas de su confianza (ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos) que le presten el apoyo necesario para tomar una decisión autónoma y brindar - o no - su consentimiento. A esto se denomina sistema de apoyos. La implementación de un **sistema de apoyos** para la toma de decisiones es un derecho de la persona. No se trata de un requisito y en ningún caso su implementación puede suponer una barrera de acceso. Los sistemas de apoyo tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona con discapacidad y, por regla, deben ser solicitados y dirigidos por la persona, quien puede decidir poner fin a la intervención de estos apoyos en cualquier momento.

La designación del sistema de apoyo puede ser a solicitud de la persona o, excepcionalmente, por vía judicial o administrativa (en el sistema de salud, por ejemplo) (ver en esta página apartado 4.3). La/s persona/s que actúa/n como sistema de apoyo no representa/n ni sustituye/n a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore **salvaguardias adecuadas para que no existan abusos** y las decisiones sean tomadas por el/la titular del derecho.

Es central tener presente que las causales de ILE en la normativa vigente son aplicables a todas las personas con o sin discapacidad. En ese sentido, respecto del inciso 2 del Art. 86 del Código Penal, cuando señala "Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente", deber ser interpretado según el fallo F., A.L., con el "objetivo de proteger los derechos de las víctimas de violencia sexual, cuya vulnerabilidad se agrava por la circunstancia de poseer una discapacidad mental". Esta aclaración, busca protegir a las personas con discapacidad psicosocial o mental ya que suelen constituirse como "grupos de riesgo" en cuanto al pleno y libre goce de los derechos fundamentales" (CSJN, 2012: considerando 15).

En este sentido, la CSJN dice que la solicitud de cualquier tipo de acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada en caso de violación, es considerada una práctica burocrática dilatoria que encubriría una negación ilegal del acceso a ILE (CSJN, 2012: considerando 24). Por lo tanto, **bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de discapacidad intelectual/mental.** Es importante, asimismo, señalar que toda persona usuaria de servicios de salud mental, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y los que de ellos derivan

En estas circunstancias, las personas con discapacidad pueden realizar autónomamente la declaración jurada contando con los apoyos que la persona solicite, del mismo modo que con la declaración jurada.

> En las situaciones en las que la persona con derecho a acceder a una ILE (ya sea por peligro para la salud, la vida o por violación) sea una persona con discapacidad psicosocial/mental, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía y respetando su decisión.

## 4.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON SENTENCIA JUDICIAL VIGENTE DE RESTRICCIÓN DE LA CAPACIDAD.

Es necesario insistir en que, en consonancia con la CDPD, el CCyC señala que **la regla es la capacidad de las personas**, es decir, que se debe considerar que todas las personas son capaces de tomar sus propias decisiones. Además, establece que las restricciones a la capacidad decididas por un/a juez/a son de carácter excepcional, afectan solo uno o varios actos que deben estar determinados en la sentencia, no son permanentes y deben ser revisadas periódicamente, al menos cada tres años. Asimismo, la sentencia debe determinar qué actos requieren la asistencia de uno o varios apoyos. Es importante contemplar que una persona con este tipo de restricciones tiene derecho a tomar sus propias decisiones, pero debe hacerlo necesariamente con la asistencia de los apoyos designados en la sentencia y de acuerdo a los términos establecidos en ella.

Por lo tanto, en los casos de atención de una persona que tenga una sentencia judicial vigente de restricción de la capacidad es muy importante que se pregunte sobre los términos de la misma, ya que puede contener la designación de sistemas de apoyo para decisiones sanitarias. En esos casos, debe implementarse el sistema en los términos de la sentencia, respetando la capacidad de la persona de decidir por sí misma. Sin embargo, en la mayoría de las sentencias, la asistencia está designada para asuntos civiles o comerciales no relacionados con la atención de la salud. En esos casos, la persona podría tomar su decisión en forma en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

**En todos los casos el equipo de salud debe procurar obtener el consentimiento de la persona titular de derecho. El apoyo nunca debe sustituir su decisión.**

En los casos de violación, corresponde que la declaración jurada la firme la persona que ha sufrido el hecho. En ningún caso se debe solicitar el consentimiento, asentimiento o refrenda de la/s persona/s que actue/n como apoyo ni de cualquiera otra tercera persona que acompañe a la persona con discapacidad.

> El certificado único de discapacidad no representa, de ningún modo, una restricción a la capacidad de ejercer autónomamente los derechos.

Si bien, a partir del CCyC sigue existiendo la posibilidad de que una persona sea judicialmente declarada incapaz y se le designe un curador/a, es decir, una persona que sustituye a la persona con discapacidad en la toma de decisiones, estas situaciones son consideradas excepcionalísimas, también deben ser revisadas periódicamente y corresponden solo a personas que se encuentren absolutamente imposibilitadas de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato y el sistema de apoyos resulte ineficaz. Debe pensarse, por ejemplo, en una situación en que la persona se encuentra en coma.

En aquellos casos excepcionales en los cuales la PCD- con o sin restricciones a su capacidad jurídica- no comprenda la información recibida y se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad pese a que el equipo de salud ha implementado infructuosamente un conjunto diverso de ajustes razonables, sistemas de apoyo y/o estrategias para garantizar

que participe en forma autónoma en el proceso de toma decisiones, quien acompaña a la titular del derecho podrá firmar el consentimiento informado. Estos casos deben considerarse excepcionalísimos, sin que pueda presumirse que la discapacidad afecta, per se, la aptitud de la persona para adoptar decisiones sobre su propio cuerpo. Debe dejarse constancia en la HC de los ajustes razonables, sistemas de apoyo u otras estrategias implementadas y describirse las razones y/o circunstancias por las que su implementación resultó infructuosa.

## 5. LOS EQUIPOS DE SALUD

Un actor clave para el acceso sin discriminación de todas las personas a sus derechos sexuales y derechos reproductivos es el equipo de salud integrado por médicas/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, obstétricas/os, enfermeras/os y demás personas que reciban la demanda y/o intervengan en la atención de ILE. También son actores importantes el personal administrativo y de seguridad de los establecimientos. Sin embargo, la intervención del equipo interdisciplinario no debe convertirse en un requisito, ya que esto podría dificultar el acceso a los derechos a las personas usuarias. Basta con un/a médico/a para la realización de la práctica. Asimismo, la intervención de otros integrantes del equipo de salud no exime al médico/a de sus responsabilidades profesionales.

**La calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILE son los mismos en establecimientos públicos, de obras sociales y privados. También lo es la responsabilidad de los profesionales en caso de no respetar los derechos de las personas.**

En todos los casos se recomienda trabajar con equipos interdisciplinarios. No obstante, es imperioso recalcar que **no es necesaria la intervención de más de una/un médica/o para la constatación de las causales de no punibilidad** previstas en la ley. En relación con este último punto, la CSJN aclaró que es ineludible "[...] evitar todo tipo de intento de exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta pues una exigencia tal constituiría un impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego en este permiso que el legislador ha querido otorgar" (CSJN, 2012, considerando 24).

**La implementación de mecanismos administrativos y/o la realización de la interconsulta no pueden implicar demoras innecesarias en la realización de la ILE.**

Ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la mujer, el/la médico/a tratante podrá, si lo estima necesario, realizar una interconsulta con un profesional del campo de la salud mental y/o del trabajo social, según el caso. Esta interconsulta nunca puede ser un requisito para el acceso a la práctica sino solo un apoyo para que el/la médico/a tratante evalúe la situación y detalle la causal en la HC. Se llama médico/a tratante a quien asiste a la persona y evalúa los riesgos.

En caso de que la solicitud de interrupción legal del embarazo sea iniciada en el primer nivel de atención y requiera la derivación al hospital, no se deberá rever la causal para realizar el procedimiento, evitando así demoras en la intervención, ya que la revisión implica un obstáculo en el acceso y muchas veces una revictimización para la persona que solicita la intervención.

En relación con las/los profesionales de la salud, es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les pueden corresponder en caso de no cumplir, así como el derecho a presentar una objeción de conciencia.

### 5.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La CSJN plantea en el Fallo F.A.L. que las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, **no constaten la existencia** de alguna de las causa-

les previstas en el Código Penal para la realización de una ILE realicen **maniobras dilatorias** durante el proceso, suministren **información falsa, incumplan el deber de secreto profesional y el deber de confidencialidad** o cuando prevalezca en ellos una **negativa injustificada** a practicar el aborto (CSJN, considerando 24 y 25).

Asimismo, la Corte advierte a los profesionales sobre "la imposibilidad de eludir sus responsabilidades profesionales una vez enfrentados ante la situación fáctica contemplada en la norma referida" (CSJN, considerando 22).

También pueden acarrear sanciones las prácticas de integrantes del equipo de salud que constituyan violencias en sus diversas modalidades, descriptas por la ley 26.485. Es importante, a los fines del presente protocolo, tener en cuenta las siguientes modalidades de violencia:

- **Violencia institucional contra las mujeres:** aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley.

- **Violencia contra la libertad reproductiva:** aquella que vulnere el derecho a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

"Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva", entre las que se encuentra la interrupción legal del embarazo. (Art.6 inc d. Decreto Reglamentario 1011/2010)

- **Violencia obstétrica:** aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

**Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.**

Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza. Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud (Decreto Reglamentario 1011/2010)

## 5.2. PLAZOS

De acuerdo al principio de celeridad/rapidez, a quienes requieran ILE debe garantizársele una atención ágil e inmediata. El plazo entre la solicitud de la práctica y su realización no debería ser mayor de **10 (diez) días corridos.**
Como la CSJN plantea "es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurran las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera **rápida, accesible y segura.** Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico–burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama" (CSJN, 2012: considerando 25).

## 5.3. OBJECIÓN DE CONCIENCIA

Un profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica de la ILE, siempre y cuando no se traduzca en derivaciones o demoras que compro

metan la atención de la requirente del servicio (CSJN, 2012, considerando 29).

La objeción de conciencia no puede traducirse en un incumplimiento de los deberes profesionales, ni dañar derechos de las pacientes (CSJN, 2012, Considerando 29).

El objetivo de la objeción de conciencia es resguardar las íntimas convicciones morales de la persona que objeta, no impedir el ejercicio de derechos por parte de las pacientes.

En caso de que un/a profesional de la salud desee ejercer objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad previamente a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeña (CSJN, 2012, considerando 29); es decir que solo podrá ejercer la objeción cuando haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes.

La objeción puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta de la ILE, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral, sean previas o posteriores a la interrupción (por ejemplo: ecografías, toma de tensión arterial, etc.). Estas acciones no tienen como finalidad interrumpir la gestación y se realizan de forma complementaria a un gran número de prácticas de salud para garantizar la salud integral y por tanto, no puede existir conflicto moral o religioso con su realización en profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Todas/os los/as profesionales, aunque objeten, están obligados/as a cumplir con el deber de informar sobre el derecho a acceder a una ILE, y a respetar, proteger y garantizar la autonomía de la persona gestante (Ver CSJN, 2012, considerando 31; Ley 26.529)

En caso de objeción, y/o ante la solicitud de una ILE, el/la profesional debe remitir inmediatamente a la persona, a un/a profesional dispuesta/o y disponible para la realización de la práctica para que continúe la atención, dejando sentado en la historia clínica dicha derivación. La derivación debe estar guiada por la buena fe (Ver CSJN, 2012 considerando 29 y Ley 26.529)
No podrá ejercerse la objeción de conciencia si no existiera un/a profesional disponible para la realizar la práctica de forma oportuna, tal y como lo establecen las leyes de derechos del pacientes y de ejercicio de la medicina (Ley 26.529, artículo 2.a; Ley 17.132, artículo 19.2). Tampoco podrá ejercerse objeción en los casos de emergencia, cuando la práctica deba realizarse de forma urgente, pues pondría en riesgo la vida o salud de la paciente.

**La objeción de conciencia no debe traducirse en obstrucción a la práctica contemplada en la normativa legal y de la que el Estado es responsable de garantizar.**

La objeción de conciencia es siempre individual. Todos los efectores de salud en condiciones de practicar ILE deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a la misma. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica (CSJN, 2012, considerando 29)

**La objeción de conciencia:**

- Es individual. Los servicios de salud deben garantizar las prácticas de ILE.
- No cancela la obligación del profesional de informar de manera clara, suficiente y oportuna el derecho a acceder a una ILE, de derivar de buena fe, y de respetar, proteger y garantizar la autonomía de la paciente.
- No puede invocarse para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE si no existe otro/a profesional que pueda garantizar la práctica según lo establece la ley de derechos del paciente. Tampoco si se trataré de una situación de emergencia.
- Debe manifestarse de manera explícita y con anticipación.
- Puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta del aborto, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral, sean previas o posteriores al aborto.
- Debe estar regida por el principio de buena fe y no debe dañar los derechos de las pacientes. Su objetivo es resguardar las íntimas convicciones morales de la persona que objeta, no impedir el ejercicio de derechos por parte de las pacientes.

**Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos que pueden ser sancionados administrativa, civil y/o penalmente.**

## 6. JURISPRUDENCIA

El Estado argentino fue denunciado ante el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (ONU) frente a la negativa de las autoridades médicas y judiciales a autorizar un aborto en el caso conocido como L.M.R. Se trataba de una joven de 19 años con discapacidad, que en el año 2006 quedó embarazada producto de una violación y solicitó la interrupción legal del embarazo.

En el año 2011, ONU concluyó que el Estado argentino, ha "violado el derecho de la joven a "no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes, su derecho a la intimidad y su derecho a la tutela judicial efectiva. El Comité, también resolvió que el Estado argentino debía indemnizar a la joven y tomar medidas para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro." (ADC, 2014).

Otro caso paradigmático que implicó la aplicación de sanciones, en este caso a los profesionales intervinientes, es el de Ana María Acevedo, una joven de 19 años que en el año 2006 recibió el diagnóstico de cáncer y el equipo tratante (en la provincia de Santa Fe) decidió suspenderle el tratamiento al confirmarse su embarazo. Si bien ella y su familia solicitaron la interrupción legal del embarazo para continuar con su tratamiento, el equipo de profesionales le negó el acceso al mismo. Decidieron inducirle el parto en la semana 22. Como consecuencia de esto, la beba murió a las pocas horas del parto y Ana María murió dos semanas después debido al tiempo transcurrido sin recibir tratamiento.

En el año 2008 un juez correccional de Santa Fe sancionó al ex director del hospital y a los jefes de servicios que intervinieron en el caso por lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público (ADC, 2014).

Honorable Concejo Deliberante de San Isidro

# Abordaje del equipo de salud

- Encuadre de la atención.
- Vínculo y comunicación.
- Consejería.
- Historia clínica.
- Evaluación médica.

Todas las personas con capacidad de gestar (es decir: mujeres, niñas, adolescentes, varones trans y personas que no se identifican con ningún género) tienen derecho de acceder a la interrupción legal del embarazo cuando este se encuadre en alguna de las causales que la ley establece para solicitar la práctica: que represente un peligro para la vida o la salud, o que sea producto de una violación.

> A los fines de facilitar la lectura, en el presente Protocolo se usa en muchas ocasiones el término "mujer" para referirse a las personas con derecho a ILE, por tratarse mayoritariamente de mujeres, pero de ninguna manera debe entenderse este derecho de manera restrictiva.

Para garantizar el derecho de las personas a acceder a ILE es necesario que los efectores de salud generen las condiciones para brindar el servicio. Ofrecer una atención integral para la interrupción legal del embarazo implica:

- **brindar un trato humanizado** que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física.

- **garantizar la atención clínica adecuada** de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos en vigencia;

- **intercambiar información amplia y completa** con la persona usuaria para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado;

- **ofrecer consejería** en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento.

Las personas que tienen un embarazo producido en un contexto que se enmarca en las causales de acceso a la ILE atraviesan momentos que requieren una atención integral y de calidad. Asimismo, el abordaje de las situaciones que requieren una ILE puede resultar complejo para los/as profesionales de la salud. Por esto, aunque no debe ser un requisito para brindar la práctica, es recomendable que los servicios que realicen ILE cuenten con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas que brinden una atención conjunta, generen espacios de discusión o efectúen interconsultas cuando sea necesario. Los equipos que realicen esta práctica pueden incluir médicos/as tocoginecólogas/os, generalistas, clínicas/os, anestesiólogas/os y pediatras; psicólogas/os; trabajadoras/es sociales; obstétricas; enfermeras/os. Asimismo, es importante que el personal administrativo esté sensibilizado con la temática y facilite la accesibilidad de las personas. La participación de integrantes del equipo de salud no médicos/as, si bien es recomendable para una atención de calidad, no es un requisito y no exime al/la profesional médico/a de sus responsabilidades profesionales.

También es necesario que el equipo establezca vínculos con los diferentes servicios del establecimiento u otros efectores de salud para facilitar las interconsultas y las derivaciones oportunas.

## 1. RECEPCIÓN: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

El contacto con el sistema de salud de una persona en condiciones de acceder a la interrupción legal del embarazo puede darse a partir de distintas situaciones.

Si bien es posible que sea la mujer la que se acerque para solicitar la ILE, en muchos casos es el equipo de salud el que detecta que la persona que está atendiendo presenta alguna de las causales que le dan derecho a solicitar la práctica. En estos casos, el/la profesional interviniente debe ofrecer a la persona que consulta una consejería o derivarla donde pueda realizarla, para que ella pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si ella lo decide, se debe disponer la realización de la ILE lo antes posible. Algunas de las situaciones posibles son, entre otras:



sales que le dan derecho a solicitar la

posibles son, entre otras.

• Que una persona embarazada solicite la práctica.

• Que exista una consulta o derivación desde otro servicio sobre una mujer o persona con capacidad de gestar embarazada y con una enfermedad de base.

• Que durante el curso del embarazo se realice el diagnóstico de una enfermedad que pueda poner en riesgo la salud o la vida de la persona.

• Que en la guardia o en cualquier consulta una persona, con o sin discapacidad, exprese que el embarazo que cursa es producto de una violación.

• Que los profesionales de la salud detecten en la persona embarazada un caso de violencia de género o de violaciones en el marco de una relación violenta.

• Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo, pueda representar un peligro para la salud física, psíquica o social de la persona.

**Es esencial identificar precozmente a las personas que presentan un embarazo en el contexto de las causales de ILE, realizar una consejería adecuada y, en los casos en los que la decisión sea interrumpir la gestación, acompañar la decisión y no demorar la práctica.**

Los riesgos asociados con la interrupción del embarazo, si bien son mínimos cuando se realiza adecuadamente, aumentan a medida que aumenta la edad gestacional.

Todos/as los/las profesionales de la salud tienen un rol fundamental en brindar información y orientación a las personas amparadas por el derecho a la interrupción legal del embarazo.

En muchos casos, la intervención puede incluir dar información, contención emocional, orientación y derivación asistida a un equipo, de ese u otro efector de salud, que pueda realizar la consejería y el procedimiento médico.
Asimismo, si detecta a una persona que cursa un embarazo no planificado pero que no se encuadra en las causales para realizar una ILE, se recomienda realizar una consejería en reducción de riesgos y daños para evitar situaciones de abortos inseguros y la consecuente morbimortalidad materna.

Cursar un embarazo en el contexto de una de las causales que describe la legislación –tanto de salud como de violación– representa una vivencia que puede implicar angustia, sufrimiento, dudas, ambivalencia y miedo por el riesgo en la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento.

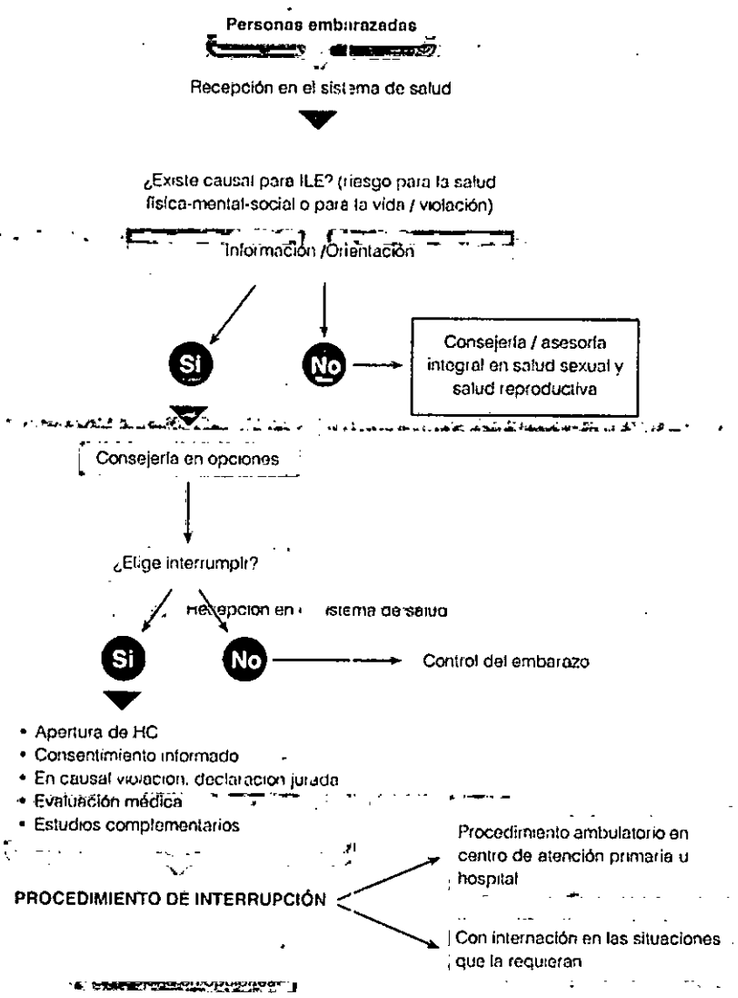
En los casos encuadrados en la causal salud puede tratarse de embarazos planificados, lo que suma una dificultad para tomar la decisión y a veces origina sentimientos de culpa. A todo esto puede agregarse la preocupación de ser juzgada, porque se le niegue la atención o a sufrir maltrato.

Por otra parte, desde el equipo de salud pueden generarse obstáculos para una atención de calidad. Por ejemplo, cuando se dejan entrever en la consulta opiniones personales en contra del aborto o se dilata el acceso a la práctica, con la consecuencia de que avance el embarazo y de esta manera no pueda luego realizarse la intervención.

En los casos de violación, los equipos de salud muchas veces refuerzan o incluso generan situaciones de violencia al poner en duda la palabra de la mujer. En estas circunstancias no se cumple con la función y la responsabilidad del equipo de salud, que es brindar una atención de calidad, respetando y acompañando la decisión de la persona usuaria.

Estas cuestiones pueden condicionar la interacción entre la persona que se acerca buscando atención y el/la profesional que debe brindársela, y hacer que se genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza. El objetivo central de ese encuentro es garantizar una decisión libre e informada respecto de continuar o interrumpir legalmente el embarazo.

**Cuadro 1:** Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE



## 2. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA

La consejería es un espacio de información que tiene el objetivo de que la persona usuaria pueda tomar decisiones autónomas. En la situación de las personas que tienen derecho a acceder a la ILE, la consejería consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo, y en los casos en que los hubiera, los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones.

Es necesario que la persona que toma la decisión cuente con la información adecuada para poder evaluar las diferentes posibilidades. Esta información debe estar científicamente validada y ser oportuna y expresada en términos sencillos. Se recomienda la utilización de materiales didácticos (láminas, folletos, rotafolios) para hacer más comprensibles las explicaciones.
Algunos de los ejes para la consejería, según la situación y las necesidades de la mujer, son:

- **Informar sobre el derecho al acceso a ILE y los pasos para su cumplimiento** según la causal.

- En los embarazos encuadrados en la causal salud, **describir los riesgos asociados** a la continuación del embarazo.

- En los casos de violación, **informar sobre la opción de denunciar**, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de ILE.

- **Detallar los procedimientos posibles y más adecuados** para la interrupción del embarazo.

- **Indagar sobre la red de apoyo** con que cuenta la persona.

- **Informar y ofrecer anticoncepción post aborto inmediata, incluyendo anticonceptivos de larga duración.**

De ser posible, para una atención más integral y de calidad, es recomendable ofrecer que la consejería se realice en parejas, con profesionales de diferentes disciplinas, biomédica y psicosocial, o que quien la efectúe trabaje en equipo de manera interdisciplinaria. En los casos encuadrados en la causal salud, cuando se trate de riesgo físico, es importante (aunque no es un requisito) contar con el aporte de los especialistas correspondientes. Sin embargo, este aporte no puede representar nunca un obstáculo o una dilación en el acceso, tal como lo estableció la Corte en el fallo "F.A.L.".

La entrevista debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad y debe asegurarse a la persona que lo que se hable durante todo el proceso de atención es confidencial. Además, es importante aclararle que no se realizará ninguna práctica sin su consentimiento y ofrecerle que, si lo desea, puede acompañarla en la consulta quien ella elija.

Con frecuencia las mujeres concurren a la consulta del equipo de ILE derivadas por distintos servicios y luego de haber sido atendidas por numerosos profesionales que no contaban con las herramientas necesarias para comprender su situación. Suelen tener dudas y, en muchos casos, presentan historias de maltrato y condena de su entorno por el solo hecho de solicitar la interrupción de su embarazo. Es fundamental que en esta entrevista la persona se sienta cómoda y contenida, y que vea que no se están juzgando ni recriminando sus acciones.

Es importante escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la persona usuaria y estar atento al motivo por el cual solicita la interrupción del embarazo. Por lo general, la actitud libre de prejuicios es suficiente para que se sienta contenida y cómoda, lo cual es imprescindible para que el equipo de salud pueda establecer una buena relación con ella. Un espacio adecuado, que permita la confidencialidad, es otro de los elementos a tener en cuenta.

Cuando se realiza la primera entrevista, la mujer puede tener ya una decisión tomada con respecto a la continuidad o no de su embarazo, o encontrarse en pleno proceso de toma de decisión. El equipo de salud debe garantizar que el procedimiento se lleve a cabo lo antes posible,

si la opción elegida es la interrupción, respetando el proceso de decisión de la persona.

Si bien se debe intentar realizar las interrupciones durante el primer trimestre del embarazo, una variedad de situaciones pueden hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas del mismo, por ejemplo, cuando se presenta una enfermedad grave en una edad gestacional mayor. También puede tratarse de un caso de abuso o violación en el que la persona consulte tardíamente por lo dificultoso que suele ser develar estas situaciones, por encontrarse en situación de naturalización de la violencia de género sufrida, o por miedo, vergüenza o algún otro motivo.
Por esto, en todos los establecimientos del sistema de salud, tanto público como privado, se debe contemplar la posibilidad de derivación a un centro de referencia que tenga la capacidad de llevar a cabo interrupciones más tardías de manera segura, según los procedimientos seguros indicados por la OMS y este mismo protocolo, y sin que dicha derivación constituya un retardo en la garantía a la interrupción del embarazo.

**En relación a las consultas de adolescentes**, es importante que los equipos de salud respeten sus derechos y estén capacitados para el abordaje integral de la sexualidad de esa franja etaria. Deben ser especialmente amables, formular preguntas simples en un lenguaje entendible, repitiéndolas de ser necesario y preguntar con cuidado y consideración. Es importante, además, explicar que las preguntas que se hacen son necesarias para brindar una mejor calidad de atención, y no para juzgar su intimidad. Al igual que a las personas adultas, es esencial que se les garantice claramente la confidencialidad y que la/el profesional de la salud les asegure que no compartirá con nadie la información de la consulta.

**Consideraciones especiales para el equipo de salud**

La atención de mujeres embarazadas que pueden solicitar ILE implica para los equipos de salud la responsabilidad de ofrecer una atención de calidad, que garantice el respeto de sus derechos. Sin embargo, la atención de las personas en esta situación suele poner en juego tensiones y conflictos que involucran al conjunto del equipo de salud tanto en lo personal como en el aspecto institucional. Esto puede influir negativamente en el acceso a la atención, la calidad de la misma, y la salud actual y futura de las mujeres.
La reflexión y el debate en el equipo pueden contribuir a detectar y analizar estas tensiones y conflictos. Esto puede permitir que se genere un espacio donde consensuar procedimientos y mecanismos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos tanto de las usuarias como de las/los profesionales de la salud. Esta práctica también facilita que se puedan repensar percepciones, prácticas y actitudes de las/los integrantes del equipo de salud en la atención de las personas que se encuentren en la situación descripta.
El principal desafío reside en construir un vínculo con las mujeres en un ámbito de contención física y emocional; de respeto hacia la situación particular de cada una y a la decisión que tome, y que garantice la confidencialidad.

Algunas herramientas para avanzar en ese camino son:

• Tener en cuenta que, más allá de que se pueda compartir o no la decisión de interrumpir o continuar el embarazo, es importante considerar que el contexto en que las mujeres deben tomar sus decisiones es complejo y muchas veces estas pueden implicar contradicciones y sufrimiento. Una escucha abierta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta, mejora el vínculo y permite una mejor atención.

• Considerar que la intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. Una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que la persona pueda tomar la decisión que considere más adecuada para su vida y adoptar prácticas de cuidado para su salud.

# 3. HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental que en la historia clínica (HC) se consignen todos los pasos realizados durante el proceso de atención: consejería, anamnesis, evaluación física, realización de estudios complementarios en los casos en que sea necesario, interconsultas si las hubiere, etc. También debe adjuntarse la documentación requerida para acceder a la práctica: el consentimiento informado y, en los casos de violación, la declaración jurada en la que la persona manifiesta haber sido víctima de un hecho de ese tipo.

**En los casos de violación NO es necesario que la mujer relate los detalles del evento. No se debe insistir en preguntar y recabar datos del posible actor del delito de violación para no revictimizarla.**

Si bien pertenece a la persona, la HC completa es el documento que avala y respalda todas las acciones realizadas por el equipo de salud. Es recomendable que cuando la causa salud se deba a una enfermedad de base, se asiente en la HC las interconsultas, en caso de que se realicen, o se cuente con una derivación por escrito del médico/a tratante, si es que existe.

**Todas las prácticas e intervenciones que se realicen, ya sea de manera ambulatoria o con internación, deben registrarse tanto en la HC como en los otros sistemas de registro establecidos según la institución o jurisdicción correspondiente.**

## 3.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado recorre todo el proceso de atención e implica que la persona usuaria pueda contar con toda la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. La/el profesional debe brindar información y ofrecerle que realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos.

El resultado del proceso de consentimiento informado es, en este caso, el documento escrito, que debe constar en la HC, donde la persona manifiesta haber recibido información y decidido en forma autónoma, libre de presiones de cualquier tipo, y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa (puede utilizarse el modelo del Anexo pág 72 o uno propio). Este documento debe ser firmado por la persona a quien se le realizará la práctica. La firma podrá emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma.

• **En los casos de niñas, menores de 13 años,** podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado, quienes deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña. En caso de desacuerdo entre la niña y los/as progenitores, el equipo de salud es quien debe valorar la situación. Respecto de la declaración jurada de violación, en estos casos no es necesaria puesto que toda relación sexual con una niña es violación. (Ver apartado 4.1. Consentimiento informado de niñas/os y adolescentes).

• **En los casos de adolescentes de entre 13 y 16 años,** pueden brindar su consentimiento en forma autónoma para la práctica de ILE, exceptuando aquellas situaciones en las que deba utilizarse una técnica que tome la realización de la práctica un riesgo grave para la salud o la vida de la adolescente. En esos casos será necesario, además de su consentimiento, el asentimiento de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado. (Ver apartado 4.1. Consentimiento informado de niñas/os y adolescentes)

• **Las personas con discapacidad** tienen derecho a solicitar y acceder a la ILE por sí mismas, así como negarse a que se les practique un aborto sin su consentimiento, en igualdad de condiciones que el resto de las personas. Tienen derecho a que se realicen los **ajustes razonables** para facilitar la accesibilidad, así como a que se implementen **sistemas de apoyos y salvaguardias,** si así lo solicitan. El certificado de discapacidad nunca implica restricción de la capacidad para la toma de decisiones. (Ver apartado 4.2. Consentimiento informado de las personas con discapacidad).

• Solo en las situaciones en que exista una **sentencia vigente de restricción de la capacidad para la toma de decisiones respecto del cuidado del propio cuerpo,** será necesario que el consentimiento sea firmado también por quien esté designado como sistema de apoyos. El sistema de apoyos debe asistir a la persona para que tome la decisión y brinde su consentimiento.

• El sistema de apoyo no es una sustitución ni una representación. (Ver apartado 4.2. Consentimiento informado de las personas con discapacidad)

• En un eventual caso donde no haya acuerdo entre la persona usuaria y el sistema de apoyo asignado judicialmente, debe implementarse sistemas de control y salvaguardias.

• Las situaciones en que una **persona** sea **judicialmente declarada incapaz** y se le designe un curador/a son consideradas excepcionalísimas y corresponden solo a personas que se encuentren absolutamente imposibilitadas de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato y el sistema de apoyos resulte ineficaz.

## 3.2. DECLARACIÓN JURADA

Cuando una persona que consulta manifieste que el embarazo que cursa es producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitarle que realice una declaración jurada en la que exprese haber sido víctima de un hecho de ese tipo. Bajo ninguna circunstancia es necesario que describa los hechos y detalles, incluso si en el modelo de HC o consentimiento que se utilice se solicitan.

En ningún caso corresponde pedirle otro tipo de constancia, documentación o información que la declaración jurada, ni que realice gestión alguna ante otras personas o instituciones. Tampoco es requisito la denuncia policial o judicial.

En el Anexo se adjunta un modelo de declaración jurada, pero en caso de no disponer del mismo, basta con unas líneas firmadas por la persona en la HC en las que afirme que el embarazo es resultado de una violación.
En el caso de menores de 13 años, la declaración no es necesaria.

**El consentimiento informado y la declaración jurada son los únicos requisitos que se debe solicitar a la mujer para realizar una ILE producto de una violación.**

# 4. EVALUACIÓN MÉDICA

En los casos en que la persona opte por realizar la interrupción del embarazo, la/el médica/o tratante debe valorar, en conjunto con la usuaria, cuál es el método más apropiado para realizarla. El procedimiento a utilizar dependerá de la edad gestacional, las preferencias de la mujer y las posibilidades del centro asistencial.

Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar la fecha de la última menstruación, el examen pélvico bimanual, abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse el análisis de laboratorio o una ecografía (OMS, 2014).

## 4.1. ANAMNESIS

El objetivo de la anamnesis es poder estimar la duración del embarazo, y a su vez, identificar las posibles contraindicaciones para los distintos procedimientos y aquellos factores que puedan suponer un mayor riesgo de complicaciones. Debe incluir:

• **Antecedentes de situación actual:** fecha de la última menstruación (FUM). Edad gestacional. En caso que la causal salud sea por una enfermedad de base consignar estado clínico y tratamientos que realiza.

• **Antecedentes médicos y quirúrgicos:** vacunación (incluida la antitetánica y la isoinmunización anti-Rh), trastornos de sangrado o coagulación, antecedentes de otras enfermedades, alergias a medicamentos, medicaciones que toma en el momento de la consulta, etc.

• **Antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes:** embarazos anteriores y sus resultados, antecedente de embarazo ectópico, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando alguna ITS o si vive con VIH y esta realizando algún tratamiento.

• **Situación psicosocial:** indagar si cuenta con una red de contención, ya sea familiar, de una pareja o social. Detectar si ha sido víctima de violencia o si presenta consumo problemático de sustancias, o padecimientos mentales. En caso de considerarse pertinente, realizar una interconsulta con los servicios de salud mental y/o social.

## 4.2. EXAMEN FÍSICO

Antes de iniciar el examen físico, se debe explicar a la persona, en forma clara y comprensible, en qué va a consistir y cuál es el propósito. En especial durante el examen ginecológico es importante informarle lo que se va a realizar, qué puede sentir y tranquilizarla. Es indispensable solicitarle siempre su aprobación y cuidar la privacidad durante todo el examen. También, ofrecerle la opción de estar acompañada, si lo desea. El examen debe incluir:

• Examen físico general completo.

• Examen ginecológico. Suele ser más preciso y confiable si la persona gestante orina antes; permite orientar la edad gestacional.

## 4.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si las características clínicas y los antecedentes personales (como por ejemplo: embarazo ectópico, cirugía tubaria o presencia de DIU) generan la sospecha de un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo o derivar a la mujer a un centro que tenga la capacidad para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

# 5. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

En la mayoría de los casos, las/os profesionales solo precisan la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración (Ipas, 2017). Sin embargo, en cada caso en particular y en función a los datos obtenidos en la HC y el examen físico, se evaluará la necesidad de solicitar exámenes complementarios.

Tener en cuenta que esto no puede ser un requisito ni la imposibilidad de ejecutarlos un obstáculo para la realización de la interrupción.

## 5.1. LABORATORIO

Los análisis de laboratorio de rutina no constituyen un requisito para acceder a una práctica de ILE. Puede realizarse un hematocrito o hemoglobina y en algunos casos, de acuerdo a la condición clínica de la persona, puede ser útil la solicitud de otros análisis. Si la mujer no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina anti-Rh cuando esté indicado. Puede aprovecharse la oportunidad para realizar asesoramiento y prueba de tamizaje de VIH y VDRL.

## 5.2. ECOGRAFÍA

Aunque la ecografía no está considerada como un estudio de rutina para la realización de una ILE, si está disponible puede ayudar a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo.

Se recomienda descartar la presencia de un embarazo ectópico mediante ecografía especialmente en aquellas mujeres con antecedentes de cirugía tubaria, presencia de DIU, embarazo ectópico o con examen físico sospechoso (Ipas, 2017). Al momento de solicitar este estudio, **se deberá explicar a la usuaria su derecho a solicitar no ver las imágenes ni escuchar los sonidos.**

En caso de realizarse la ecografía, solo se compartirán con la persona la imagen o el sonido de los latidos si ella lo solicita expresamente. Si no lo hace, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que aquello no suceda. A su vez, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan una interrupción de aquellas que reciben cuidados prenatales.

# Procedimiento para realizar la interrupción del embarazo

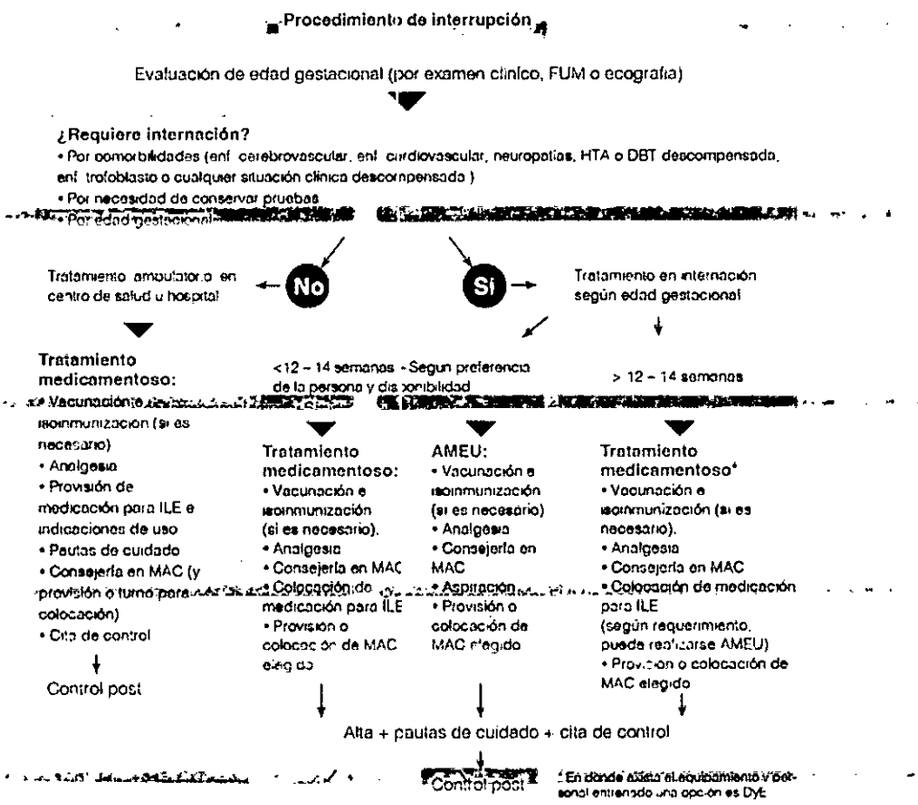
- Vacunación e isoinmunización.
- Manejo del dolor.
- Opciones terapéuticas de evacuación uterina: tratamiento medicamentoso y aspiración de vacío.
- Indicaciones para el cuidado posterior al procedimiento y para el alta.

Las opciones terapéuticas para realizar una ILE dependen de la edad gestacional, las preferencias de la persona gestante y las posibilidades del centro asistencial. Es esencial realizar una adecuada consejería previa en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la persona pueda tomar su decisión basada en una información completa.

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres que requieren una ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria. **Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para ILEs en todos los niveles del sistema de salud** para atender a personas que presentan eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica estricta. En el cuadro 2 se presenta un resumen del proceso de atención para la interrupción del embarazo en diferentes situaciones.

Los centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuados para realizar la interrupción deben garantizar la derivación asistida sin retrasos para que se brinde la atención integral tempranamente (OMS, 2014).

**Cuadro 2** Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de ILE



## 1. VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH

La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoinmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (9 semanas). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de ILE en embarazos tempranos. Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes o durante el procedimiento (OMS, 2012).

Por su parte, la IPPF (2012) recomienda que si una mujer Rh-negativa va a administrarse misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina anti-Rh el día en que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular.

Si la mujer no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto.

## 2. ANALGESIA

Es importante tener en cuenta que si bien el dolor es subjetivo, para una atención de calidad, se debe incluir siempre el asesoramiento y ofrecimiento de medicación analgésica durante el procedimiento de evacuación uterina ya sea con tratamientos medicamentosos como instrumentales. La intensidad y la valoración del dolor depende de cada persona, es necesario evaluar en conjunto con ella opciones disponibles para cada situación.

> Ofrecer a todas las mujeres manejo de dolor apropiado antes de un aborto médico o quirúrgico. (OMS, 2014)

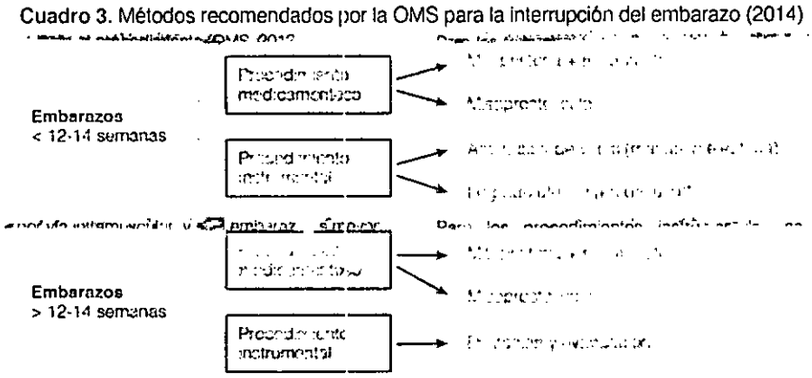
Para los tratamientos medicamentosos, se recomiendan, en primer lugar AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) como ibuprofeno de 400 a 600 mg, 30 a 45 minutos antes del procedimiento. También podrían utilizarse ansiolíticos [illegible] como diazepam (5-10 mg). No se recomienda el uso de aspirina ni de paracetamol.

Para los procedimientos instrumentales se suma la recomendación del uso de anestésicos locales (bloqueo paracervical con lidocaína).

## 3. EVACUACIÓN UTERINA

En el Cuadro 3 se presentan las opciones terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.

**Cuadro 3.** Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2014)




*El legrado o raspado uterino debe ser usado cuando ninguno de los otros métodos esté disponible. Los servicios de salud y los/las responsables de los médicos deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso de [illegible]

Nota de la DSSyR: A noviembre de 2019 la mifepristona no está aprobada en la Argentina

## 3.1. PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible en todos los países y en esos casos habitualmente se emplean regímenes de misoprostol solamente. De todas maneras, dado que las organizaciones internacionales recomiendan el régimen combinado (mifepristona + misoprostol) también se describe el esquema en este Protocolo.

Los efectores de salud deben contar con aspiración de vacío o la posibilidad de derivación para ser utilizados en caso de falla o aborto incompleto.

### Misoprostol y mifepristona

**El misoprostol** es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las protaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada. Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES), pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. Desde el año 2005 se encuentra en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo.

Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, en julio de 2018 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) mediante el trámite DI-2018-6726-APN-ANMAT#MS, autorizó la producción de comprimidos vaginales de misoprostol en la concentración de 200 mcg monodroga (sin asociación con diclofenac) con condición de venta: bajo receta archivada, uso institucional y hospitalario exclusivo.

Con relación a las indicaciones aprobadas, es de destacar que los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro original. Este uso, conocido como off label o "fuera de etiqueta", es una práctica común y aceptada. Al respecto, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) dice: "La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas [...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio clínico. Si un médico utiliza un producto para una indicación diferente de aquella aprobada en el prospecto, pone la responsabilidad de estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos" citado en Gynuity, 2009b y por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013).

**La mifepristona** es un compuesto cuyo principal uso es para la interrupción del embarazo. Al igual que el misoprostol, figura en la "Lista de medicamentos esenciales" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 2005 y conforman el régimen más eficaz y seguro de aborto con medicamentos (no quirúrgico). En la Argentina, a la fecha, la mifepristona no ha sido aprobada ni registrada por ANMAT. La mifepristona bloquea los receptores de progesterona en el útero y sensibiliza el endometrio a la actividad contráctil inducida por las prostaglandinas. Al administrar una prostaglandina sintética 24 a 36 horas después aumentan las contracciones uterinas y la expulsión de los productos de la concepción (OMS, 2005). La mayoría de las mujeres expulsan los contenidos uterinos en las 24 horas posteriores a la administración de la prostaglandina, pero el proceso completo puede durar hasta 2 semanas.

**El tratamiento con mifepristona combinado con misoprostol** es el gold standard para la interrupción medicamentosa de un embarazo. La asociación aumenta la eficacia y disminuye los efectos secundarios y el sangrado. Disminuyen las consultas por urgencias, la necesidad de procedimientos quirúrgicos y de posibles remisiones a niveles de mayor complejidad. Esto, a su vez, aumenta la confianza que tienen las/os médicas/os para ofrecer el tratamiento en niveles primarios de atención o en la consulta externa.

### 3.1.1. Manejo de embarazos <12 semanas:

Para manejos de embarazos de menos de 12 semanas con régimen de misoprostol solo existen recomendaciones de la OMS, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) e Ipas. Existen variaciones en las recomendaciones. La OMS recomienda misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual o bucal, repitiendo las dosis de ser necesario hasta la expulsión (OMS, 2019). Ipas indica que hasta las 13 semanas debe utilizarse 800 mcg de misoprostol vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, sin límite máximo de dosis. Este régimen registra un 85% de efectividad (Ipas, 2019). En la tabla 1 se comparan estos esquemas con el propuesto por FIGO. Y en la tabla 2, se describen esquemas combinados misoprostol + mifepristona. La OMS señala a este como el tratamiento recomendado y más efectivo (OMS, 2019).

La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambulatoria es una opción segura y eficaz. Asimismo, es elegida por muchas mujeres porque les permite iniciar el proceso de interrupción en el momento en que les resulte más cómodo y les brinde mayor tranquilidad. La OMS y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomiendan el uso del misoprostol en el hogar en embarazos menores o iguales a 9 semanas (63 días) a partir de la FUM. De acuerdo a FLASOG, en gestaciones menores a 10 semanas, el tratamiento puede ser implementado sin requerir hospitalización, dependiendo de las condiciones particulares de cada mujer (FLASOG, 2013).

Sumado a la evidencia y recomendaciones internacionales, la eficacia y seguridad del misoprostol solo para la interrupción del embarazo también ha sido evaluada en Uruguay, en el Hospital Pereira Rossell, en el período mayo 2007-julio 2009, con resultados muy favorables. Estos datos avalaban la seguridad del uso de misoprostol en forma domiciliaria después de asesoramiento profesional, aun en un contexto legal restrictivo (Fiol, 2016).

Para que la mujer pueda llevar a cabo el procedimiento medicamentoso en el hogar, es indispensable que el equipo tratante:

• Brinde la consejería previa para que pueda decidir realizarlo de esa forma.

• Garantice a la persona la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos, por si llegara a requerirlos.

• Corrobore que comprenda las consignas y las pautas de alarma.

• Evalúe que no presente comorbilidades que pudieran poner en riesgo su salud.

• Cumplimente todos los requisitos administrativos: confección de la historia clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.

• Acuerde visitas de seguimiento post procedimiento.

Una vez que se establece que es posible llevar a cabo el tratamiento en el hogar y la mujer elige esta opción, se le debe explicar cómo debe realizarlo, brindando información clara y precisa sobre qué esperar en relación con la hemorragia vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer las complicaciones. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería.

**Es muy importante establecer un vínculo personalizado entre la persona y el equipo de salud que la asiste. De esa manera ella cuenta con referentes a quienes recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier inconveniente.**

### 3.1.2. Manejo de embarazos > de 12 semanas:

Con un régimen de misoprostol solo en embarazos de más de 12 semanas, la OMS recomienda misoprostol 400 mcg, vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas, hasta que se produzca la expulsión (OMS, 2019). Ipas recomienda la utilización de 400 mcg vía sublingual o vaginal cada 3 horas, hasta la expulsión de feto y placenta, sin límite de dosis (Ipas, 2019). En la tabla 1 se comparan estos esquemas con el propuesto por FIGO. Y en la tabla 2, se describen esquemas combinados misoprostol + mifepristona, siendo este el tratamiento más recomendado por la OMS (OMS, 2019).

En la interrupción del 2do trimestre, debe mantenerse la internación hasta que se haya completado la expulsión de feto y placenta (OMS, 2014). La OMS recomienda, controlar a la persona cada 30 minutos desde la primer dosis de misoprostol, en especial respecto al manejo del dolor. Asimismo señala que el tiempo de la expulsión y la finalización del aborto, suele aumentar con la edad gestacional y la nuliparidad. (OMS, 2014)

En las interrupciones del segundo trimestre pueden combinarse, si fuera necesario, los tratamientos medicamentoso e instrumental. La OMS señala que "no se justifica hacer un raspado de útero de rutina" (OMS, 2014). Asimismo indica que la evacuación uterina (para lo que recomienda la AMEU como primera opción) para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas (OMS, 2014).

**Tabla1:** Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo

| | Edad gestacional | Dosis, vía de administración y esquemas |
|---|---|---|
| [redacted] | < 12 semanas* | Misoprostol 800mcg vaginal, sublingual o bucal repetir dosis hasta expulsión. |
| [redacted] | > 12 semanas | Misoprostol 400mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 hs (sin máximo de dosis) |
| [redacted] | < 13 semanas | Misoprostol 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas |
| [redacted] | ≥ 13 semanas | Misoprostol 400mcg vía sublingual o vaginal* cada 3horas hasta la expulsión de feto y placenta. |
| [redacted] | < 13 semanas | Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 horas o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo)*** |
| [redacted] | > 13 semanas | 13 a 24 semanas: Misoprostol 400 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 3 horas **** |

[redacted]



[redacted]

**Tabla 2:** Procedimiento medicamentoso con mifepristona* + misoprostol

| | Edad gestacional | Dosis de mifepristona y vía de administración | Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema |
|---|---|---|---|
| [illegible] | < 12 semanas | Mifepristona 200mg vía oral unica dosis | 1 a 2 días después misoprostol, dosis 800mcg vaginal, bucal o sublingual |
| | ≥12 semanas | Mifepristona 200mg vía oral unica dosis | 1 a 2 días después misoprostol 400mcg vaginal sublingual o bucal cada 3 horas (sin maximo de dosis hasta la expulsión) |
| [illegible] | Hasta 10 semanas | | 1-2 días posterior 800mcg via bucal, sublingual o vaginal |
| | 10-13 semanas | 200mg de mifepristona via oral | 1-2 días después 600 mcg vía sublingual u 800mcg vía vaginal y continuar con 400mcg via sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión |
| | 13 semanas o más | | 1-2 días posterior 400mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión |

* A noviembre de 2019 la mifepristona no está aprobada en la Argentina

### 3.1.3. Criterios de internación

Independientemente de la edad gestacional, se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas personas que presenten comorbilidades como enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, neuropatías, diabetes mellitus, hipertensión arterial descompensada o cualquier situación de salud descompensada o que pueda descompensarse. La internación deberá ser bajo supervisión y seguimiento médico continuo durante el tiempo de uso de misoprostol. Asimismo, en presencia de una enfermedad del trofoblasto, utilizar el misoprostol y complementar la evacuación intrauterina por aspiración al vacío o legrado, en caso de no estar disponible la aspiración (FLASOG, 2013).
Por otro lado, si se trata de un embarazo producto de una violación y la persona decide realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en forma hospitalaria. Siempre la decisión de internarse para poder conservar la prueba es de la persona.

### 3.1.4 Uso de misoprostol en personas con cicatriz uterina

No existe evidencia concluyente sobre el uso de misoprostol en personas con cicatrices uterinas. FIGO señala que existe alguna evidencia de que en las terminaciones de embarazo entre la semana 13 y la 26 con uso de misoprostol en mujeres con un parto con cesárea previa, el riesgo de ruptura uterina es menor al 0.3% y otros estudios no encontraron diferencias significativas (FIGO, 2017). FIGO plantea que el misoprostol puede utilizarse en mujeres con cicatriz uterina transmural durante las 13 a 26 semanas (FIGO, 2017)

Ipas, recoge la opinión de expertos que recomiendan:

• No se necesita ningún cambio en el régimen de aborto con medicamentos para las mujeres con una cicatriz uterina cuya gestación es de menos de 22 a 24 semanas.

• Después de 22 a 24 semanas de gestación con una sola cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina, se recomienda considerar disminuir la dosis de misoprostol incrementando o no el intervalo entre dosis. Sin embargo, señala que no hay suficiente evidencia para indicar que cambiar el régimen de dosis disminuirá el riesgo de ruptura uterina (Ipas, 2018)

En la misma línea, la OMS señala que las/los profesionales médicas/os deben utilizar el criterio médico para decidir el máximo de dosis de misoprostol a utilizar en personas con cicatrices uterinas por cesárea previa (OMS, 2019).

A partir de todo lo mencionado al no existir evidencia concluyente, en la situación de personas con cicatrices uterinas, es necesario realizar una evaluación pormenorizada y un seguimiento más restricto durante todo el proceso.

**Tabla 3:** Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol solo y de misoprostol con mifepristona*.

| | Misoprostol | Mifespristona + misoprostol |
|---|---|---|
| Precauciones | **Tiene colocado un DIU:** se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018) | **Tiene colocado un DIU:** se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018) |
| | **Está amamantando:** recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a). | **Está amamantando:** recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a) |
| | **Problemas graves o inestables de salud tales como:** trastornos hemorrágicos, cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018 - FLASOG, 2013). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante. | **Problemas graves o inestables de salud tales como:** trastornos hemorrágicos, cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018 - FLASOG, 2013) Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante. |
| | | **Asma grave no controlada o terapia corticoesteroidea a largo plazo** (Ipas, 2018) Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante. |
| Contraindicaciones | **Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada** | **Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada** |
| | **Antecedentes de reacción alérgica a misoprostol** | **Antecedentes de reacción alérgica a mifepristona o misoprostol** |
| | | **Porfiria hereditaria** |
| | | **Insuficiencia suprarrenal crónica** |

* A noviembre de 2019 la mifepristona no está aprobada en Argentina.

### 3.1.5. Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol y mifeprostona

En la tabla 3, se presentan las situaciones en las que es necesario tomar precauciones en la realización del tratamiento medicamentoso y las situaciones en las que el mismo está contraindicado y se deberá realizar un procedimiento instrumental.

### 3.1.6. Vías de administración

Las vías de administración que se utilizan en distintos esquemas de misoprostol solo pueden ser bucal, vaginal o sublingual.

En la administración por vía bucal, el comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal (Figura 1), mientras que por la vía sublingual se aplica bajo la lengua (Figura 2). El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos (FLASOG, 2013).

Es importante poner en consideración la vía de administración teniendo en cuenta que la vía bucal o sublingual puede incrementar la presencia de náuseas y/o vómitos. En caso de ser necesario se pueden utilizar antieméticos

*Figura 1. Administración por vía bucal*

*Figura 2. Administración por vía sublingual*

En los casos en que se utilicen comprimidos de misoprostol asociado a diclofenac, para evitar su ingesta, hay quienes sugieren que antes de aplicarlo se extraiga el núcleo del comprimido (compuesto por diclofenac) y se descarte. Hay quienes, en cambio, sugieren no extraerlo y, pasados los 30 minutos, escupir para evitar la ingesta de diclofenac. No existe evidencia al respecto, pero es necesario considerar este punto en los lugares donde la presentación accesible sea la de misoprostol asociado a diclofenac

Es importante considerar que algunas mujeres prefieren evitar la vía vaginal. Tener esto en cuenta especialmente en niñas y adolescentes y cuando el embarazo es producto de una violación o abuso, ya que esta forma de aplicación podría implicar una situación traumática. En estos casos, ofrecer especialmente otras vías de administración.

### 3.1.7. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo, es del 85% en embarazos de menos de 13 semanas y de entre el 72% y 91% en embarazos de más de 13 semanas (IPAS, 2018). La eficacia es mayor si se usa el esquema mifepristona + misoprostol: más del 95% en embarazos de menos de 13 semanas y 90% en embarazos de más de 13 semanas (IPAS, 2018)

> En la mayoría de los casos la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

### 3.1.8. Profilaxis antibiótica

Luego de una interrupción realizada con medicamentos, el riesgo de infección intrauterina es muy bajo, por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2014 - Ipas, 2018).

### 3.1.9. Información y recomendaciones

Es importante informar a la persona sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria en su domicilio, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle. Estos incluyen:

• **Sangrado:** normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.

• **Dolor o cólicos abdominales:** normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma o colocación. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como Ibuprofeno 400/600 mgr, desde una hora antes de realizar el procedimiento. No se recomienda el uso de aspirina ni de sustancias que puedan alterar la percepción (como el alcohol y drogas), ya que pueden dificultar el reconocimiento de pautas de alarma.

• **Síntomas gastrointestinales:** pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros. Se puede utilizar antieméticos.

• **Fiebre/escalofríos:** ocurren ocasionalmente y son pasajeros, cede con dosis habituales de AINES.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o, de no ser posible, en un centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

• Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
• Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos.
• Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
• Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
• Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos.

### 3.1.10. Seguimiento

En los casos en que se realice el tratamiento ambulatorio utilizando misoprostol solo, se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores, no antes para permitir que pueda completarse el proceso de expulsión. No se recomienda la realización de examen físico de rutina. Debe realizarse solo ante la presencia de síntomas que lo ameriten (OMS, 2019).

En algunos casos puede resultar importante mantener una consulta antes de ese tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.

Para determinar si el aborto se completó puede utilizarse examen pélvico, ecografía o examen de laboratorio (mediciones de GCh). Es importante tener en cuenta que la ecografía puede ser útil para detectar situaciones en las que los embarazos sigan adelante. No es recomendable como rutina medir por este medio el engrosamiento endometrial como forma de diagnóstico de aborto incompleto, ya que el uso de este indicador puede llevar a intervenciones quirúrgicas innecesarias (OMS 2019).

Si en el momento de la visita de seguimiento, por la entrevista y el examen clínico, se constata que la mujer se encuentra cursando un aborto incompleto, según el criterio médico y la preferencia de la persona, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una evacuación instrumental. En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarlo o realizar la derivación a otro efector de salud donde cuenten con esta opción.

No se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección.

Estas pautas también deben tenerse en cuenta en los casos de mujeres con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación.

**Tabla 4:** Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas.

| Cuadro clínico | Tratamiento |
|---|---|
| **Aborto incompleto**<br>• Expulsión parcial del producto de la gestación<br>• Hemorragia y dolor tipo cólico<br>• Dilatación cervical<br>• Volumen uterino menor a la amenorrea<br>• Ecografía que confirme diagnóstico (no es imprescindible) | **<13 semanas de gestación:**<br>Misoprostol 600 mcg vía oral o 400 mcg sublingual, hasta finalizar proceso<br>**≥13 semanas de gestación:**<br>Misoprostol 400 mcg vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso. |
| **Aborto retenido o diferido (huevo muerto y retenido)**<br>• Retraso menstrual o amenorrea secundaria<br>• Puede no acompañarse de hemorragia o dolor<br>• No hay modificaciones cervicales<br>• Volumen uterino menor a la amenorrea<br>• Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación<br>• Ecografía: ausencia de viabilidad fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado) | **Huevo anembrionado de 6 a 12 semanas de gestación:**<br>Misoprostol 800 mcg – vía sublingual – monodosis<br><br>**Aborto retenido <13 semanas de gestación:**<br>Misoprostol 800 mcg – vía vaginal<br>o Misoprostol 600 mcg – vía sublingual – cada 3 horas 1 a 3 dosis<br>**Retenido ≥13 semanas de gestación:**<br>Misoprostol 400 mcg – vía vaginal o sublingual – cada 4 horas |
| **Muerte fetal intrauterina**<br>• Entre 14 y 28 semanas de gestación<br>• Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación<br>• Ausencia de dilatación cervical<br>• Puede haber sangrado vaginal<br>• Ecografía: ausencia de viabilidad fetal | **Puede tratarse con conducta expectante, quirúrgicamente o con tratamiento medicamentoso.**<br>Es importante evaluar con la persona usuaria sus posibilidades y preferencias.<br><br>**Tratamiento medicamentoso**<br>Opción recomendada:<br>200 mg de mifepristona – vía oral<br>1 a 2 días después: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual o vaginal – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión)<br>Opción alternativa:<br>Misoprostol solo: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual de preferencia (vía vaginal en los casos en que la vía sublingual no sea posible) – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión) |

Fuentes: OMS (2018), FLASOG (2019), FIGO (2012).

Para más información, ver la "Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto" (PNSSyPR, 2015) o actualizaciones posteriores.

En los casos de embarazos mayores a 12 semanas, luego del tratamiento medicamentoso si se constata un aborto incompleto, se procederá a completar la evacuación uterina mediante un procedimiento instrumental.

### 3.1.11 Otros usos del misoprostol

En la tabla 4 se indican distintos esquemas de uso de misoprostol para las situaciones de interrupción del embarazo.

## 3.2. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL

La práctica de ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental, ya sea de aspiración de vacío o por raspado o legrado uterino.

La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.

El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos. Por ese motivo, deberá reservarse solo para los casos en que no pueda realizarse tratamiento medicamentoso y no esté disponible la aspiración de vacío.

**En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarlo por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.**

En el presente Protocolo se desarrollará la técnica de aspiración de vacío, que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración eléctrica (mediante una bomba eléctrica), o manual (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano [AMEU]).

Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer en qué consiste y cómo es el seguimiento posterior (duración; posibles efectos secundarios, como dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos; tipo de anestesia que se utilizará; tiempo de recuperación; posibles complicaciones). Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

> Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

### 3.2.1. Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Deben aplicarse las precauciones habituales para el control de las infecciones, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos.

Si hay signos clínicos de infección, la mujer debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto (OMS, 2014).

En la tabla 5 se indican algunos esquemas farmacológicos recomendados por organizaciones de profesionales, que se basan en evidencia clínica y opinión de expertos. Las y los profesionales de la salud deberían elegir basándose en el costo y la disponibilidad de los antibióticos, así como en la práctica habitual de pruebas diagnósticas y tratamientos de personas con infecciones de transmisión sexual.

**Tabla 5:** Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental*

| Institución | Recomendación |
|---|---|
| Planned Parenthood Federation of America (PPFA, 2016) | 200 mg de doxiciclina por vía oral antes del procedimiento<br>o<br>500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento<br>o<br>500 mg de metronidazol por vía oral antes del procedimiento |
| Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2018) | 200 mg de doxiciclina por vía oral dentro de 1 hora antes del procedimiento |

* Fuente: IPAS (2019)

Para más información, ver "Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto" (PNSSyPR, 2015a) o actualizaciones posteriores.

### 3.2.2. Preparación cervical

Previamente al procedimiento instrumental, se recomienda la preparación del cuello uterino en todas las mujeres que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación. Igualmente, la preparación cervical puede considerarse para cualquier edad gestacional, en especial para las mujeres con un riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero (por ejemplo, aquellas que presentan anormalidades cervicales o cirugías previas) (OMS, 2012).

Para embarazos de menos de 13 semanas de edad gestacional puede prepararse el cuello en forma eficaz con la administración de 400 mcg de misoprostol vía sublingual 1 hora antes del procedimiento, o vía vaginal 3 horas antes. En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal. La preparación cervical para aborto quirúrgico de 13 a 19 semanas tiene un esquema de administración de 400 mcg vía vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento (FIGO, 2017)

### 3.2.3. Manejo del dolor

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la mujer puede presentar dolor de distinta intensidad, desde cierto grado de molestia hasta un malestar muy incómodo. Esta percepción del dolor y la consecuente reacción pueden variar en cada persona en función de distintos factores.

Es importante explicarle a la persona gestante que, si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso. A continuación se detallan los medicamentos orales y sus efectos.

- **Analgésicos:** el ibuprofeno disminuye el dolor. Puede iniciarse su administración desde antes del procedimiento para maximizar su eficacia (OMS, 2014).

- **Opiáceos:** deben usarse cautelosamente dado que, en el caso de tratamientos realizados en forma ambulatoria, se han registrado incidentes, tales como caídas de escaleras y accidentes de tránsito. Para evitar esto, la mujer debería estar acompañada por alguien que pueda ayudarla

• **Tranquilizantes (ansiolíticos):** reducen la ansiedad y la memoria, pero no actúan en forma directa sobre el dolor. Al usar benzodiacepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones que para los opiáceos.

> No se recomienda el uso de oxitócicos de rutina (OMS, 2012).

Con respecto a la anestesia, el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural) o general. **Sin embargo, no se recomienda el uso de anestesia general de rutina** (OMS, 2014).

**Pasos y recomendaciones para realizar el bloqueo paracervical** (OMS, 2014):

1. Cargar, en una jeringa de 10 ml con aguja 21G x 1 y medio, 10 ml de lidocaína sin epinefrina al 1% o 5 ml de lidocaína sin epinefrina al 2%, más 5 ml de solución salina o agua destilada.

2. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior –de acuerdo con la posición del útero– con una pinza de cuello (Pozzi o Erina). Previamente puede inyectarse 1 a 2 ml de anestésico en "hora 6" y "hora 12", según dónde se aplicará la pinza.

3. Realizar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.

4. Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 3, 5, 7 y 9 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical, no sobre el exocervix (Figura 3).

• Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8 mm (no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca).
• Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.
• Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.
• Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.
• Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto.

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de aspiración de vacío y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el trato amable y respetuoso (Ipas, 2017).

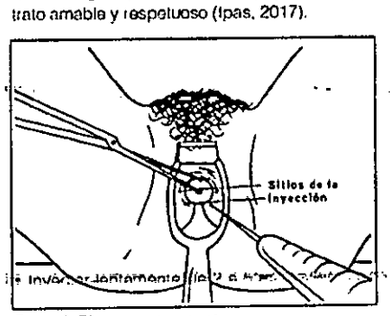



*Figura 3. Bloqueo paracervical*

### 3.2.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

A continuación se detalla la técnica de AMEU. Aunque la mayoría de los conceptos puntualizados corresponden a las dos modalidades de aspiración de vacío (eléctrica o manual) se hace hincapié en la técnica manual dado que es la que está actualmente disponible en la mayoría de los centros del país.

Dependiendo de la edad gestacional, el aborto mediante aspiración de vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local.

1. **Preparar el instrumental.** Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (ver "Preparación y

funcionamiento del aspirador manual", pág. 58) y cánulas semirrígidas (abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina) (Figura 4). Antes de usar el aspirador, asegurarse de que conserve el vacío; para esto, cargar el aspirador esperar unos minutos y luego soltar los botones para liberar el vacío. El sonido del aire que entra en el aspirador es una indicación de que se ha creado el vacío. Si esto no ocurre, ver que el aspirador esté bien armado, inspeccionar el anillo "O" para comprobar que no tenga defectos o cuerpos extraños y si está bien lubricado, y asegurarse de que el cilindro esté firmemente colocado en la válvula. Si el anillo "O" no se encuentra bien lubricado puede utilizarse xilocaína en jalea o gel en base acuosa como el usado para realizar ecografías (nunca usar vaselina u otros derivados del petróleo). Si al volver a probarlo no conserva el vacío, usar otro aspirador.

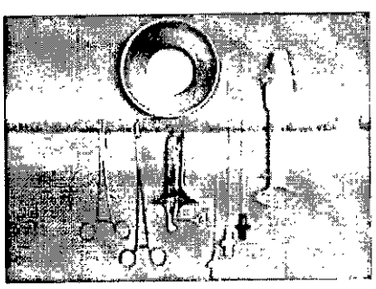


*Figura 4. Instrumental dispuesto en la mesa auxiliar estéril*

**2. Preparar a la persona.** Pedirle que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.

**3. Examen ginecológico.** Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal.

**4. Realizar antisepsia.** Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.

**5. Realizar bloqueo paracervical** (ver apartado "Manejo del dolor", pág. 59).

**6. Elección de la cánula.** El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm; de 7 a 9 semanas, una de 5 a 10 mm; y de 9 a 12 semanas, una de 8 a 12 mm.

**7. Dilatar el cuello uterino.** Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.

**8. Insertar la cánula.** Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría, el primero se encuentra a 6 cm del extremo romo de la cánula y los otros, a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la jeringa (Figura 5).

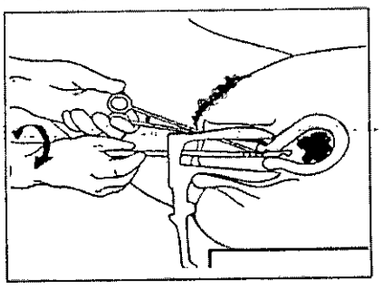


*Figura 5. Introducción de la cánula*

**9. Aspirar el contenido del útero.** Conectar la cánula al aspirador ya cargado (es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras se conecta el aspirador



7. Dilatar el cuello uterino. 9. Aspirar el contenido del útero

(Figura 6) Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (para esto, oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

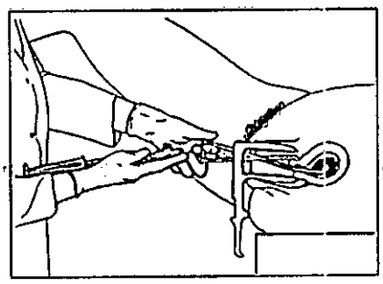


*Figura 6 Conexión de la cánula a la jeringa*

Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (Figura 7).

• Si el aspirador se llena de material o restos. Cerrar la válvula (presionar botones hacia adentro y adelante), desconectar el aspirador de la cánula dejándola colocada dentro de la cavidad uterina; abrir la válvula presionar los botones hacia adentro) y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido del aspirador en el recipiente o riñonera, para inspeccionar o. Restablecer el vacío, reconectar el aspirador a la cánula y continuar la aspiración.

• Si se pierde el vacío. Desconectar el aspirador de la cánula y restablecer el vacío. Este se puede perder o disminuir por distintos motivos: el aspirador está lleno; la cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

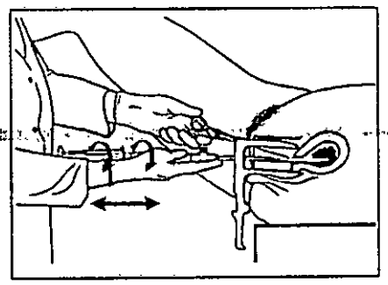


*Figura 7 Extracción del contenido uterino*

**10. Finalización del procedimiento.** Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: en la cánula se observa espuma roja o rosada y en ella no se ven más restos; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado porque este se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización. Luego de comprobada la finalización del procedimiento, cerrar la válvula (presionar los botones hacia adelante y adentro) y desconectar la cánula del aspirador, o bien retirar cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos, sin oprimir los botones.

**11. Inspección del tejido.** Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que esta se contaminaría.

## 3.2.5. Dilatación y evacuación

En aquellos lugares donde se disponga de profesionales con experiencia y habilidad y con el equipamiento adecuado, el procedimiento de dilatación y evacuación es una técnica efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG, 2011). Puede ser utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. Requiere la preparación cervical con una prostaglandina –como el misoprostol, la laminaria (no disponible en Argentina) o un dilatador

hidrofílico similar–, dilatar el cérvix y evacuar el útero mediante la técnica de aspiración de vacío eléctrica con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas (no disponibles en la Argentina). Dependiendo de la edad gestacional, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

RECOMENDACIONES PARA ILE EN EL SEGUNDO TRIMESTRE
Ipas plantea como alternativas para el segundo trimestre el tratamiento medicamentoso y el de dilatación y evacuación (DyE). Señala que las complicaciones de uno y otro método son diferentes pero con una frecuencia de aparición similar (Ipas, 2018). De acuerdo a la experiencia de equipos de salud que realizan ILE en nuestro país, es posible la combinación de los tratamientos medicamentoso e instrumental. Primero se realiza el procedimiento medicamentoso a las dosis indicadas para el segundo trimestre, y luego, una vez que se produjo la expulsión del contenido intrauterino, se completa la evacuación uterina mediante el procedimiento instrumental, siendo siempre la AMEU la técnica recomendada.

### 3.2.6. Cuidados inmediatos luego del procedimiento

La duración del período de recuperación varía según el estado clínico de la mujer, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado. En la mayoría de los casos de procedimientos de ILE realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local, la persona se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general. Durante la recuperación la mujer debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar del establecimiento de salud, hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella misma manifieste que se siente en condiciones para retirarse de la institución. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

En este período es fundamental:

- Controlar los signos vitales mientras la mujer está en la camilla.
- Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.
- Evaluar el sangrado y los cólicos, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.
- Confirmar que la mujer pueda orinar.
- Brindar contención y acompañamiento respetando los tiempos y necesidades de la persona.
- Ofrecer consejería en anticoncepción en caso de que la mujer lo desee y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno. La consejería puede efectuarse durante el período de recuperación o antes del alta. Es posible que la usuaria se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva

y opciones anticonceptivas en ese momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Lo ideal es que se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.

## 4. CONSERVACIÓN DE TEJIDOS

En los casos en que la IVE se haya realizado por causal de violación y la persona decida realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento en forma hospitalaria.

El material deberá preservarse, tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación, en un frasco preferentemente de plástico y si fuera posible estéril, sin agregar ninguna solución. Utilizar guantes estériles. Si no se dispone de un frasco, se puede recurrir a una bolsa plástica.

En los casos en que sea posible, separar en recipientes diferentes los tejidos fetales (feto y cordón) de los de la persona gestante o de aquellos en que haya mezcla de tejidos (decidua y placenta), si no, poner todo el material en el mismo recipiente.

Rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del profesional que realiza la práctica. Constatar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse congelados o, si ello no fuera posible, en una heladera a 4 °C. En caso de traslado del material debera garantizarse la cadena de frío mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer. Debido a que el material se encuentra en cadena de custodia, solo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso deben registrarse los datos de quien lo retira en la Historia Clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.

En los casos en que sea posible, separar en recipientes diferentes los tejidos fetales (feto y cordón) de los de la persona gestante o de aquellos en que haya mezcla de tejidos (decidua y placenta), si no, poner todo el material en el mismo recipiente.

Rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del profesional que realiza la práctica. Constatar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse congelados o, si ello no fuera posible, en una heladera a 4 °C. En caso de traslado del material debera garantizarse la cadena de frío mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer. Debido a que el material se encuentra en cadena de custodia, solo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso deben registrarse los datos de quien lo retira en la Historia Clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.

## 5. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

Si bien son infrecuentes, durante un procedimiento de ILE o luego de concluido este pueden presentarse complicaciones. Por este motivo, es importante que los servicios que realicen esta práctica, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, de manera de proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer de manera oportuna. Algunas situaciones posibles son:

**Aborto incompleto.** En los procedimientos de AMEU realizados por un profesional entrenado es poco frecuente que se presente un caso de aborto incompleto, que es más común cuando se utiliza el procedimiento medicamentoso. Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección. El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer.

**Interrupción fallida.** Si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa la terminación requerirá una nueva aspiración de vacío o dilatación y evacuación.

**Hemorragia.** La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir un nuevo procedimiento de evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, de transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de casos de hemorragia con el procedimiento de aspiración de vacío, no se recomienda la utilización de uterotónicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la práctica de dilatación y evacuación. El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente

abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una persona con hemorragia de la forma más rápida posible

**Infección.** Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente. Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación.

**Perforación uterina.** Cuando se sospecha la existencia de una perforación uterina durante un procedimiento instrumental, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se requiera. Donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

**Complicaciones relacionadas con la anestesia.** La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. En caso de utilizar anestesia general, debe realizarla un médico anestesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar

**Perforación uterina.** Cuando se sospeche

- **Para más información consultar la "Guía de atención integral de mujeres que cursan un aborto" (PNSSyPR, 2015) o posteriores actualizaciones.**

## 6. INDICACIONES PARA LUEGO DEL PROCEDIMIENTO O EL MOMENTO DE ALTA

En el momento de darle el alta o, en el caso de que el procedimiento sea ambulatorio, luego de dar las indicaciones de cómo utilizar los medicamentos, es importante explicarle a la persona lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (AINES, como ibuprofeno).

- Aclarar que no utilice aspirinas ni sustancias que alteren la percepción (como alcohol o drogas), ya que podrían disminuir la percepción de pautas de alarma

- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento de ILE.

- Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo

- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que mientras dure el sangrado evite el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión

- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual con penetración vaginal, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.

- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del

tratamiento y brindar información sobre anticoncepción haciendo hincapié en los métodos de larga duración (ver "Anticoncepción post interrupción del embarazo", pág.65). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción garantizar la entrega/colocación del método en caso de que haya seleccionado uno.

• Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata:
- sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas)
- cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes
- dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal
- mareos o desmayos
- náuseas o vómitos
- fiebre y/o escalofríos
- flujo de mal olor o purulento
- otras situaciones que le generen preocupación.

Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.

• Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).

• Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.

• Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud.

• En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.

El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en algunos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones. Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.

# PREPARACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ASPIRADOR ENDOUTERINO MANUAL

El dispositivo para AMEU consta de un aspirador manual y de las cánulas de aspiración. El aspirador manual tiene una válvula con un par de botones que la abren y cierran, lo que permite controlar el vacío; una tapa y un revestimiento desmontable; un émbolo con mango y un anillo-O; un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la cavidad endouterina, con un clip que sujeta el aro de seguridad (Figuras 8 y 9)

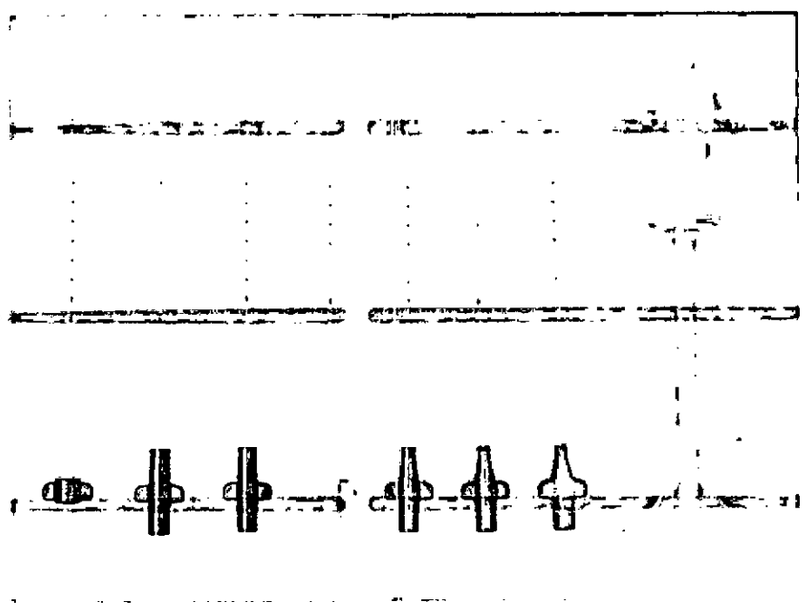
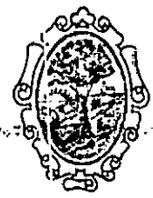


*Figura 8*

Las cánulas son de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm de diámetro. Las más pequeñas (de 4 a 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta y las más grandes (de 9, 10 y 12 mm) presentan una sola abertura de mayor tamaño. Los puntos impresos en cada cánula se usan para indicar la posición de la abertura principal. El primer punto se encuentra a 6 cm de la punta de la cánula y los que le siguen están espaciados a intervalos de 1 cm (Figura 9)



aberturas en situación opuesta y las más grandes (de 9, 10 y 12 mm) presentan una sola abertura



*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

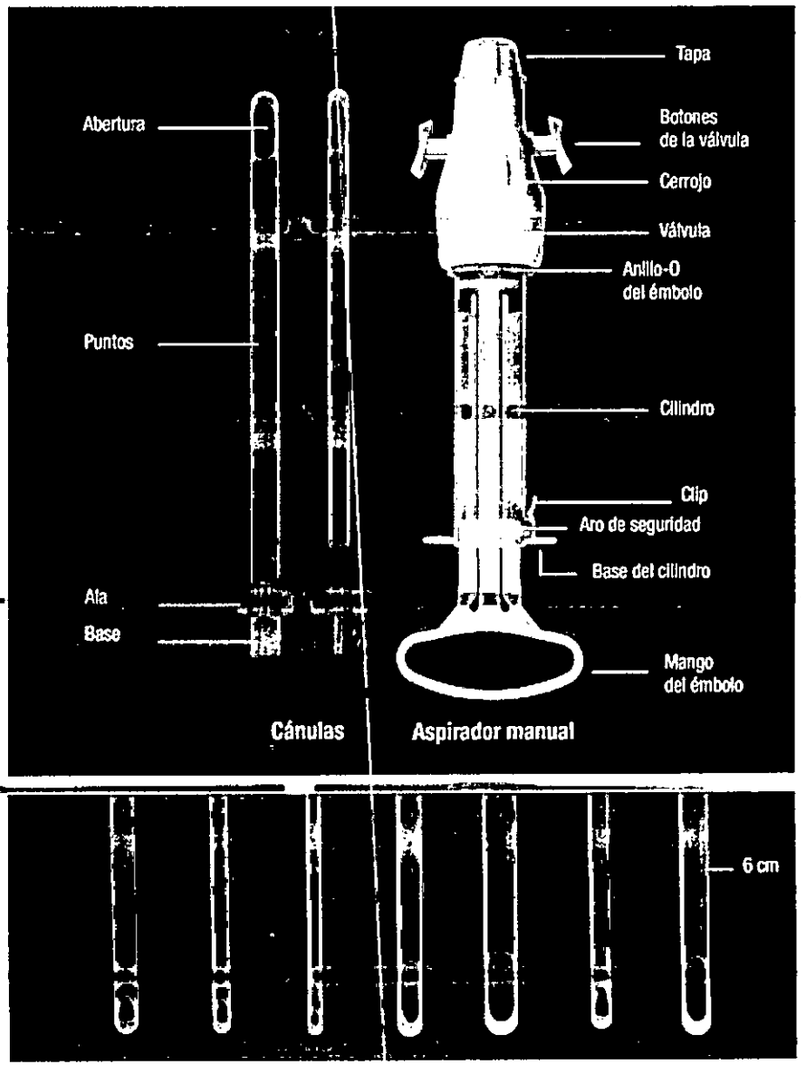



Figura 3

## ARMADO DEL AMEU

1. Revisar el anillo-O (Figura 10) y colocarlo en la ranura de la punta del émbolo (Figura 11). Lubricarlo con una sola gota de lubricante (silicona, glicerol o detergente líquido). No usar nunca productos fabricados a base de petróleo (Figura 12).

2. Abrir la válvula y colocar el revestimiento en su lugar, alineando los rebordes internos (Figura 13). Luego cerrar la válvula (Figura 14) y encajar la tapa en su sitio (Figura 15).

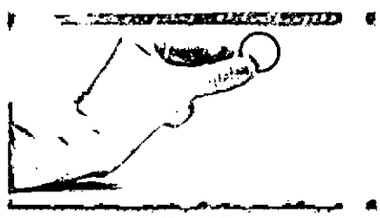


Figura 10

Figura 13

Figura 14

Figura 12

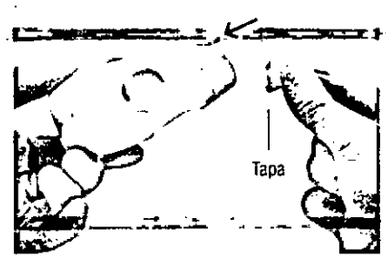



Figura 15

3. Empujar el cilindro dentro de la válvula e introducir el émbolo completamente dentro del cilindro (Figura 16). Controlar que los botones no estén oprimidos y que los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados (Figura 17).

4. Fijar el aro de seguridad deslizándolo debajo del clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro (Figura 18).

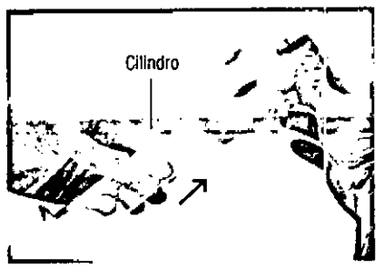



Figura 16

Figura 17

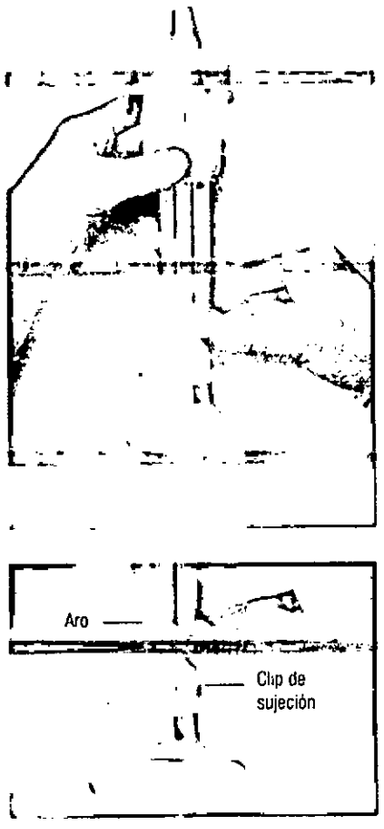



Figura 18

GENERACIÓN DEL VACÍO O CARGADO DEL AMEU

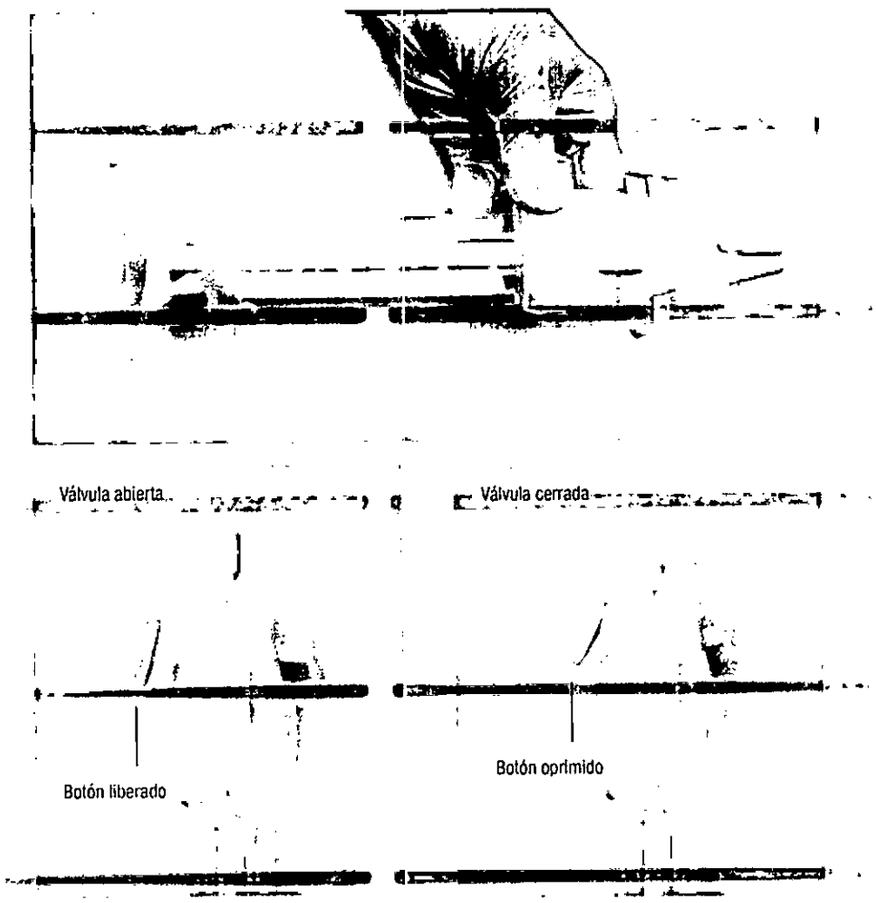



*Figura 19*

1. Comenzar con los botones de la válvula no oprimidos (válvula abierta), el émbolo introducido completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar (Figura 19).

2. Para crear el vacío o cargar el AMEU, primero oprimir los botones de la válvula hacia adentro y adelante (es decir hacia la punta de la válvula) (Figura 20), hasta sentir que encajan en su lugar y hacen un "clic". Esta maniobra cierra la válvula.

3. Tirar del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro (Figura 21). Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esa posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitir que este se deslice dentro del cilindro e inyecte el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero. Nunca hay que sujetar el aspirador por los brazos del émbolo.

Figura 20

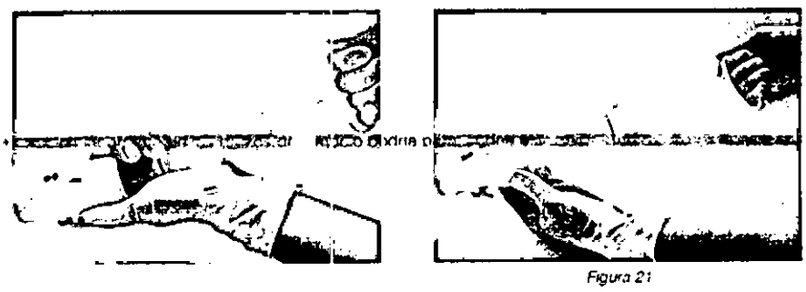


Figura 21

4. Para liberar el vacío, "soltar" los botones de la válvula (para ello oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esta maniobra abre la válvula (Figura 22). El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.

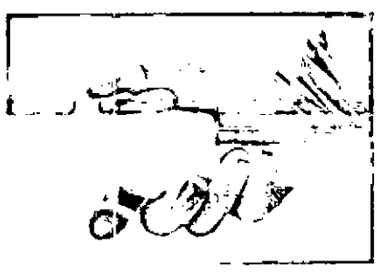


Figura 22

## PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SER REUTILIZADO

- Después de cada procedimiento, todo el instrumental que va a ser reutilizado debe remojarse, lavarse y luego someterse a desinfección de alto nivel o esterilizarse.
- Debe remojarse inmediatamente después de utilizarse para facilitar el lavado posterior.
- Es importante utilizar guantes durante el procedimiento y lavarse las manos.

**1. Descontaminación por remojo.** Inmediatamente después del procedimiento, sumergir completamente todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5%, utilizando guantes. Dejar en remojo hasta que pueda lavarse. Aspirar y eyectar agua con el aspirador varias veces para asegurarse de que no queden restos y/o sangre visible adheridos. Esta etapa facilita las maniobras de limpieza posterior. Usar guantes o pinzas para sacar el material de la solución.

**2. Lavado.** Desarmar el dispositivo y lavarlo con agua tibia, detergente y esponja o cepillo suave (no usar objetos afilados o puntiagudos). Si quedó material atrapado, use un hisopo de algodón o un paño para sacarlo. Lave las grietas y el interior del cilindro, las piezas de la válvula y el émbolo. Cuando no quede rastro visible de restos ovulares o sangre, enjuagar.

**3. Desinfección de alto nivel (DAN).** Se hace con glutaraldehído al 2% o cloro al 0,5% durante 20 minutos (la solución debe cubrir completamente por dentro o por fuera; luego de los 20 minutos, sacar con guantes estériles o pinzas, enjuagar con agua estéril o hervida y secar con gasa estéril). Otra opción es realizar DAN por ebullición (poner los elementos en agua hirviendo, dejarlos hervir por 20 minutos, sacarlos con pinzas, secarlos con un paño estéril y dejarlos enfriar).
La otra opción es realizar una esterilización con autoclave a vapor (con temperaturas de 121ºC durante 30 minutos) o glutaraldehído al 2% por 10 horas (la solución debe cubrir completamente por dentro o por fuera; sacar con guantes estériles o pinzas, enjuagar con agua estéril y secar con gasa estéril).

**4. Almacenamiento.** El dispositivo se debe conservar en envases o recipientes estériles, en un ambiente seco y limpio. Debe almacenarse armado, lubricado y listo para su uso. Guardar una cánula en cada contenedor. Evitar tocar las puntas de las cánulas; sujetarlas por su base.

## MANTENIMIENTO DEL ASPIRADOR

El aspirador Ipas AMEU Plus es un dispositivo reutilizable luego de ser sometido a esterilización o DAN por los procedimientos mencionados). Las cánulas Ipas EasyGrip®, por su parte, si bien están rotuladas para un solo uso (según la ANMAT las cánulas deben ser descartadas como desechos contaminados), el fabricante señala que pueden ser reutilizadas después de ser esterilizadas o sometidas a DAN, con alguna de las opciones descriptas en el apartado anterior.

El número de veces que se puede reutilizar el aspirador o las cánulas varía de acuerdo con su uso y mantenimiento. Entre los motivos para desechar el aspirador se pueden señalar: el cilindro se puso quebradizo o agrietado; tiene depósitos minerales que impiden el movimiento del émbolo; las piezas de la válvula están agrietadas, dobladas o rotas; los botones están rotos; los brazos del émbolo no se aseguran en su lugar; el dispositivo ya no tiene la capacidad de conservar el vacío.

Por su parte, las cánulas deben desecharse si se vuelven quebradizas, si están agrietadas, torcidas o dobladas, en especial en el sitio de la abertura, o si no se puede extraer el tejido al lavarlas.

[illegible] El dispositivo se DAN [illegible] en envases o recipientes estériles, en un [illegible]
(Fuente: Ipas, 2014 a; Ipas, 2014 b)



[illegible] mencionados). Las [illegible] IDAS cánulas [illegible] por su parte, si bien [illegible]

[illegible] aspirador se pueden señalar: el cilindro se puso quebradizo o agrietado; tiene depósitos minerales que impiden el movimiento del émbolo; las piezas de la válvula están agrietadas, dobladas o rotas; los botones están rotos; los brazos del émbolo no se

203

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

# Anticoncepción post interrupción del embarazo

- Criterios y pautas para la anticoncepción post aborto.
- Situaciones particulares a tener en cuenta.
- Recomendaciones para la consejería.

En muchos casos puede ser beneficioso realizar la consejería antes del procedimiento de ILE. Si no fuera posible o apropiado, es conveniente efectuarla enseguida de concluido el tratamiento.

Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la persona usuaria si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción. Se recomienda mantener el encuentro en un espacio que garantice la privacidad. Es importante que al inicio el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y, además, le pregunte en forma privada si desea que su pareja o acompañante esté presente durante la conversación.

Es importante señalar que, como en toda consejería en métodos anticonceptivos (MAC), el objetivo es que la persona, contando con toda la información necesaria, elija - si así lo desea- un MAC, de acuerdo a sus necesidades y preferencias, respetando y favoreciendo su autonomía. La elección de un MAC nunca puede ser condición de acceso a la práctica de ILE.

Deben ofrecerse los métodos anticonceptivos disponibles que sean seguros para la persona, incluyendo los de larga duración. Se denominan métodos anticonceptivos reversibles de larga duración o acción prolongada (LARC por sus sigles en inglés) a aquellos que permiten prevenir un embarazo de manera eficaz durante un período prolongado sin requerir la intervención activa de la usuaria. Entre ellos se encuentran el DIU con cobre, el DIU con levonorgestrel y el implante subdérmico. Estos métodos tienen tasas más altas de continuación y tasas más bajas de embarazos cuando se comparan con los métodos de corta duración (Ipas, 2017). Es por ello que, si la persona elige un LARC en la consejería, es importante evitar barreras en el acceso al mismo.

El acceso a servicios de atención médica para la ILE puede ser una oportunidad única para iniciar un método anticonceptivo reversible, de alta eficacia y de acción prolongada. Es por esto que se recomienda organizar los servicios para brindar consejería y anticoncepción inmediata post evento obstétrico que incluyan la colocación de DIU e implante subdérmico.

Si la persona usuaria considera que no está lista para tomar una decisión sobre un MAC a utilizar a largo plazo, es importante ofrecerle y entregarle métodos para que los use temporalmente y tenga protección enseguida de la interrupción. Se debe proceder del mismo modo si el método que la mujer prefiere no puede ser suministrado de inmediato debido a su situación clínica.

**Cuando se ofrecen diferentes métodos anticonceptivos y la persona usuaria puede elegir libremente entre ellos, es más probable que los acepte y los utilice adecuadamente.**

Una consideración especial merecen las niñas y adolescentes más jóvenes con antecedentes de embarazo por abuso sexual o violación, ya que en su mayoría no desean mantener relaciones sexuales. En estos casos es muy importante evaluar en cada situación particular si es adecuado o no ofrecerles asesoramiento en anticoncepción.

Las circunstancias en que se encuentran las mujeres que reciben atención integral de ILE son diversas. El equipo de salud debe evitar hacer cualquier tipo de suposiciones sobre la situación de las personas que asiste.

**La consejería en anticoncepción será más eficaz si se basa en las necesidades individuales. Por lo tanto, el equipo de salud debe valorar la situación de cada persona, incluidas sus características y la capacidad del sistema de salud local para garantizar el acceso a los MAC.**

Durante el encuentro, se recomienda que la/el profesional:

- Indague las necesidades de la persona usuaria mediante preguntas abiertas y cuidando de no hacer suposiciones.

• Converse con ella sobre su interés en usar anticonceptivos.
• Evalúe con los criterios médicos de elegibilidad, a partir de la situación clínica de la mujer, cuáles son los MAC seguros para ella.
• Indague acerca de los conocimientos sobre MAC y experiencias de uso que tiene la persona.
• Informe sobre los métodos anticonceptivos disponibles y accesibles para ella y le explique las características, uso, efectos secundarios y eficacia de cada uno, haciendo hincapié en la mayor efectividad de los LARC.
• Valore las barreras que podrían restringir el uso exitoso de algunos métodos y considere, junto con la persona, posibles formas de resolverlas o trabajar alrededor de ellas.
• Acompañe a la usuaria en la selección del método que sea más adecuado para su situación particular y preferencias.
• Brinde información sobre cómo funciona el MAC elegido, su modo de uso, la eficacia, qué hacer ante distintas situaciones como olvidos o uso de otras medicaciones, los posibles efectos secundarios, etc. Y, de ser posible, reforzar la información con folletería.
• Informe dónde obtener el método elegido y realizar el seguimiento que requiera.
• Recuerde la importancia del uso del preservativo para prevenir la transmisión de VIH y otras ITS.
• Ofrezca anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) para posibles fallas en el uso del MAC.

# 1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POST ABORTO

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse de inmediato, siempre y cuando:
• No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
• La persona haya recibido consejería.
• El/la profesional de la salud haya indagado y valorado, basándose en los criterios médicos de elegibilidad, todas las posibles contraindicaciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos.

> La elección y/o colocación de un MAC nunca puede ser requisito para el acceso a una ILE.

Es importante recordar a la persona usuaria que se recomienda no tener relaciones sexuales con penetración vaginal, hasta que no haya cesado el sangrado post aborto.

## 1.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

A través de los "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos", la OMS propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar determinado MAC en forma segura.

Estas condiciones se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según el siguiente detalle:

1. Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.

2. Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.

3. Condición en la que los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.

4. Condición que representa un riesgo para la salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente su singularidad y las características del método que está eligiendo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en dos posibilidades de

uso del método (Tabla 6). En la Tabla 7 se presentan los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto (OMS, 2015).

> ELEGIR EL MÉTODO
> Los criterios de elegibilidad permiten que la persona pueda elegir, según sus preferencias y condiciones de vida, el método que prefiere entre las opciones que son seguras para su salud.

## 1.2. PAUTAS PARA EL COMIENZO DE LA ANTICONCEPCIÓN

A continuación se presentan las especificidades para el inicio de cada método luego de una interrupción del embarazo. Para mas información, consultar "Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud" (PNSSyPR, 2014) o posteriores actualizaciones.

**Dispositivo intrauterino.** El DIU con cobre y el DIU con levonorgestrel pueden insertarse inmediatamente después de un aborto (de primer o segundo trimestre) sin complicaciones. Es central garantizar una consejería adecuada (OMS, 2019). La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico), ya que se trataría de un caso de categoría 4 de la OMS. Se debe posponer la inserción hasta que la mujer se haya curado de la infección (OMS, 2018)

**Anticonceptivos hormonales combinados.** La categoría incluye anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso de luego de la primera toma de la medicación (OMS, 2019) o de inmediato luego de un procedimiento instrumental, incluso si existe infección o trauma, en interrupciones del embarazo realizadas durante el primero o el segundo trimestre.

**Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos.** Esta categoría incluye minipíldora, desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e implante. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación (OMS, 2019) o de inmediato luego de un procedimiento instrumental.

En el caso del AMPD existe evidencia de que su uso mientras se realizar el procedimiento medicamentoso puede disminuir levemente su eficacia. Sin embargo, la OMS recomienda su ofrecimiento de todas formas en dicha situación (OMS, 2019).

**Anticoncepción hormonal de emergencia.** El suministro de antemano de pastillas anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. Se recomienda ofrecer AHE al momento del alta.

**Preservativos.** No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales con penetración vaginal post interrupción. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

**Anticoncepción quirúrgica.** Esta categoría incluye la ligadura tubaria y la vasectomía. En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo, la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo; y en el segundo trimestre, a un procedimiento post parto. Puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento de interrupción, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que se cure la infección por completo o se sane la lesión. Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar, si corresponde, sobre la posibilidad de la vasectomía para una eventual pareja.

**Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.** No se recomienda su uso inmediato después de una interrupción del embarazo, sino recién después del primer sangrado espontáneo posterior al evento. Mientras tanto, se requiere un método alternativo (por ejemplo, preservativo) o no mantener relaciones sexuales con penetración vaginal.

**Tabla 6:** Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria

| Categoría | Con criterio clínico | Con criterio clínico limitado |
|---|---|---|
| [illegible] | Use el método [illegible] circunstancia | [illegible] |
| 2 | En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados. | SI, usar el método. |
| [illegible] | El método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia. Los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar el método | NO usar el método. |
| 4 | No debe usarse el método. El uso del método constituye un riesgo inaceptable para la salud. | |

**Tabla 7:** Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos post aborto

| Situación | ACO | ACI | AOPS | AMPD | Implante | DIU | DIU LNG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| [illegible] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |

## 2. PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces preferentemente en la misma institución o, en su defecto, a través de la referencia a otro efector.

Es importante que las/los profesionales ofrezcan e informen sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual y salud reproductiva que aseguren la entrega de métodos y realicen consejerías, tanto en el mismo establecimiento de salud como en otros cercanos a él.

**Consideraciones generales a tener en cuenta**

- Recomendar a la persona usuaria que no tenga relaciones sexuales con penetración vaginal, que no utilice tampón ni geles vaginales hasta que cese el sangrado post aborto.
- Reafirmar que para evitar un embarazo no planificado necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.
- Informar sobre los métodos que puede utilizar de manera segura.
- Entregar anticoncepción de emergencia, de considerarse oportuno.
- Procurar que haya existencia de insumos anticonceptivos y favorecer el acceso a los mismos.

seserías, tanto en el mismo establecimiento de salud

# Anexos

- Modelo de consentimiento para I.E.
- Modelo de declaración jurada (causal violación).

Honorable Concejo Deliberante de San Isidro

## SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

## INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO / ABORTO NO PUNIBLE

**Datos de la persona declarante**

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y Nº) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Nº de historia clínica _____

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1º y/o 2º del Código Penal. A los fines referidos manifiesto expresamente,

1) Que he recibido información en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto medicamentoso–, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias
2) Que he entendido la información que se me ha dado
3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente
4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la localidad de _____
a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma de la persona interesada Aclaración

---

**Datos de la/el representante legal o allegado/a o sistema de apoyo (de corresponder)**

Señalar lo que corresponda:

- ☐ Persona menor de 13 años
- ☐ Adolescentes de entre 13 y 16 años si el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida
- ☐ Personas con sentencia judicial firme vigente de incapacidad o restricción de la capacidad para toma decisiones vinculadas al cuidado de su salud

Nombre y apellido _____ Documento (tipo y Nº) _____

Domicilio Ciudad Provincia

Firma de la/el representante legal o allegado o sistema de apoyo

Firma del o de las/los profesionales médicos Matrícula Nº

---

**El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.**

*Honorable Concejo Deliberante de San Isidro*

# DECLARACIÓN JURADA

**Datos de la persona declarante***

Nombre y apellido _____ Documento (tipo y Nº): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nº de historia clínica: _____

DIGO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos y

MANIFIESTO:

[ ] Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).

[ ] Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la ciudad de _____

a los _____ días del mes de _____ de _____

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 86, inc. 2 del Código Penal y sentencia "F.,A.L. s/medida autosatisfactiva", marzo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación)

_____

Firma de la persona declarante

*Las personas con discapacidad, al igual que todas las personas, pueden realizar la declaración jurada en forma autónoma.

---

**El presente documento se extiende por duplicado: el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.**

# BIBLIOGRAFÍA

**ADC/ Asociación por los derechos civiles (2014).** Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina. Junio de 2014. Disponible en http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Manual-adc.pdf (consulta: 24/05/2018)

**Biggs, M. Antonia; Ushma D. Upadhyay, PhD, MPH; Charles E. McCulloch; Diana G. Foster (2016).** Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry. 2017;74(2):169-178. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2592320 (consulta, 28/05/2018).

**Briozzo L. Gómez Ponce de León R, Tomasso G, Faúndes A. (2016).** Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. Int J Gynaecol Obstet. 2016 Aug; 134(S1):S20-S23. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.05.004

**CSJN (2012). Fallo "F., A. L. s/Medida autosatisfactiva ".** Disponible en http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida- autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf [consulta, 3/05/2018].

**Código Civil y Comercial de la Nación.** Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239975/norma.htm (consulta, 5/11/2018).

**Código Penal de la Nación.** Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm (consulta, 5/11/2018).

**Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf (consulta 5/11/2018).

**Convención sobre los derechos del niño.** Disponible en: http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf (consulta: 5/11/2018)

**Defensoría Oficial. Dictamen ante la CSJN, F.,A.L. s/medida autosatisfactiva, Expte. N° 259/2010.** Disponible en https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensora-general/defensora-general-adjunta-de-la-nacion (consulta 3/01/2019)

**DEIS (2018). Estadísticas vitales. Información básica, año 2017. Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.** Disponible en http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/ Serie 5 Nro 61 2018

**Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José (2011).** El drama del aborto. En busca de un consenso. Paidós

**Faúdes, Aníbal y Shah, Iqbal H. (2015).** Evidencia que apoya un mayor acceso al aborto legal y seguro. International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 S56-S59. Disponible en: http://www.fm.edu.uy/index.php/revista/revista-actual/28-revistarevista-n2-2016/113-evidencia-que-apoya-un-mayor-acceso-al-aborto-legal-y-seguro

**Faúndes, Aníbal (2016).** "Reducción de la Mortalidad Materna Mediante la Prevención del Aborto Inseguro. La Experiencia del Uruguay". International Journal of Gynecology and Obstetrics, Volumen 134, suplemento 1. http://www.anexos.mecon.gov.ar/anexos/235000-239999/239975/norma.htm (consulta 5/11/2018).

**FLASOG (2013).** Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Latinoamericana de obstetricia y Ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf [consulta, 3/05/2018]

**FIGO (2017). Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017.** https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Misc/FIGO_Dosage_Chart_SPA.pdf [consulta: 26/04/2018]

203




**FIGO (2017).** Varios autores. Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faúndes, A., Gemzell-Danielsson, K., Kapp, N., Castleman, L., Kim, C., Ho, P. C. and Visser, G. H.A.. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet, 138: 363–366. doi:10.1002/ijgo.12181. Disponible en https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijgo.12181

**FIGO (2017).** Varios autores. Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faúndes, A., Gemzell-Danielsson, K., Kapp, N., Castleman, L., Kim, C., Ho, P. C. and Visser, G. H.A.. Recomendaciones actualizadas de FIGO para el uso de misoprostol solo en ginecología y obstetricia. Primera publicación: 23 de junio de 2017. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Recomendaciones_FIGO-MISOPROSTOL_SOLO.pdf

**FIOL, Verónica; Rieppi, Leticia; Aguirre, Rafael; Nozar, María; Gorgoroso, Mónica; Coppola, Francisco; Briozzo, Leonel (2016).** The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. En International Journal of Gynecology and Obstetrics. Volumen 134, Suplemento 1. Agosto de 2016. Pág. S12-S15. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729216302478 [consulta: 3/05/2015]

**Ganatra, Bela; Gerdts, Caitlin; Rossier, Clémentine; Johnson, Brooke Ronald Jr; Tunçalp, Özge; Assifi, Anisa; Sedgh, Gilda; Singh, Susheela; Bankole, Akinrinola; Popinchalk, Anna; Bearak, Jonathan ; Kang, Zhenning ; Leontine Alkema(2017).** Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet, 2017; 390: 2372-81Published Online September 27, 2017. Disponible en: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931794-4 (consulta: 5/11/2018).

**Gynuity (2009a).** Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía introductoria. Gynuity Health Projects. Disponible en http://vpn-1089923-x.dat.oweb.com:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/140/pac_guidebook_sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y [consulta: 3/05/2018]

**Gynuity (2009b).** Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía introductoria. Gynuity Health Projects. Disponible en http://vpn-1089923-x.dat.oweb.com:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/139/Medical_abortion_guidebook_2nd_Ed_Sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 3/05/2018]

**Ipas (2007).** Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip. Folleto instructivo. Abernathy, Mariana y Frankel, Nina. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: http://www.clinicadigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/322/IPAS%20AMEU%20Plus%20EasyGrip%20folleto%20instructivo%20segunda%20edicion.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 27/06/2018]

**Ipas (2010).** Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto. Chapel Hill. Disponible en: www.ipas.org/~/media/Files/Ipas%20Publications/TENFACS10.ashx [consulta: 3/05/2018]

**Ipas (2014).** La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia (segunda edición). K. L. Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en www.ipas.org/~/media/Files/PubsManual/ACRETS14%20pdf.ashx [consulta: 3/05/2018]

**Ipas. (2014).** La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de capacitación (segunda edición). K. L.Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

**Ipas (2017).** Actualizaciones clínicas en salud reproductiva.

**Ipas (2018).** Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva.aspx [consulta: 3/05/2018]

**Ipas (2019).** Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en https://ipas.azureedge.net/files/OUR/HS19/Ac...Actualizaciones/IpasSaludReproductiva.pdf [consulta: 9/12/2019]

**IPPF (2012).** Guías clínicas y protocolos para aborto de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos. Ac Marcel Vekemans, International Planned Parenthood Federation. Disponible en: www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257649/norma.htm [consulta. 4/05/2018]

**Ley nacional de salud mental n°26.657 (2010).** Disponible en http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

**Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales N° 26.485 (2009).** Disponible en http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm

**Mario, S. y E. A. Pantelides (2009).** "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", Notas de Población, 87. Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

**MSAL. Resolución 65/2015.** "Nuevo código civil y comercial, lectura desde los derechos sexuales y los derechos y reproductivos". Código civil y comercial. Marco interpretativo. Disponible en. www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257649/norma.htm

**OMS (2005). Medicamentos esenciales (14° ed).** Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf (consulta 28/05/2018)

**OMS (2006). Constitución de la OMS.** Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Octubre. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. (consulta 28/05/2018).

**OMS (2012). Aborto sin riesgos.** Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publication/2003/9275324824_spa.pdf [Consulta: 10/04/2018]

**OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro.** http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/ [Consulta: 10/04/2018]

**OMS (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use – 5th ed.** Disponible en. omsl http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ [Consulta. 10/04/2018]

**OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos Tercera edición** http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/ [Consulta: 10/04/2018]

**OMS (2019). Tratamiento medico del aborto.** Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1 [Consulta 09/12/2019]

**Pan American Health Organization. World Health Organization (2015).** Health Situation in the Americas. Basic Indicators. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=24708%3Adata-statistics&Itemid=1906%3Adata-statistics-home&lang=pt&Itemid=20038&lang=pt&Itemid=1906 [Consulta 10/04/2018]

**PNSIA (2017). Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.** Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Responsables del estudio: Keller, Victoria (PNSIA) y Zamberlin, Nina (consultora). Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000073cnt-ninas-adolescentes-menores-15-anios-embarazadas.pdf [Consulta 10/04/2018]

**PNSSyPR (2014). Métodos anticonceptivos.** Guía práctica para profesionales de la salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-Guia_practica_metodos_anticonceptivos_2014.pdf [Consulta: 28/05/2018]

**PNSSyPR (2015a). Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto.** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf



9789243550404-spa.pdf?ua=1 [Consulta: 09/12/2019]

[Consulta: 10/04/2018]

**PNSSyPR (2015b). "Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud". Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.** Disponible en: http://www msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_vve pdf

**RCOG (2011). "The Care of Women Requesting Induced Abortion"**, Evidence-based Clinical Guideline, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. (2014).** Global causes of maternal death, a WHO systematic analysis Lancet Glob Health 2014 Jun, 2(6) e323-33.

**Singh, Susheela; Remez, Lisa; Sedgh, Gilda; Kwok, Lorraine; Onda, Tsuyoshi (2018). Abortion Worldwide 2017:** Uneven Progress and Unequal Access, New York, Guttmacher Institute Disponible en: https://www guttmacher org/report/abortion-worldwide-2017

**UNFPA (2013). Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World.**