

PROTOCOLO

PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

DE LAS PERSONAS CON

DERECHO A LA INTERRUPCIÓN

VOLUNTARIA Y LEGAL

DEL EMBARAZO

Actualización 2021



PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO

Actualización 2021

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”. Edición 2021.

Coordinación: Valeria Isla

Redacción: Sonia Ariza Navarrete, María Celeste Leonardi, Analía Messina, Agustina Ramón Michel, Silvina Ramos y Mariana Romero.

Se agradece la colaboración de: Romina Faerman, Claudia Martínez (Ipas Centroamérica y México- Ipas CAM), Sofía Minieri, Guillermo Ortiz (Ipas) y Felicitas Rossi.

Edición: Luciana Azcárate y Constanza Leone. **Diseño:** Walter Oxley.

“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. 2° Edición 2019. Resolución 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación.

Coordinación: Valeria Isla.

Revisión: Natalia Gherardi, Agustina Ramón Michel, Silvina Ramos, Mariana Romero y Zoe Verón.

Se agradece la colaboración de: Sonia Ariza Navarrete, Agustina González, Romina Faerman, Sofía Minieri, Laura Nogues y Felicitas Rossi.

Se agradece la participación de Marianela Meneghetti y Verónica García en la foto de tapa de esta edición. Esta fotografía no puede utilizarse en un contexto diferente al de la difusión de esta temática.

Edición: Luciana Azcárate, Tali Miculitzki y Ofelia Musacchio. **Diseño:** Walter Oxley.

“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. 1° Edición 2019.

Elaboración de contenidos: Silvia Oizerovich, Gabriela Perrotta, Marianela Meneghetti, Victoria Pedrido Nanzur, Stella Maris Sappa, Cecilia Karagueuzian, Constanza Leone, Luciana Azcárate, Rubi Fagioli, Natalia Suárez y Ofelia Musacchio.

Revisión médica: Stella Maris Sappa, Cecilia Karagueuzian y Silvia Oizerovich. Revisión legal: Nelly Minyersky y Rubi Fagioli.

Coordinación editorial: Stella Maris Sappa y Ofelia Musacchio. **Diseño:** Walter Oxley.

Colaboración: Analía Messina y Sofía Minieri.

Se agradece a las/os siguientes integrantes del Consejo Asesor de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva: Guillermo Carroli, Diana Galimberti, Carolina Buceta, Virginia Franganillo, Marta Alanis, Eugenia Trumper, Susana Chiarotti, Susana Arminchiardi, Estela Díaz, Alicia Lapidus, Sandra Vázquez, Mariana Isasi, Natalia Gherardi, Nelly Minyersky, Analía Tablado, Cecilia Calvar y Gabriela Kosoy.

"Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo". Edición 2015.

Coordinación y elaboración de contenidos: Adriana Álvarez, Victoria Cattáneo, Ofelia Musacchio y Belén Provenzano.

Revisión médica: Adriana Álvarez y Belén Provenzano.

Revisión legal: Victoria Cattáneo y Soledad Deza.

Colaboración: Paola Bergallo, María Alicia Gutiérrez y Sandra Vázquez.

Coordinación editorial: Agustina Ramos Mejía.

Edición técnica: Silvina García Guevara.

Diseño: Alejandro Jobad.

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

Coordinación: Paula Ferro.

Revisión y actualización: Lourdes Bascary, Paola Bergallo, Tomás Ojea Quintana y Mariana Romero.

"Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles". Edición 2007.

Coordinación: Valeria Isla.

Coordinación Técnica: Paola Bergallo, Silvina Ramos y Mariana Romero.

Marzo 2021

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo: actualización 2021 / Sonia Ariza Navarrete ... [et al.] ; coordinación general de M. Valeria Isla. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-38-0291-5

1. Aborto Legal. 2. Atención a la Salud. 3. Políticas Públicas. I. Ariza Navarrete, Sonia. II. Isla, M. Valeria, coord. CDD 363.46

Este material fue producido con el financiamiento otorgado por el Ministerio de Salud a través de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con fondos del Tesoro Nacional. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.



[Este obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International\(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Av. Rivadavia 875, piso 7, CABA

Teléfonos: (011) 4343 3470/3484/3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar

Web: www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual

Línea Salud Sexual: 0800 222 3444

ÍNDICE

SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNDO Y EN LA ARGENTINA	9
PARTE 1: MARCO LEGAL	12
1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA E INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO: DERECHOS DE LAS PERSONAS Y RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE SALUD	13
2. DERECHO A INTERRUMPIR EL EMBARAZO	14
2.1. PRINCIPIOS RECTORES	16
3. ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: IVE/ILE	20
3.1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	20
3.2. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)	21
3.2.1. Causal violación	21
3.2.2. Causal salud	24
4. CONSENTIMIENTO PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	26
4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES	27
4.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	31
4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON SENTENCIA JUDICIAL VIGENTE DE RESTRICCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	33
5. PLAZOS	34
6. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	35
7. RESPONSABILIDAD EN EL ACCESO A LA IVE/ILE	38
7.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	38
7.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL	42
7.3. RESPONSABILIDAD INTERNACIONAL	43
PARTE 2: PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	45
1. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE IVE/ILE	46
2. RECEPCIÓN: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN	47
3. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA	48
4. HISTORIA CLÍNICA	53

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
6. DECLARACIÓN JURADA	54
7. EVALUACIÓN MÉDICA	55
7.1. ANAMNESIS	55
7.2. EXAMEN FÍSICO	56
7.3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	56
7.3.1. Laboratorio	57
7.3.2. Ecografía	57
8. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	57
8.1. VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH	59
8.2. ANALGESIA	59
8.3. EVACUACIÓN UTERINA	60
8.4. PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO	60
8.4.1. Manejo de embarazos hasta 12 semanas	62
8.4.2. Manejo de embarazos de más de 12 semanas	63
8.4.3. Criterios de internación	65
8.4.4. Uso de misoprostol en personas con cicatriz uterina	66
8.4.5. Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol y mifepristona	66
8.4.6. Vías de administración	68
8.4.7. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia	68
8.4.8. Profilaxis antibiótica	69
8.4.9. Información y recomendaciones	69
8.4.10. Seguimiento y atención posaborto	70
8.4.11. Otros usos del misoprostol	70
8.5. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL	72
8.5.1. Profilaxis antibiótica	72
8.5.2. Preparación cervical	73
8.5.3. Manejo del dolor	74
8.5.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío	75
8.5.5. Cuidados inmediatos luego del procedimiento	79

9. CONSERVACIÓN DE TEJIDOS	80
10. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES	80
11. INDICACIONES PARA LUEGO DEL PROCEDIMIENTO O EL MOMENTO DE ALTA	82
12. PREPARACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ASPIRADOR ENDOUTERINO MANUAL	84
12.1. ARMADO DEL AMEU	86
12.2. GENERACIÓN DEL VACÍO O CARGADO DEL AMEU	88
12.3. PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SER REUTILIZADO	90
12.4. MANTENIMIENTO DEL ASPIRADOR	90
13. ANTICONCEPCIÓN POST INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	91
13.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POST ABORTO	93
13.1.1. Criterios médicos de elegibilidad	93
13.1.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción	94
13.1.3. Provisión de los métodos anticonceptivos	97
ANEXO 1: Modelo de consentimiento informado para IVE/ILE	98
ANEXO 2: Modelo de declaración jurada - causal violación	101
ANEXO 3: Nota técnica N° 2: aspiración manual endouterina (AMEU) - DNSSR	103
BIBLIOGRAFÍA	111
CUADROS Y TABLAS	
Cuadro 1: Flujograma de modelo de atención para interrupción del embarazo IVE/ILE	49
Cuadro 2: Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de IVE/ILE	58
Cuadro 3: Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2014)	60
Tabla 1: Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo	64
Tabla 2: Procedimiento medicamentoso con mifepristona + misoprostol	65
Tabla 3: Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol solo y de misoprostol con mifepristona	67
Tabla 4: Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas	71
Tabla 5: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental	73
Tabla 6: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria	96
Tabla 7: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos post aborto	96

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). En América Latina, se estiman que 6.900 mujeres mueren por causas relacionadas al aborto inseguro, lo que representa 9.9% (8.1%-13%) del total de muertes maternas (Say, 2014).

La interrupción del embarazo es un procedimiento seguro si es practicado con la tecnología y en las condiciones adecuadas (OMS, 2012). 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; OMS, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012). Más recientemente, y teniendo en cuenta el amplio espectro de situaciones, la OMS indica que "las personas, habilidades y estándares médicos considerados seguros en la provisión de abortos son diferentes según se trate de un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico dependiendo también de la edad gestacional. Lo que se considera seguro debe ser interpretado en consonancia con las guías técnicas y para servicios de salud de la OMS vigentes en ese momento" (Ganatra et al, 2014). En este sentido, se define como abortos "menos seguros" a los que, aun practicados por un/a profesional calificado/a, 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 caústicas 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 et al, 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 el período de 2015 a 2019 tuvieron lugar, cada año, 121 millones de embarazos no deseados en el mundo. De estos embarazos, 73.3 millones terminaron en aborto; correspondientes a una tasa mundial de abortos de 39 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años.

A nivel mundial, la proporción de embarazos no deseados que terminaron en aborto aumentó del 51% al 61% en 30 años (del período 1990-94 a 2015-19) mientras que en América Latina se observó un aumento del 37% al 47 % en el mismo período (Bearak et al, 2020).

En Uruguay, en 2012, se produjo un cambio en la normativa respecto al aborto. Esta ley 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 fetales. A partir de esta nueva norma, disminuyeron significativamente las muertes por aborto: solo el 8.1 % de las muertes maternas en el período 2011-2015, en comparación al 37.5 % en el período 2001-2005, registrándose años con mortalidad cero (Briozzo et al, 2016). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS indican que Uruguay es el país de América Latina y el Caribe con menor tasa de muertes vinculadas al embarazo, con 14 muertes cada 100 mil nacidos vivos (PAHO/ WHO, 2015).

En relación a la posible afectación de la salud mental de las personas que atraviesan un aborto, diversas investigaciones señalan consecuencias psicológicas adversas en un pequeño porcentaje. En contraste, el impacto emocional negativo y las consecuencias psicológicas adversas se observan con frecuencia y gravedad mayores entre quienes se les niega el aborto (Faúndes, 2011 y Biggs, 2017).

Se considera que en la Argentina se realizan entre 370.000 y 522.000 interrupciones de embarazos por año (Mario y Pantelides, 2009). Estas cifras son estimativas, basadas en metodologías validadas internacionalmente, pero con un margen de imprecisión visto que, por tratarse de una práctica mayormente clandestina, no se dispone de información precisa.

La única información oficial disponible sobre los abortos que se realizan en Argentina es el número de hospitalizaciones ocurridas en los establecimientos públicos debidas a complicaciones relacionadas con abortos.

En 2016, se registraron 39.025² egresos hospitalarios por aborto. Casi la mitad de esas hospitalizaciones (48%) corresponden a mujeres entre 20 y 29 años, y 16% corresponden a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años (DEIS, 2016).

En 2018, murieron 35 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, 2019). En 2018, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años (DEIS, 2019).

En la Argentina, la muerte por embarazo terminado en aborto está entre las primeras causas de muerte materna. En el 2018, las muertes por embarazos terminados en abortos representaron el 13.6% del total de muertes maternas.

En un contexto que muestra una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99.1%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (96.4%) (DEIS, 2019), 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 re-

2. Debe destacarse que los egresos 2016 no incluyen los datos de CABA, ni la totalidad de la provincia de Corrientes, las cuales en 2015 registraron 2.421 y 1.278 internaciones por aborto, respectivamente.

cibieron 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.

Por estas razones, la ampliación del acceso al aborto seguro que el nuevo marco normativo establece es una ventana de oportunidad para mejorar los indicadores de morbimortalidad materna, así como para reducir las inequidades en el acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva dado que todas las jurisdicciones del país deben acomodar sus políticas sanitarias y la organización de los servicios para cumplir con lo establecido por la Ley 27.610 de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y atención postaborto.

PARTE 1: MARCO LEGAL



1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA E INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO: DERECHOS DE LAS PERSONAS Y RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE SALUD

Entre las principales acciones implementadas por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) 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 personas con otras identidades de género con capacidad de gestar**, de acceder a la interrupción del embarazo. De allí que la política sanitaria se oriente a garantizar el acceso al aborto seguro conforme 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.

A los fines de facilitar la lectura, en el presente Protocolo se usa en muchas ocasiones el término “mujeres” para referirse a las **personas con derecho a la interrupción del embarazo**, por tratarse mayoritariamente de mujeres, pero de ninguna manera debe entenderse este derecho de manera restrictiva, en términos de identidad de género ni en relación con la edad.

La Ley 27.610 fortalece los postulados de la Ley 25.673 y de las políticas públicas impulsadas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Dicha ley tiene por objetivo regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención post aborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos, y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenibles.

La Ley 27.610 se ajusta a los estándares internacionales de protección de los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, y avanza sobre un modelo regulatorio centrado en la salud que permitirá alcanzar mayores niveles de justicia social en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

En particular, las disposiciones de esta ley amplían la capacidad de acción del Estado y de todos los subsistemas de salud (público, de la seguridad social y privado) para garantizar la seguridad y oportunidad de la interrupción del embarazo. Así, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, según el artículo 2 de la mencionada ley, tienen derecho a:

- a) Decidir la interrupción del embarazo;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud;
- c) Requerir y recibir atención post aborto en los servicios del sistema de salud, independientemente de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados en la ley;

d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y métodos anticonceptivos eficaces.

Por ello, el presente “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo” está diseñado en base a la comprensión fundamental de que todo el personal de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo.

Los equipos de salud son los principales garantes del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y a la interrupción legal del embarazo (ILE), 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 a la IVE/ILE corresponde a todas las mujeres, niñas, adolescentes y las personas con otras identidades de género con capacidad de gestar (varones trans, personas no binarias, entre otras).

2. DERECHO A INTERRUMPIR EL EMBARAZO

La Ley 27.610 reconoce el derecho a decidir la interrupción del embarazo, así como a requerir y acceder a la atención en los servicios del sistema de salud (art. 2). Concretamente, su artículo 4 dispone que:

“Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones: a) Si el embarazo fuere resultado de una violación (...); b) Si estuviere en peligro su vida o su salud”.

De esta manera, la ley adopta un modelo de regulación mixto con un criterio temporal y otro de causales.

Este modelo mixto, de conformidad con los principios de progresividad y no regresividad de los derechos humanos, incorpora la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso de gestación, y mantiene, actualizadas, las causales ya previstas en el Código Penal de la Nación desde 1921 y los lineamientos fijados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el fallo “F., A.L s/medida autosatisfactiva” del 13 de marzo de 2012.

En dicho fallo, la CSJN señaló que, conforme al artículo 19 de la Constitución Nacional, para la interrupción del embarazo no se deben exigir requisitos adicionales a los establecidos en la ley. Específicamente, “...el Tribunal considera ineludible destacar que, a pesar de que el Código Penal argentino regula desde hace noventa años diferentes supuestos específicos de despenalización del aborto (...) se sigue manteniendo una práctica [contraria a la ley],

fomentada por los profesionales de la salud y convalidada por distintos operadores de los poderes judiciales nacionales como provinciales, que hace caso omiso de aquellos preceptos, exigiendo allí donde la ley nada reclama..." (CSJN, 2012: considerando 19). De este modo, para el acceso a la práctica de la interrupción del embarazo, el personal de la salud tiene prohibido exigir otros requisitos que los establecidos en la Ley 27.610.

En línea con su artículo 4, la Ley 27.610 modificó el artículo 86 del Código Penal (CP), estableciendo que no es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional. Asimismo, estableció que no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante: si el embarazo fuere producto de una violación o si estuviera en riesgo la vida o la salud de la persona gestante (art. 16).

El ejercicio de los derechos a la interrupción voluntaria e interrupción legal del embarazo se enmarca en la Constitución Nacional, en especial en los tratados internacionales en virtud de los cuales se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad, los derechos a la vida, la autonomía, la salud, la educación, la integridad, la diversidad corporal, la identidad de género, la diversidad étnico-cultural, la privacidad, la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, la igualdad real de oportunidades, la no discriminación y a una vida libre de violencias (art. 3).

Asimismo, la Ley 27.610 se encuadra en las previsiones de la Ley 25.673, que establece entre los objetivos que lleva adelante la DNSSR el de: "Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y [reproductiva] con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia" (art. 2 a).

Las disposiciones de la Ley 27.610 son **de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino**. Por lo tanto, todas las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires están obligadas a garantizar el acceso a la interrupción del embarazo y la atención post aborto en sus respectivas jurisdicciones (art. 21).

Finalmente, tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas y entidades de medicina prepaga deben instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley 27.610. Las prestaciones establecidas en dicha ley se incluyen en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo (art. 12).

La decisión de la persona gestante 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 una IVE/ ILE y la atención post aborto en los términos establecidos en la Ley 27.610 deben guiarse fundamentalmente por los principios y derechos establecidos en su artículo 5.

a) Trato digno.

El trato digno en la relación sanitaria se expresa en el respeto por la persona, sus creencias y convicciones en todo el proceso de atención, garantizando sus derechos y una atención libre de violencia. Es decir que, en todo momento, se debe asegurar a la persona solicitante un trato considerado y respetuoso, lo que incluye, por supuesto, no cuestionar su decisión de interrumpir el embarazo.

En el abordaje de estas situaciones deben tomarse todas las medidas tendientes a evitar la revictimización de las personas gestantes que solicitan una interrupción del embarazo, en particular, de aquellas que han sido víctimas de violencia sexual. Para ello, deben evitarse demoras, derivaciones, consultas inconducentes o innecesarias, solicitudes de narraciones reiteradas, cuestionamientos sobre sus antecedentes y preguntas sobre conductas no vinculadas con la provisión de la práctica; las personas gestantes nunca deben ser objeto de exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos.

b) Privacidad.

Para garantizar la privacidad en el marco de la atención de la interrupción del embarazo, el equipo de atención debe asegurar la creación y preservación de un ambiente de confianza e intimidad durante todo el proceso. Esto incluye, por lo menos, la adecuación de los espacios de atención. Asimismo, debe garantizarse la privacidad de la información solicitada y toda aquella que se consigne en la historia clínica (HC), y proteger a la solicitante de injerencias ilegítimas. Dicha información sólo puede compartirse con expresa autorización de la persona gestante.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas y adolescentes (NNyA), el deber de comunicar la vulneración de derechos y de realizar la denuncia deben cumplirse, respetando los derechos a la privacidad y confidencialidad de NNyA, su autonomía progresiva e interés superior (art. 30, Ley 26.061 y art. 72, Código Penal). Se debe garantizar la participación significativa de NNyA para diseñar las estrategias de comunicación y denuncia.

En ningún caso, puede someterse la realización de la práctica a la autorización, revisión o dictamen de comités de ética, o autoridades sanitarias y/o administrativas que no sean médicamente necesarias para efectuar el procedimiento.

Para resguardar la privacidad y confidencialidad de la consulta, siempre debe preguntarse si la persona gestante desea o no estar acompañada por terceras personas de su confianza incluyendo a la persona gestante con discapacidad para la asistencia de intérpretes de señas, familiares, u otra/s persona/s allegada/s.

En el caso de que la persona así lo pida, puede solicitarse a los organismos de protección de derechos asistencia de un/a acompañante que no pertenezca a su entorno.

Debe asegurarse la capacitación a todo el personal de la institución para que conozca su responsabilidad de respetar la privacidad de las personas usuarias y mantener la confidencialidad de la información sobre la atención de la interrupción del embarazo. También debe garantizarse que en la práctica sólo participen los integrantes del equipo de salud que sean necesarios para llevarla adelante.

El personal de salud tiene que capacitarse en los contenidos de la Ley 27.610. El Ministerio de Salud de la Nación, los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deben implementar los correspondientes programas de capacitación (art. 19, Ley 27.610).

c) Confidencialidad.

El personal de salud tiene que crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. La obligación de confidencialidad es extensiva a toda persona que acceda a la documentación clínica de las prestaciones reguladas en la Ley 27.610.

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. Debe informarse durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

Al igual que en cualquier práctica médica, nada de lo ocurrido en la consulta puede ser divulgado o comunicado a otras personas (como personal sanitario fuera del equipo interviniente, familiares o funcionarios administrativos, judiciales o policiales), salvo expresa autorización escrita de la propia solicitante otorgada de manera libre y sobre la base de información clara.

La historia clínica 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.

Adicionalmente, el secreto médico alcanza a los casos en los que la decisión de abortar no estuviera dentro de los supuestos del artículo 4 de la Ley 27.610 (art. 2 c de la misma ley). Por lo tanto, queda prohibido divulgar ante cualquier persona o autoridad información al respecto.

En virtud de este derecho y del deber de guardar secreto profesional, el personal de salud no podrá entregar información obtenida en el marco de la atención sanitaria a ninguna persona, salvo que exista orden judicial expresa que releve de este deber en una causa judicial ya iniciada.

d) Autonomía de la voluntad.

Todas las personas con capacidad de gestar, con y sin discapacidad, pueden tomar sus propias decisiones respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. En casos excepcionales, como se verá más adelante, la ley dispone consideraciones especiales para la protección de los derechos de NNyA y personas con discapacidad (PCD) en el ejercicio de su autonomía.

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 someterlas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas contrarios a las de la gestante debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad. Por ello, la información entregada a las personas gestantes que solicitan una interrupción del embarazo debe darse de forma neutral y sin sesgos discriminatorios.

En ningún caso, el personal de salud puede interferir indebidamente con la decisión de las personas gestantes.

e) Acceso a la información.

El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa para que las usuarias puedan expresar libremente sus necesidades y preferencias.

Debe garantizarse el acceso a la información en todo el proceso de atención de forma dinámica y como requisito para la toma informada de decisiones acerca de prácticas y procedimientos, en el marco del deber de transparencia activa de todo el personal y las autoridades sanitarias.

La información entregada por el personal sanitario, en el marco de la consejería en salud sexual y reproductiva para la interrupción del embarazo, tiene que comprender los distintos métodos disponibles para llevarla a cabo, sus alcances y consecuencias. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje con formatos accesibles, y debe proporcionarse de una manera compatible con las necesidades de la persona, tomando en consideración factores individuales como la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la condición de discapacidad, entre otros.

La información incompleta o inadecuada y la subestimación del riesgo para la salud de la gestante se consideran obstaculización de la práctica y acarrea responsabilidad legal para el personal de salud interviniente (art. 85 bis, CP).

El derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada o que pueda causar un perjuicio a la persona gestante o que ésta solicite excluir expresamente.

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 por parte de la persona respecto al derecho a la interrupción del embarazo. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011).

La información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje y con formato accesibles (art. 5 e, Ley 27.610).

f) Calidad.

El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los estándares de la OMS y en el marco de los derechos humanos.

La calidad en la provisión de las prestaciones comprende los aspectos técnicos, de servicio e interpersonales relacionados con el acceso oportuno, eficaz, seguro, equitativo, y centrado en la persona para la atención de la salud. (OMS, 2020).

La atención de la salud relacionada con la interrupción del embarazo se brindará siguiendo los estándares de:

- **Accesibilidad:** debe garantizarse la provisión de las prácticas de interrupción del embarazo y la atención post aborto sin discriminación, asegurando la accesibilidad física, la asequibilidad y la aceptabilidad de la atención, así como la disponibilidad de un número suficiente de efectores de salud y personal para cubrir la demanda de servicios. No pueden interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una interrupción del embarazo, ya que ello pone en riesgo la salud de quien requiere la práctica. Tienen que 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 es clave para la accesibilidad y debe cumplirse de acuerdo con el principio de transparencia activa.
- **Competencia técnica:** la optimización de la capacidad técnica del personal sanitario para la provisión de los servicios de IVE/ILE y la atención post aborto permite garantizar la seguridad del servicio y mejorar la aceptabilidad de la atención de la salud. Por ello, debe asegurarse la formación, actualización y circulación de experiencias y buenas prácticas de forma que se asegure la capacidad e idoneidad del personal sanitario, así como la adaptación, actualización y coordinación de los servicios para el acceso a las prácticas de conformidad con los estándares definidos en la Ley 27.610.
- **Rango de opciones disponibles:** debe garantizarse la disponibilidad de todos los insumos y personal necesario para la provisión de servicios de IVE/ILE por medio

de todas las técnicas avaladas científicamente por la evidencia. El hecho de no incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas para el acceso a la interrupción segura del embarazo y la atención post aborto pone en peligro la calidad de la atención y restringe el ejercicio del derecho a gozar de los beneficios de los avances científicos.

- **Información científica actualizada:** debe garantizarse la entrega y recepción de la información más actualizada necesaria para el acceso a las prácticas en los términos establecidos en la Ley 27.610 y en este protocolo.

3. ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: IVE/ILE

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional sin explicitar los motivos de su decisión (IVE).

Además, tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción legal de su embarazo en las siguientes situaciones (ILE):

- a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante ante el personal de salud interviniente.
- b) Si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

3.1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Para el acceso a la IVE, de cualquier persona hasta la semana 14 inclusive de gestación, se requiere únicamente su consentimiento informado (ver Parte 1 - 4. Consentimiento para la interrupción del embarazo). Es decir, que la mujer o persona gestante no tiene que explicitar ningún motivo para el acceso a la práctica.

El personal de la salud debe constatar la edad gestacional de manera inmediata por los medios más expeditos disponibles (fecha de última menstruación -FUM-, examen bimanual o ecografía según disponibilidad), de forma que se puedan garantizar oportunamente los derechos contemplados en la ley y el acceso a la práctica solicitada. Asimismo, el personal de salud debe informarle en ese mismo momento las semanas de embarazo a los fines de ejercer su derecho a acceder a una IVE. Debe dejarse registrado lo actuado en la historia clínica, sin perjuicio de que se determinen otros registros a efectos de mejorar la calidad del servicio.

Si bien, en el caso de IVE, las requirentes no tienen la obligación de explicitar el motivo de su decisión de interrumpir el embarazo, si este surgiera en el marco de la consulta, el/la profesional interviniente o el equipo de atención deberá asegurarse de brindar la atención

integral considerando la situación expresada por la persona gestante. Así, si ante un caso de IVE surge que existe un riesgo para la salud por causa del embarazo para la persona gestante o que el embarazo es producto de violencia sexual, sin que sus motivos deban constar en la historia clínica (salvo que la persona así lo solicite); se debe, según el caso, brindar información relacionada con: la salud, las referencias pertinentes para una atención integral sus derechos al acceso a la justicia (incluyendo su derecho a denunciar la situación de violencia sexual y preservar la evidencia. Ver Parte 1 - 3.2.1. Causal Violación y Parte 2 - 9. Conservación de Tejidos)

3.2. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

3.2.1. Causal violación

De acuerdo a los artículos 4 a de la Ley 27.610 y 86.1 del Código Penal, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo si fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada ante el personal de salud interviniente. En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no es necesaria.

A los efectos de la ILE, se entiende por violación cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas del derecho de la persona de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de engaño, amenazas, coerción, uso de la fuerza, intimidación o aprovechamiento de su estado de vulnerabilidad. Se incluye la violencia sexual dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, en los términos del artículo 5.3 de la Ley 26.485.

Al momento garantizar la ILE por causal violación es importante considerar que:

- La violación puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer o persona gestante (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 medie 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.

En los casos de violación, nunca es exigible la denuncia policial o judicial para acceder a una ILE, sólo es necesaria una declaración jurada de que el embarazo es producto de una violación. En el caso de niñas menores de 13 años, la declaración jurada no es necesaria (art. 4.a, Ley 27.610).

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de ILE, puede adjuntarse una copia a la HC, 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 es el documento simple en el que se deja constancia de la manifestación de la persona gestante sobre el embarazo producto de una violación. En este documento, sin formalidades legales, queda prohibido exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. Se anexa al presente protocolo un modelo sugerido de declaración jurada (ver Anexo 2. Modelo de declaración jurada). Lo central es que este documento sea claro y accesible, y puede emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias.

El fallo "F., A.L." de la CSJN también aclara que, aún ante la duda sobre la veracidad de la violación, es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso a la 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 abordaje 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.

El equipo de salud debe informar a la mujer o persona gestante su derecho a realizar la denuncia policial o judicial de la violación para que se investigue y sancione al agresor. Es importante recordar que los delitos contra la integridad sexual de personas a partir de los 18 años son de instancia privada (art. 72 CP), es decir que la investigación penal nunca se inicia de oficio y se requiere la denuncia de la mujer o persona gestante para impulsarla. Además, se le informará su derecho a conservar la evidencia genética que pueda aportar prueba al proceso judicial correspondiente (Ver Parte 2 - 9. Conservación de tejidos).³

En ninguno de los casos previstos en la Ley 27.610 se requiere autorización judicial para el acceso a la interrupción del embarazo y siempre debe resguardarse el secreto profesional y los derechos de las gestantes en los términos del artículo 5 de dicha ley.

En el caso de NNyA 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 la IVE/ILE, así como su realización inmediata, sin judicialización, si la niña o adolescente lo decide, en el marco de los parámetros aquí ex-

3. Para mayor información sobre este tema ver: "Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud" (DNSSR, 2021).

puestos. Es importante tener en cuenta que “[u]n embarazo forzado producto de un abuso sexual tiene un fuerte costo emocional y genera muchas dificultades a la [NNyA] víctima para enfrentar la situación. Además, el embarazo y/o la maternidad forzada pueden provocar la interrupción de la escolaridad, afectar la formación para la inserción laboral, la vida social y recreativa y el proyecto de vida en general” (Plan ENIA, 2018).

Para la protección de la NNyA 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 NNyA, en especial si convive con el presunto agresor; situación que debe comunicarse al organismo de protección para que tome las medidas de protección de derechos y de protección especial establecidos en el artículo 30 de la Ley 26.061.

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

En algunos casos, las/los profesionales pueden realizar la internación hospitalaria para observar y proteger a la NNyA, realizando la notificación al organismo de protección en forma inmediata, hasta que las autoridades correspondientes ordenen las medidas de protección pertinentes (MSAL, Resolución 1841/2020).

Los delitos contra la integridad sexual de NNyA (personas 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 de la NNyA debe contemplar también la denuncia penal por la situación de abuso para que se investigue y sancione al agresor, preferentemente en fiscalías u otros organismos especializados en la temática.

El deber de comunicar la vulneración de derechos previsto en el artículo 30 de la Ley 26.061 y el deber de formular denuncia penal conforme al artículo 72 del Código Penal deben cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de la NNyA, su capacidad progresiva e interés superior y los derechos de acceder a una IVE/ILE según lo reconoce la Ley 27.610 (art. 5).

En todos los casos, es prioritario el interés superior de la NNyA involucrada/o y en especial la aplicación del principio de la autonomía progresiva, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 26 del CCyC. Por ello, debe garantizarse su participación significativa en todos los procesos de toma de decisiones que las/os involucren, reconociendo y respetando su derecho a ser oídas/os. Para ello, los equipos deben tomar las medidas necesarias de adaptación de los procesos, la información y las prácticas para ajustarse a su desarrollo madurativo y necesidades particulares, de forma que estén en condiciones de decidir y participar en todo momento. De este modo, se debe acordar con la NNyA cómo presentar la información y qué resguardos pueden tomarse desde el sistema de salud para que la denuncia y el proceso penal se lleven adelante en virtud de su derecho al acceso a la justicia y respetando los principios de protección de sus derechos humanos. Debe considerarse 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 debe efectuarse cuando la NNyA se encuentre preparada/o para tomar la decisión de enfrentar un proceso penal, teniendo en cuenta las particulares características que tienen las actuaciones judiciales en casos de delitos contra la integridad sexual (Plan ENIA, 2019).

En ningún supuesto la causa penal podrá constituir dilación alguna para la realización de la interrupción del embarazo. En todos los casos, es prioritario el interés superior de la NNyA involucrada siguiendo las normas del CCyC, y los principios y derechos de jerarquía constitucional. Por esto mismo, la regla es que queda prohibida la sustitución de su consentimiento. La niña podrá ser apoyada, asistida o acompañada por una persona de su confianza, tal como se verá en la sección de consentimiento informado.

En los casos de NNyA víctimas de violación, el poder judicial sólo debe intervenir para protegerlas por la situación de abuso y para la sanción del victimario. La práctica de la ILE queda reservada al ámbito sanitario. Es una responsabilidad del equipo de salud y se realiza por solicitud de la NNyA.

3.2.2. Causal salud

De acuerdo con los artículos 4.b de la Ley 27.610 y 86.2 del Código Penal, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo si estuviere en peligro su vida o su salud.

Seguindo la definición de la OMS, 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, además, en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Este derecho se encuentra reconocido, por ejemplo, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que integra la Constitución argentina.

La causal salud es el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social. Por ello, un embarazo puede legalmente interrumpirse cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud está en riesgo.

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 integridad, 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 ámbito del derecho internacional de los derechos humanos y en el derecho argentino. La Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental la define 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" (art. 3).

Asimismo, es posible identificar una serie de situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social 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 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres describe **tipos y modalidades de violencia**. La violencia puede ser física, psicológica, sexual, económica, patrimonial, simbólica y política (tipos de violencia, art. 5). Y puede ser doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica, mediática, en el espacio público, pública y política (modalidades de violencia, art. 6).

Una mención especial requiere la situación de las niñas y adolescentes de 15 años o menos para quienes el embarazo implica en sí mismo un riesgo aumentado para su salud tanto física como mental y para su vida. "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)" (MSAL, Resolución 1841/2020). 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). Por su parte, Conde-Agudelo *et al* (2005) 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 (MSAL, Resolución 1841/2020).

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 (MSAL, Resolución 1841/2020). 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:

- El peligro para la vida o la salud debe ser evaluado y establecido por el personal de salud interviniente en el marco de la relación médico-paciente, y conforme los derechos a la salud, al trato digno, al acceso a la información y a la autonomía de las gestantes (art. 5 de la Ley 27.610).

- La salud es un concepto que tiene tres dimensiones: física, mental y social, de acuerdo al derecho argentino y a la definición de la salud según 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 (Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental y su Decreto reglamentario 603/2013).
- El peligro para la salud debe entenderse 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 ILE. 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 es el factor determinante para la configuración de la causal salud.
- 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 (Plan ENIA, 2018).
- 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 dilación injustificada, la obstaculización o la negación de la práctica pueden acarrear responsabilidad penal para la/el profesional de la salud interviniente (art. 85 bis, Código Penal).

4. CONSENTIMIENTO PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Tal como cualquier práctica de salud, la interrupción del embarazo requiere del consentimiento informado de la persona titular del derecho (art. 7, Ley 27.610). Dicho consentimiento es un proceso dinámico que recorre toda la atención y está enmarcado en los principios establecidos en la Ley 27.610 y en la Ley 26.529 de Derechos del paciente, en particular, los principios de autonomía de las personas, confidencialidad, privacidad y acceso a la información (ver Parte 1 - 3.1. Principios rectores).

En los casos de IVE/ILE, el resultado del proceso de consentimiento informado debe ser, expresado por escrito (art. 7, Ley 27.610) mediante documento en el que, 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 anexa al presente protocolo un modelo de consentimiento). Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho (art. 7, Ley 27.610).

Antes de solicitar la firma de la persona gestante, el/la profesional o el equipo de salud debe brindar la información necesaria, en lenguaje claro, no sesgada y accesible. La/el profesional tiene que dar el espacio para que la persona realice todas las preguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, y resolverlas de forma que quede satisfecha para que pueda tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

Debe asegurarse que existan los ajustes razonables y sistemas de apoyo (en este último caso, si la persona los solicita) para permitir que tanto NNyA como personas con discapacidad (PCD) y todas aquellas que lo requieran puedan comprender el contenido del documento y dejar asentada su voluntad, como se verá en las siguientes secciones.

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

Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, en aquellos casos excepcionales en que no pueda emitirse la firma por escrito, conforme al artículo 7 de la Ley 27.610, esta se podrá brindar en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias. Lo central es que quede de manifiesto que la persona comprende la información y expresa su voluntad en tal sentido.

En todos los casos, es importante tener presente que siempre la/el propia/o titular del derecho es quien emite su voluntad, incluso en los casos en que soliciten asistencia de sus progenitores o allegados o de un sistema de apoyos para brindar su consentimiento.

4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES

Las/os NNyA constituyen un grupo sistemáticamente vulnerado. Suele considerarse que no tienen autonomía para decidir sobre sí mismas/os con responsabilidad. Es un grupo particularmente expuesto a situaciones de abusos sexuales y violaciones. Por esto es muy importante que, durante los procesos de atención, se genere un ambiente de confianza e intimidad en el cual las NNyA puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas/os ni acalladas/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 con madurez suficiente para otorgar un consentimiento por sí mismas, según el tipo de práctica de que se trate; y, por otro lado, su autonomía progresiva, que se expresa en su derecho a participar significativamente en todos los asuntos que les conciernen. Ello implica que deben ser siempre escuchadas e informadas cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención y que sus opiniones deben ser tomadas en consideración. En ningún caso, puede sustituirse la voluntad de las NNyA, y todas las decisiones deben tomarse considerando su interés superior y su autonomía progresiva.

Las/os NNyA deben participar significativamente, ser escuchadas/os y prestar su consentimiento, necesiten o no asistencia, ya que la regla general según el CCyC es que no pueden ser sustituidas en el ejercicio de su autonomía progresiva.

La regla en materia de capacidad para el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo surge del artículo 26 del CCyC y de la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, tal como lo indica el artículo 8 de Ley 27.610. 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* en todos los casos tanto de IVE como de ILE 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 asistencia de ninguna persona.
- **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”. Como lo explicita la Resolución 65/2015 del MSAL, 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 debe demostrarse 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 interviniente basándose en evidencia científica. Si un profesional de la salud evalúa como gravemente riesgosa la práctica, debe dejar constancia en la HC de la mencionada evaluación y la fundamentación pertinente.

Por lo tanto, en la situación de acceso a interrupción del embarazo, las 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. En estas últimas situaciones, es necesario, para su consentimiento, la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Esta asistencia implica acompañar al/la titular del derecho, es decir, a la/el adolescente, para que pueda decidir sobre la interrupción del embarazo.

En estos casos excepcionales, si existiera una negativa de quien asiste a la adolescente a acompañar su decisión, podrá ser asistida para brindar su consentimiento por otra/o referente afectivo. Si no existiera esta posibilidad, el conflicto se resolverá desde el equipo de salud teniendo en cuenta el interés superior de la adolescente, la regla de no sustitución del consentimiento y su aptitud para decidir en base al desarrollo de su autonomía progresiva. En estos casos, el equipo de salud debe consignar en la HC su evaluación sanitaria y los recaudos tomados para garantizar la asistencia de la adolescente en la toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo desde el equipo.

Respecto a la declaración jurada, en caso de que corresponda, la/el adolescente puede firmar por sí misma/o.

Entre los 13 y 16 años las personas adolescentes pueden dar su consentimiento autónomamente para las prácticas de IVE/ILE cuando estas prácticas no impliquen 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. Al igual que con las personas adultas, es esencial que los equipos de salud garanticen efectivamente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie a menos de se requiera comunicar a los organismos de protección cuando estén en riesgo inminente y/o hayan sido víctimas de violencia sexual y se deba comunicar el hecho. Este criterio tiene que aplicarse teniendo en cuenta los principios del **interés superior**, participación significativa y autonomía progresiva establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

- **Todas las niñas y personas con capacidad de gestar menores de 13 años** pueden brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Estas/os deben participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado. El principio de **autonomía progresiva** debe guiar el accionar del equipo de salud y de las personas que la acompañan. Respecto a la declaración jurada de violación, como la ley considera que siempre una relación sexual con una niña o cualquier persona menor de 13 años es una violación, esta no es necesaria (art. 4, Ley 27.610).

Si existiera una negativa de progenitores, tutores o encargados de acompañar la decisión de la NNyA, podrá ser acompañada para brindar su consentimiento por otro/a 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 su aptitud para decidir en base al desarrollo de su **autonomía progresiva**. En estos casos el equipo de salud debe consignar en la HC su evaluación sanitaria, así como del grado de madurez de la niña para tomar esa decisión y los resguardos tomados para el acompañamiento médico.

Si fuera necesario, el equipo de salud podrá solicitar el 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 deben respetar, proteger y garantizar la confidencialidad y privacidad de la niña, y su derecho a participar significativamente, a ser escuchada y que sus opiniones sean debidamente tenidas en cuenta. El consentimiento informado en estos casos se dará por escrito (salvo las excepciones contempladas en la Resolución 65/2015) y tendrá la firma de la niña, cuando sea posible, y de las personas que la asistieron en la toma de decisiones. En la HC debe quedar anotación de los recaudos tomados por el equipo de salud para la conformación del consentimiento.

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 NNyA en la toma de decisiones.

Interés superior de NNyA: es la máxima satisfacción, integral y simultánea de sus derechos y garantías.

Participación significativa: implica la implementación de mecanismos y adaptaciones necesarias para que todas las NNyA puedan formar y expresar una opinión sobre sus asuntos, ser oídas, y que su voluntad sea central en las decisiones que les afecten.

Buena fe: implica ejercer diligentemente las obligaciones para la provisión de la práctica, de acuerdo a las circunstancias de tiempo, persona y lugar. Se basa en la cooperación y la confianza entre las partes.

Los equipos de salud deben desarrollar capacidades para el abordaje integral de la atención en salud de NNyA 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, dar lugar a las preguntas y dudas que se le presenten, así como respetar la confidencialidad durante todo el proceso de atención.

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.

Como fue reconocido por la CDPD y la Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, las PCD 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 y/o sustituyendo la voluntad de las mujeres con discapacidad sino que, por el contrario, y en primer lugar, debe proporcionarles los medios que aseguren su participación en todo acto y la adopción de una decisión personal y autónoma.

Por principio general, la capacidad de todas las personas se presume, las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona. 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 y 31.a del CCyC. Por ello, es necesario desarrollar mecanismos para identificar y eliminar barreras ya sean físicas, actitudinales, comunicacionales e informativas que puedan causar discriminación en el acceso a la IVE/ILE para las PCD. El certificado de discapacidad nunca implica restricción de la capacidad para la toma de decisiones.

La capacidad de todas las personas se presume, sus limitaciones son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona.

Como se señaló, las PCD tienen derecho a solicitar y acceder a las interrupciones del embarazo reguladas en la Ley 27.610 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 con capacidad de gestar. Para esto, el personal de salud debe entregarles 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 (art. 2 de la CDPD) como: modificación de los espacios de consulta, las áreas administrativas y otros lugares, adaptación del lenguaje y los materiales de información para que sean comprensibles, utilización de formas y formatos de comunicación accesibles, entre otras.

Respecto del consentimiento informado, se puede ofrecer a la persona con discapacidad que 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, le presten el apoyo necesario para tomar una decisión autónoma y brindar o no su consentimiento. Eso es lo que se conoce como sistema de apoyos.

La implementación de un sistema de apoyos para la toma de sus propias 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 PCD, quien puede decidir poner fin a la intervención de estos apoyos en cualquier momento. La designación del sistema de apoyo en general se da a solicitud de la persona y, sólo excepcionalmente, por vía judicial o administrativa (en el sistema de salud, por ejemplo).

Las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y sólo pueden imponerse en beneficio de la persona. Si existiera una sentencia judicial de restricción a la capacidad que impide expresamente prestar el consentimiento para interrumpir el embarazo o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente en virtud del artículo 32 y 38 del CCyC, la gestante debe prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o el apoyo, según haya sido determinado en dicha sentencia, o a falta o ausencia de estos/as, la de una persona allegada de su elección, en los términos del artículo 59 del CCyC. La asistencia no equivale, en ningún caso, a una sustitución en el ejercicio de los derechos reconocidos en la ley.

La/s persona/s que actúa/n como sistema de apoyo no representa/n ni sustituye/n a la PCD en el ejercicio de sus derechos en ningún caso 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. En ningún caso, la adopción de estas salvaguardias debe provocar la judicialización del caso.

Si se advierten influencias indebidas sobre la PCD, el personal de salud debe ofrecer a la persona con discapacidad la posibilidad de designar a otra persona de apoyo para que la asista en la toma de decisiones y continuar con la atención.

Todas las personas con o sin discapacidad tienen derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso de gestación (IVE) y cuando el embarazo fuere resultado de una violación o ponga en riesgo su salud o su vida (ILE), tal como lo establece el artículo 4 de la Ley 27.610.

En este sentido, bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de discapacidad intelectual o psicosocial para el acceso a la práctica. La consideración de la existencia de una condición de discapacidad debe tener como única finalidad garantizar los derechos de las PCD y su acceso a la práctica según el caso.

En el caso de violación, las personas con discapacidad pueden realizar autónomamente la declaración jurada contando con los apoyos que la persona solicite.

Sistema de apoyo: implica la posibilidad de elegir a una o más personas de confianza, ya sea dentro de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos para que acompañe el proceso de toma de decisión sobre la interrupción del embarazo y todas aquellas que se requieran en el marco de la atención integral de la salud (CDPD, arts. 4, 9, 12, 16 y 19).

Ajustes razonables: son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, del ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo (CDPD, art. 2).

4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON SENTENCIA JUDICIAL VIGENTE DE RESTRICCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Es necesario insistir en que, en consonancia con la CDPD, el CCyC señala que la regla es la capacidad jurídica de las personas, es decir, se presume que las personas son capaces de tomar sus propias decisiones. Por ello, las restricciones judiciales a la capacidad son de carácter excepcional, y afectan solo los actos determinados expresamente en la sentencia, no son permanentes y deben ser revisadas periódicamente, al menos cada tres años. 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, cuando una persona tiene una sentencia judicial vigente de restricción de la capacidad es muy importante que se pregunte sobre los términos de la sentencia, de forma que pueda conocerse si la limitación abarca las decisiones sobre la interrupción del embarazo y cuál es el sistema de apoyo designado para esos casos. De existir, esta información debe incluirse en la HC. Sin embargo, la falta de la documentación no puede constituir una barrera para el acceso oportuno y adecuado a la IVE/ILE, de ello también se dejará constancia en la HC.

En la mayoría de las sentencias, la asistencia está designada para asuntos civiles o comerciales no relacionados con la atención de la salud. Por lo tanto, la persona puede tomar su decisión en forma autónoma 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 del derecho. Como ya se dijo, el apoyo no debe sustituir la decisión de la PCD.

En los casos de violación, la persona que ha sufrido el hecho es quien firma la declaración jurada. No es necesario el consentimiento, asentimiento o refrenda de la/s persona/s que actúe/n como apoyo ni de cualquier otra persona que acompañe a la persona con discapacidad. Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del MSAL, la firma puede emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias.

Si bien, en el CCyC sigue existiendo la posibilidad de que una persona sea judicialmente declarada incapaz y se le designe un curador/a para todos los asuntos, estas situaciones son consideradas excepcionalísimas. Estas decisiones también deben ser revisadas periódicamente y corresponden solo a personas que se encuentren absolutamente imposibilitadas de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato y el sistema de apoyos resulte ineficaz (art. 32, CCyC). Es el caso de una persona que se encuentra en coma.

En estos casos excepcionalísimos en los cuales la persona no comprenda la información recibida y/o 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 de decisiones, quien acompaña a la titular del derecho podrá firmar el consentimiento informado. Para ello, debe dejarse constancia en la HC de los ajustes razonables, sistemas de apoyo u otras estrategias implementadas para garantizar el ejercicio de la autonomía de la persona. Asimismo, se deben describir detalladamente las razones y/o circunstancias por las que se considera objetivamente que la persona no ha podido comprender la información entregada y por las que resultaron ineficaces las acciones implementadas.

Estos casos excepcionalísimos no pueden llevar a la presunción de que la discapacidad afecta, per se, la aptitud de la persona para adoptar decisiones sobre su propio cuerpo.

5. PLAZOS

De acuerdo al artículo 5 de la Ley 27.610, “[t]oda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un **plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento** y en las condiciones que se establecen en la Ley 27.610 y en las Leyes 26.485, 26.529 y concordantes”.

Como ha dicho la CSJN en el fallo “F., A.L.” respecto de la ILE, “es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación... 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).

6. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Tal como lo establece el artículo 10 de la Ley 27.610, el o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia.

El marco para el ejercicio de la objeción de conciencia es el de la **no obstaculización** y la **buena fe**, según lo establece la Ley 27.610 y la CSJN en el fallo "F., A.L. s/ medida autosatisfactiva".

El objetivo de la objeción de conciencia es resguardar las íntimas convicciones morales de la persona que objeta cuando no pueden ser conciliadas con el cumplimiento de los deberes y obligaciones legales; nunca debe ser impedido el ejercicio de derechos por parte de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Esta objeción puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta (intervención directa) de la IVE/ILE, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral de la salud (art. 10, Ley 27.610, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011), sean previas o posteriores a la interrupción (por ejemplo: realización de ecografías, toma de tensión arterial o la temperatura, seguimiento post aborto, entre otras.). Estas acciones no tienen como finalidad interrumpir la gestación y se realizan de forma complementaria a un gran número de prácticas de salud y, por tanto, no puede existir conflicto moral o religioso con su realización en profesionales dedicados al cuidado de la salud.

No obstaculización: El derecho a la objeción de conciencia podrá ser ejercido siempre y cuando no se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio o supongan el incumplimiento de deberes profesionales o causen un daño a la gestante (CSJN, 2012: considerando 29; OMS, 2012).

Buena fe: Es la exigencia de obrar con honestidad, lealtad, transparencia y cooperación mutua (art.10.b, Ley 27.610).

A los fines del ejercicio de la objeción, el/la profesional debe:

- a) **Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, de la seguridad social o privado**, en los que ejerza su profesión. La realización de prácticas de IVE/ILE obje-tadas en alguno de esos ámbitos impide el ejercicio subsecuente de la objeción de conciencia y debe ser notificado a las autoridades de los servicios en los que se desempeñe.
- b) **Derivar de buena fe** a la gestante para que sea atendida por otro u otra profesional dispuesto y disponible en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones, para que continúe la atención, dejando sentado en la HC dicha derivación.

Buena fe: este principio debe guiar todas las actuaciones en la atención integral de la salud. En la provisión de IVE/ILE, la buena fe implica, entre otras:

- entregar toda la información necesaria sobre la interrupción del embarazo y sobre la derivación considerando la opinión de la mujer o persona gestante y evitando la revictimización, culpabilización o señalamiento;
 - derivar a un/a profesional que, en opinión de quien deriva, esté capacitado/a, disponible y pueda realizar la práctica en un tiempo clínicamente razonable;
 - realizar todos los arreglos para que la intervención efectivamente tenga lugar, y se lleve a cabo por la/el profesional al que fue derivada la gestante;
 - considerar los mecanismos de derivación y atención en acuerdo con la gestante para que no supongan cargas injustificadas.
-

c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. Así, por ejemplo, todas/os los/as profesionales, aunque objeten, están obligados/as a cumplir con el deber de informar sobre el derecho a acceder a una IVE/ILE en los términos del artículo 4 de la Ley 27.610, y a respetar, proteger y garantizar la autonomía de la persona gestante (CSJN, 2012: considerando 31; Ley 26.529).

El personal de salud no puede negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable (OMS, 2012); tampoco cuando no existiera un/a profesional disponible para la realizar la práctica de forma oportuna, tal y como lo establece el artículo 10 de la Ley 27.610, el artículo 2.º de la Ley 26.529 y artículo 19.2 de la Ley 17.132). No puede alegarse objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria post aborto.

En caso de que un/a profesional de la salud desee ejercer objeción de conciencia, debe notificar su voluntad previamente a las autoridades del o los establecimiento/s de salud en que se desempeñe (CSJN, 2012: considerando 29); es decir que solo puede ejercerse la objeción cuando haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes.

La objeción de conciencia es siempre individual. Todos los efectores de salud deben garantizar su realización en los casos dispuestos en la Ley 27.610. Asimismo, deben 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 gestantes en relación a esta práctica (CSJN, 2012: considerando 29, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011).

La Ley 27.610 no permite la objeción de conciencia institucional sino que excepcionalmente admite que aquellos *efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social* que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio individual del derecho de objeción de conciencia de los profesionales que lo integran, deben prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó (art. 11, Ley 27.610).

En esos casos, dichos efectores deben diseñar de forma anticipada los mecanismos de derivación siguiendo las técnicas de la referencia y contrarreferencia con efectores que realicen efectivamente la prestación, conforme a los principios de **buena fe** y de **no obstaculización**. Rigen para estos casos los plazos y todas las demás consideraciones y garantías de acceso a las prácticas dispuestas por la Ley 27.610.

Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la persona gestante quedarán a cargo del efector que realice la derivación y deben facturarse, de acuerdo con la cobertura, a favor del efector que realice la práctica (art. 11, Ley 27.610).

Los efectores del sistema de salud pública, en ninguno de sus niveles de complejidad, pueden negar, por razones de la objeción de conciencia de su personal, la provisión de IVE/ILE en sus servicios.

En todos los casos en que la objeción de conciencia está prohibida (aquellos en que la interrupción del embarazo se requiera de forma inmediata e impostergable para evitar un daño en la salud, o en la vida de la gestante, en los que la derivación no pueda ser realizada oportunamente, o en la atención post aborto), todas las instituciones deben asegurar la provisión del servicio de forma inexcusable.

Las dilaciones injustificadas, la provisión de información falsa, la no derivación de buena fe y de manera efectiva constituyen actos contrarios a la ley, que pueden ser sancionados administrativa, civil y/o penalmente.

La objeción de conciencia:

- Es individual. Los servicios de salud deben garantizar el acceso a la IVE/ILE.
 - No puede invocarse cuando:
 - se tratare de una situación de emergencia, en caso de que la vida o salud física de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergradable;
 - no existiera un/a profesional disponible para la realizar la práctica de forma oportuna;
 - se tratare de un caso de atención post aborto.
 - Debe manifestarse de manera explícita, con anticipación y para todos los ámbitos en que se ejerza la profesión.
 - Puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta (intervención directa) del aborto, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral, sean previas o posteriores al aborto (por ejemplo: realización de ecografías, toma de tensión arterial, informes médicos o psicológicos, etc.)
 - Debe estar regida por los principios de buena fe y no obstaculización.
 - No debe dañar a terceros. Su objetivo es resguardar las íntimas convicciones morales de esa persona, no impedir el ejercicio de derechos por parte de las mujeres, NNyA y otras personas gestantes.
-

7. RESPONSABILIDAD EN EL ACCESO A LA IVE/ILE

7.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Se considera personal de salud a todas/os quienes trabajan en un servicio de salud, se trate de los/as profesionales (médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo, seguridad o maestranza.

El personal de salud debe garantizar a las mujeres y personas con capacidad de gestar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Se recomienda trabajar con equipos interdisciplinarios de acuerdo con la singularidad de la situación y la complejidad de la práctica. Sin embargo, la conformación del equipo no debe convertirse en un requisito, ya que esto podría dificultar el acceso a los derechos de las personas usuarias. Basta con un/a profesional de la salud para la realización de la práctica de IVE/ILE.

La calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de la interrupción del embarazo son los mismos en establecimientos públicos, de obras sociales y privados. También lo es la responsabilidad de las/os profesionales.

Además, es imperioso resaltar que no es necesaria la intervención de más de una/un profesional de la salud para la confirmación de la edad gestacional en los casos de IVE y la constatación de las causales en los casos de ILE. En relación con este último punto, la CSJN aclaró que es ineludible “[...] aventar 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 para el acceso y/o para la derivación para interconsulta no pueden implicar demoras innecesarias en la realización de la IVE/ILE.

Ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la persona, el/la profesional interviniente puede, 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 profesional interviniente evalúe la situación y detalle la causal en la historia clínica. Se llama profesional interviniente a quien asiste a la persona y evalúa los riesgos.

El/la profesional que recibe una derivación para la interrupción de un embarazo no debe constatar nuevamente la causal y tendrá en cuenta la solicitud de IVE/ILE ya realizada.

En relación con las/los profesionales de la salud, es importante tener en cuenta sus **responsabilidades profesionales y las sanciones** que les puedan corresponder en caso de no cumplir con sus obligaciones. Podrán ser responsables civil, penal y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, 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.

La **responsabilidad civil** supone el deber de reparar plenamente todos los daños causados por incumplimiento de las obligaciones que surgen de la Ley 27.610 (arts. 1716 y siguientes del CCyC).

La **responsabilidad penal** se encuentra regulada en el Código Penal. El artículo 85 bis, establece que “[s]erá reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados”. En otras palabras, la obstrucción del derecho a acceder a la interrupción del embarazo conforme a la Ley 27.610 acarrea responsabilidad penal. Ello sin perjuicio de la configuración de otros delitos que pudieren surgir en el marco del acceso al aborto, como por ejemplo, el incumplimiento de los deberes de funcionario público. Al respecto, el artículo 248 CP dispone que: “[s]erá reprimido con prisión de un mes a dos años e inhabilitación especial por doble tiempo, el funcionario público que dictare resoluciones u órdenes contrarias a las constituciones o leyes nacionales o provinciales o ejecutare las órdenes o resoluciones de esta clase existentes o no ejecutare las leyes cuyo cumplimiento le incumbiere”.

Asimismo, la CSJN en el fallo “F,A.L.” advierte al personal de salud sobre “la imposibilidad de eludir sus responsabilidades profesionales una vez enfrentados ante la situación fáctica contemplada en la norma referida” (CSJN, 2012: considerando 22).

También pueden acarrear sanciones las prácticas de integrantes del equipo de salud que constituyan violencias en alguna/a de las diversas modalidades descriptas por la Ley 26.485, como:

- **Violencia institucional:** 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 vulnera 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 Reproductiva.

“Específicamente incurrir 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 del embarazo (art. 6 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, deshonesto, 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.

Las mujeres que se atienden en las instituciones de salud tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud (Decreto reglamentario 1011/2010).

Finalmente, es importante destacar algunos antecedentes jurisprudenciales sobre responsabilidad profesional y aborto:

- **Profamilia Asociación Civil, Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012):** La Asociación Civil Profamilia, acompañada por “un abogado del niño”, interpuso una medida cautelar para impedir el aborto de una mujer sobreviviente de violencia sexual. El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil Nro. 106 concedió la medida y suspendió la práctica. La CSJN revocó la decisión y ordenó garantizar la ILE de manera inmediata. Adicionalmente, en la sentencia confirmó la obligación de todos los niveles del Estado de garantizar el acceso a la ILE y ordenó investigar a los involucrados en la obstrucción. Concretamente, dispuso: investigar judicialmente la conducta de Profamilia, la organización peticionaria; revisar el comportamiento del abogado que se autodenominó apoderado de “la persona por nacer” en la causa y dar intervención al Consejo de la Magistratura para investigar el desempeño de la jueza.
- **Rodríguez Lastra, Superior Tribunal de Justicia de Río Negro (2020):** un médico fue condenado por el delito de incumplimiento de los deberes de funcionario público a las penas de un año y dos meses de prisión y el doble de inhabilitación por obstruir la interrupción legal del embarazo de una joven víctima de una violación. La sentencia del STJ indicó que: “Al imputado, médico en un hospital público de Río Negro (por lo tanto, funcionario público para los fines del art. 77 CP), se lo condenó por el delito de incumplimiento de sus deberes, figura prevista en el art. 248 del [Código [Penal]]. Tal [calificación] se fundó tanto en haber dejado de hacer, ejecutar o cumplir lo que la ley manda expresamente (...)”. Asimismo, el STJ confirmó que la conducta del profesional configuraba violencia de género y violencia obstétrica (Ley 26.485, art. 6, inc. e) porque el imputado, “obrando como dueño y señor del cuerpo y la salud de [la joven], la expuso a otras consecuencias para las que seguramente no estaba preparada”.
- **Ana María Acevedo, Juzgado de Primera Instancia en lo Penal Correccional de Santa Fe (2008).** Ana María Acevedo, una joven de 19 años, en el año 2006 recibió el diagnóstico de cáncer y el equipo interviniente decidió suspender el tratamiento al confirmar su embarazo. Si bien ella solicitó la interrupción legal del embarazo para continuar con su tratamiento, el equipo de profesionales le negó el acceso al mismo. Decidieron inducir el parto. Ana María murió dos semanas después debido al tiempo transcurrido sin recibir tratamiento. La sentencia confirmó el procesamiento del Director del Hospital, de los jefes de ginecología y obstetricia y otros/as por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público.

7.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

Tal y como lo establece el artículo 12 de la Ley 27.610, el sector público de la salud, las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y todos los agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción del embarazo en todas las formas que la OMS recomienda, con una cobertura integral, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

En este sentido, cada efector tiene responsabilidades y obligaciones para la garantía del acceso efectivo a la interrupción del embarazo y la atención post aborto. Para cumplirlas, debe asegurar los recursos, mecanismos y personal sanitario para el acceso a los servicios de interrupción segura del embarazo y la atención post aborto.

Las autoridades de los efectores deben adoptar las siguientes medidas, entre otras:

- Diseñar y monitorear la implementación de mecanismos para la provisión de IVE/ILE dentro del servicio (art.12, Ley 27.610) y la garantía de la calidad del servicio y de la atención.
- Articular acciones con todos los servicios del efector, para que todo el personal sanitario conozca y apoye desde sus distintas competencias el trabajo de los equipos de provisión de IVE/ILE (art.19, Ley 27.610).
- Asegurar la disponibilidad de personal para la provisión de IVE/ILE de forma oportuna (art. 6, Ley 27.610).
- Diseñar y monitorear mecanismos de derivación interna para los casos de objeción de conciencia individual dentro del servicio, de forma que se asegure la provisión oportuna. En el caso de efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, deben prever y disponer la derivación a un efector de sus mismas características que realice efectivamente la prestación (como se indica en Parte 1 - 6. Objeción de conciencia) (arts. 10 y 11, Ley 27.610).
- Promover la formación continua del personal de salud en perspectiva de género y derechos humanos, de forma que puedan implementar adecuadamente las técnicas más actualizadas de aborto y conozcan el marco legal vigente (arts. 13 y 19, Ley 27.610).

Tal como establecen los artículos 19 y 20 de la Ley 27.610, el Ministerio de Salud de la Nación tiene responsabilidades para la garantía de los derechos y prestaciones de interrupción del embarazo y atención post aborto en todo el país.

En ese sentido, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en virtud de la Ley 27.610, tiene deberes de garantía respecto al acceso a las IVE/ILE, mediante el desarrollo de acciones de coordinación de políticas y de apoyo directo a las jurisdicciones, para garantizar la igualdad geográfica en el acceso a las prácticas. Ello, en el marco de una política

nacional que permita la construcción de datos, el desarrollo de acciones coordinadas, la colaboración interjurisdiccional y la formulación de acciones que permitan el avance de todas las provincias y jurisdicciones para la implementación efectiva del derecho al aborto.

7.3. RESPONSABILIDAD INTERNACIONAL

A través de la ratificación de tratados internacionales de derechos humanos, el Estado argentino asumió obligaciones en materia de salud pública y derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar (art. 75.22 de la Constitución Nacional). Estos compromisos implican, para hacer efectivos los derechos consagrados en la Ley 27.610:

- **La obligación de respetar:** requiere que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo, y de promulgar leyes y políticas que obstaculicen el acceso a estos servicios.
- **La obligación de proteger:** exige que los Estados adopten medidas para evitar la injerencia directa o indirecta de terceros en el disfrute del derecho a la interrupción del embarazo.
- **La obligación de cumplir:** implica que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo apropiadas para dar plena efectividad al derecho a la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2016).

Obligaciones básicas del Estado argentino

Derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso a los establecimientos, los servicios, los bienes y la información en materia de salud sexual y reproductiva.

Adoptar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo.

Proporcionar medicamentos, equipo y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva, en particular sobre la base de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (Comité DESC, 2016).

El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios, en todos sus niveles y áreas, deben cumplir estas obligaciones internacionales de derechos humanos (artículo 28, Convención Americana sobre Derechos Humanos) so pena de incurrir en responsabilidad internacional. De esta forma, todos los niveles de gestión sanitaria, los efectores y profesionales de la salud en los tres subsectores, así como los de-

más organismos del Estado, deben cumplir con las obligaciones y garantizar los derechos establecidos en la Ley 27.610 y concordantes, de acuerdo con su competencia, dado que, además de su responsabilidad individual, comprometen la responsabilidad del Estado ante los organismos jurisdiccionales del nivel internacional.

Así, por ejemplo, en 2011 el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (CDH) declaró la responsabilidad internacional del Estado argentino frente a la negativa de las autoridades médicas y judiciales a autorizar un aborto legal (caso "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. El CDH concluyó que el Estado vulneró 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 conforme el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (CDH, 2011).

En este sentido, los órganos internacionales que monitorean los tratados de derechos humanos han brindado numerosas recomendaciones respecto al derecho a la interrupción del embarazo. En particular, el CDH, señaló que: "Los Estados partes deberían eliminar los obstáculos existentes al acceso efectivo de las mujeres y las niñas a un aborto sin riesgo y legal, incluidos los derivados del ejercicio de la objeción de conciencia por proveedores individuales de servicios médicos, y no deberían introducir nuevas barreras (...)" (CDH, 2019). En conclusión, el Estado en todos sus niveles debe adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo y la atención post aborto.

PARTE 2:

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

1. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE IVE/ILE

Todas las mujeres y personas con otras identidades de género y capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional y a la interrupción legal del embarazo cuando este fuere resultado de una violación o estuviere en peligro la vida o la salud de la persona gestante (artículo 4, Ley 27.610).

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

- **Brindar un trato digno** que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física y el respeto a sus convicciones personales y morales (art. 5 a, Ley 27.610).
- **Asegurar la privacidad y la confidencialidad:** el equipo de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y con posterioridad (art. 5 b y c, Ley 27.610).
- **Promover y respetar la autonomía** respecto del ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer, alternativas terapéuticas, y futura salud sexual y reproductiva, sin influenciar sus decisiones con creencias personales que pueda tener el personal de salud (art. 5 d, Ley 27.610).
- **Intercambiar información amplia y completa** con la persona usuaria para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado. Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles (art. 5 e, Ley 27.610).
- **Garantizar la atención de calidad** de acuerdo a los estándares de accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada (art. 5 f, Ley 27.610).
- **Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento.** Se debe garantizar acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los mismos (art. 6, Ley 27.610).

La recepción de la usuaria puede ser realizada por médicos/as toco ginecólogas/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 responsabilidad de cada integrante del equipo de salud de acuerdo con su competencia funcional es individual e intransferible, por tanto, no se releva de la misma por la intervención de otras personas del equipo de salud en la provisión del servicio.

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, si fueran necesarias.

2. RECEPCIÓN: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

El contacto con el sistema de salud de una persona en condiciones de acceder a la IVE/ILE puede darse a partir de distintas situaciones.

Frecuentemente, las mujeres llegan al servicio de salud para solicitar la IVE/ILE. Si así no fuera, ante un embarazo no intencional, el equipo de salud debe ofrecer las opciones disponibles. La/el profesional interviniente debe ofrecer una consejería a la persona que consulta, para que pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si así lo decide, se debe disponer la realización de la IVE/ILE lo antes posible.

Otras situaciones posibles son:

- Que exista una consulta o derivación desde otro servicio de 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 exprese que el embarazo que cursa es producto de una violación.
- Que las/os profesionales de la salud detecten que la persona embarazada padece violencia de género o ha sido víctima de violaciones en el marco de una relación.
- Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo pueda representar un peligro para la salud.

En todos los casos, es esencial realizar una consejería adecuada y acompañar la decisión de la persona.

Los riesgos asociados con la interrupción del embarazo, si bien son mínimos cuando se realiza adecuadamente, se incrementan 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 voluntaria y 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.

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 el consecuente avance del embarazo. Es importante recordar que la dilación injustificada, la obstaculización injustificada o la negación injustificada de la práctica de la interrupción del embarazo de conformidad con la Ley 27.610, acarrea responsabilidad penal, civil y administrativa (ver Parte 1 - 7. Responsabilidad en el acceso a la IVE/ILE).

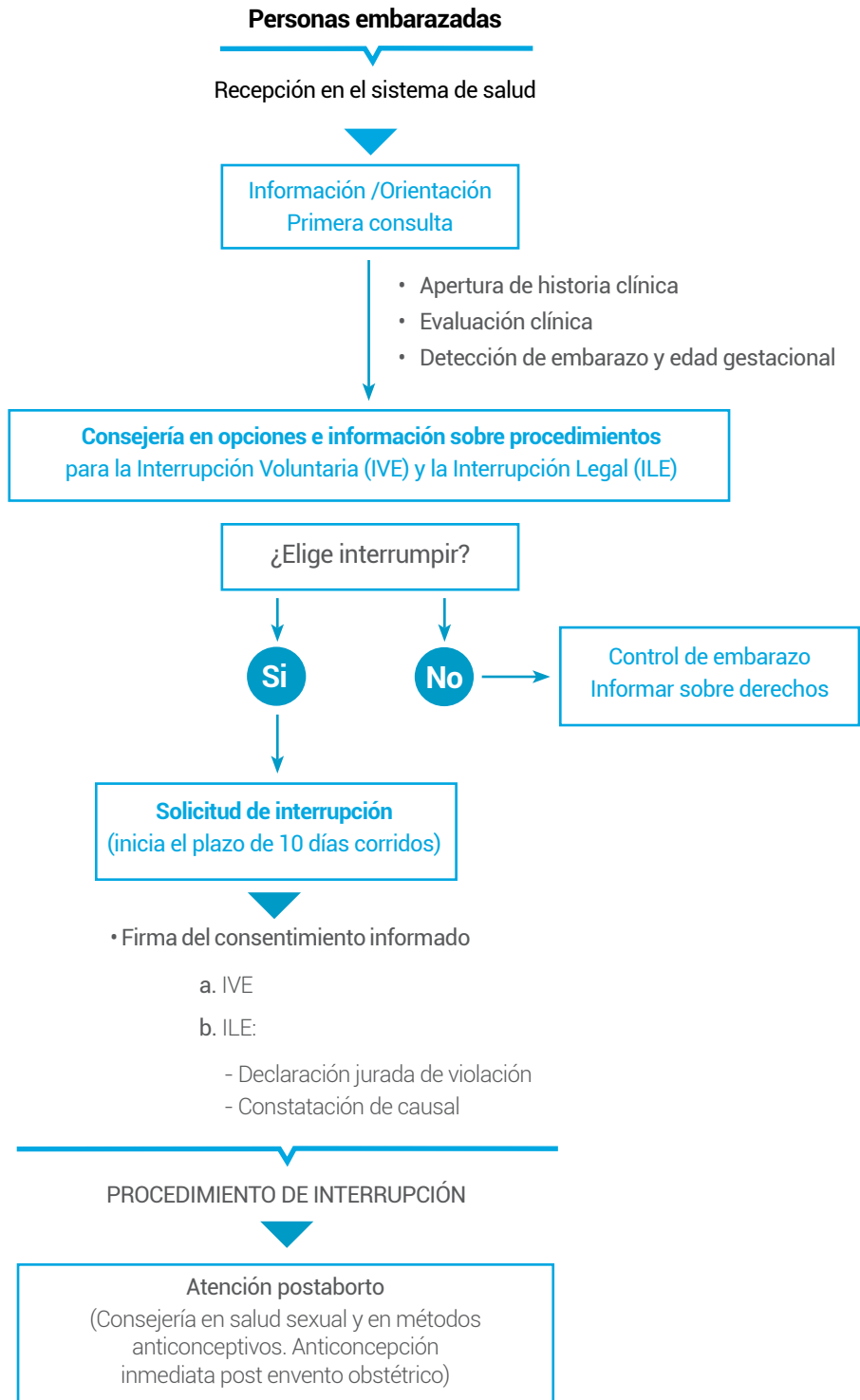
En los casos de violación, los equipos de salud muchas veces refuerzan o incluso generan situaciones de violencia al poner en duda la palabra de la mujer. En estas circunstancias, no se cumple con la función y la responsabilidad del equipo de salud, que es brindar una atención de calidad, respetando y acompañando la decisión de la persona. Así, el personal de salud debe respetar las decisiones de las mujeres y personas con capacidad de gestar respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Estas decisiones no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad (artículo 5, inciso d, Ley 27.610). Estas actitudes vulneran la autonomía y pueden condicionar la interacción entre la persona que se acerca buscando atención y el/la profesional que debe brindarla, y hacer que se genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa y la confianza. El objetivo central de ese encuentro es garantizar una decisión libre e informada respecto de continuar o interrumpir en forma voluntaria y legal el embarazo.

3. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA

La consejería es un espacio de información que tiene como objetivo que la persona usuaria pueda tomar decisiones autónomas. En la situación de las personas que tienen derecho a acceder a la IVE/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 evaluar las diferentes posibilidades. Esta información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles. Se recomienda la utilización de materiales de soporte como láminas, folletos, rotafolios para hacer más comprensibles las explicaciones.

Cuadro 1: Flujograma de modelo de atención para interrupción del embarazo IVE/ILE



Algunos de los ejes para la consejería, según la situación y las necesidades de la mujer y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, son:

- Informar sobre el derecho al acceso a IVE/ILE y los pasos para su cumplimiento.
- Informar los derechos en la atención de la salud (art. 5, Ley 27.610).
- Informar los derechos que la asisten si decide continuar con el embarazo.
- 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 IVE/ILE.
- Detallar los procedimientos posibles y más adecuados para la interrupción del embarazo.
- Explorar sobre la red de apoyo con que cuenta la persona.
- Informar y ofrecer atención post aborto inmediata, incluyendo anticonceptivos de larga duración.

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 y se consigne en la historia clínica, 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 la persona elija.

Con frecuencia, las mujeres y personas con capacidad de gestar concurren a la consulta del equipo de IVE/ILE derivadas por distintos servicios tras haber sido atendidas por profesionales que no contaban con las herramientas necesarias para comprender su situación. Las personas 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 perciba que no se están juzgando ni recriminando sus acciones.

Es importante escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la persona. Esa escucha permitirá detectar y trabajar sobre miedos y angustias que muchas veces están relacionadas a la historia de los abortos inseguros, e incluyen, por ejemplo, el miedo a que se vea afectada la fertilidad futura o la vivencia de la infertilidad como posible "futuro castigo". Por lo general, la actitud libre de prejuicios es suficiente para que la persona 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.

Resulta central que los equipos de salud consideren la relevancia del diagnóstico precoz de embarazo en las diversas situaciones de atención en las que sea necesario. El uso de los test de embarazo es una herramienta simple para el diagnóstico oportuno del emba-

razo que puede contribuir a que la interrupción se realice en edades gestacionales tempranas, si la persona así lo elige; y si decide continuarlo, acceda a un control temprano. Cuando se realiza la primera entrevista, la mujer o persona con otra identidad de género 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. Si la opción elegida es la interrupción, el equipo de salud debe garantizar que el procedimiento se lleve a cabo lo antes posible, respetando el proceso de decisión de la persona.

Si bien debe intentarse realizar las interrupciones durante el primer trimestre del embarazo, una variedad de situaciones puede hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas, 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. Las mujeres y personas con otras identidades de género pueden tener sentimientos ambivalentes y requerir un tiempo para tomar su decisión,

En todos los casos, y sin que esto signifique una imposición, la persona debe ser informada que hasta las 14 semanas inclusive, no es necesario que explicita las razones de la interrupción. Sin embargo, es importante no perder de vista que el espacio de consejería tiene que construirse como una instancia de escucha amplia que permita brindar atención integral y situada. El espacio de atención de una persona que solicita el aborto puede constituirse en una oportunidad de contención, asesoramiento y derivación a otros servicios en salud y articulación que ella requiera; o puede configurarse en oportunidad perdida.

Para acceder a la IVE se tendrá en cuenta la edad gestacional al momento de la solicitud por parte de la mujer o la persona con otra identidad de género con capacidad de gestar frente a la/el profesional interviniente. También debe ser informada que tiene derecho a la ILE si se encontrara comprendida en las causales por violación o riesgo para la salud o la vida.

En todos los establecimientos del sistema de salud, tanto del subsistema público, del privado y de la seguridad social se debe contemplar la posibilidad de derivación a un centro de referencia que tenga la capacidad de llevar a cabo interrupciones más tardías, según los estándares indicados por la OMS y este mismo protocolo, y sin que dicha derivación constituya un retraso en la garantía del acceso a la interrupción del embarazo (artículo 5, inciso f, Ley 27.610).

En relación a las consultas de niñas y adolescentes, es importante que los equipos de salud respeten sus derechos y estén capacitados para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva 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 clave, 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, se les debe garantizar claramente la confidencialidad y que la/el profesional de la salud les asegure que no compartirá con nadie la información de la consulta ni lo que consignen en la HC.

El deber de comunicar al organismo de protección de derechos el estado de vulnerabilidad de una niña o adolescente y los eventuales procesos judiciales que se inicien no deben ser un obstáculo o constituir demoras en el acceso a los derechos consagrados en la Ley 27.610 y se debe realizar respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de la NNYA, su autonomía progresiva, participación significativa e interés superior (art. 5 c, Ley 27.610).

Consideraciones especiales para el equipo de salud

La atención de mujeres embarazadas que pueden solicitar IVE/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 y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar.

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 provisión de servicios.

El principal desafío reside en construir un vínculo con las mujeres en un ámbito de contención física y emocional, de respeto a la situación particular de cada una y a la decisión que tome, y que garantice la confidencialidad.

Algunas herramientas para el momento de la consejería:

- Hasta las 14 semanas inclusive, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar no requieren explicitar los motivos de su decisión para interrumpir. Sin embargo, algunas personas pueden querer o necesitar hacerlo y el equipo debe estar dispuesto a escucharlas.
- 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 y personas con otras identidades de género, deben tomar sus decisiones es complejo y muchas veces estas pueden implicar ambivalencias, contradicciones y/o sufrimiento. Una escucha atenta, 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, adolescentes o persona con otra identidad de género con capacidad de gestar. Una actitud no prejuiciosa, 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.

4. HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental que en la historia clínica (HC) se consignen todos los pasos realizados durante el proceso de atención: consejería en opciones, 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 persona relate los detalles del evento. No se debe insistir en la indagación y recolección de datos del posible actor del delito de violación o las circunstancias de los hechos para no revictimizarla.

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

5. 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 dar espacio para 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, un documento escrito, del cual debe quedar constancia o ser adjuntado 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 (ver Anexo 1 Modelo de consentimiento informado para IVE/ILE). Este documento debe ser firmado por la persona a quien se le realizará la práctica y si fuera necesario por quien la asista (ver Parte 1 - 4.1. Consentimiento informado de NNyA y 4.3. Consentimiento informado de personas con restricción de la capacidad).

Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, en aquellos casos excepcionales en que no pueda emitirse la firma por escrito, conforme al artículo 7 de la Ley 27.610, esta se podrá brindar en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias. Lo central es que quede de manifiesto que la persona comprende la información y expresa su voluntad en tal sentido.

- **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* en todos los casos tanto de IVE como de ILE.

- **En los casos de adolescentes de entre 13 y 16 años**, pueden brindar su consentimiento en forma autónoma para la práctica una IVE o una de ILE, exceptuando aquellas situaciones en las que deba utilizarse una técnica que torne la realización de la práctica un riesgo grave para la salud o la vida de la adolescente. En esos casos, será necesaria la asistencia de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado para que puedan brindar su consentimiento informado (Ver Parte 1 - 4.1. Consentimiento informado de NNyA).
- **En los casos de niñas, menores de 13 años**, podrán brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado, quienes deberán firmar también el consentimiento informado de la niña. En caso de desacuerdo entre la niña/o y los/as progenitores, el equipo de salud es quien debe valorar la situación y en ningún caso se debe judicializar el pedido de IVE/ILE (ver apartado 5.1). Respecto de la declaración jurada de violación, en estos casos no es necesaria puesto que toda relación sexual con una niña/o es violación (art. 4 Ley 27.610).
- **Las personas con discapacidad** tienen derecho a solicitar y acceder a una IVE/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 salvaguardas, si así lo solicitan. El certificado de discapacidad nunca implica restricción de la capacidad para la toma de decisiones. (Ver Parte 1 - 4.2. Consentimiento informado de las PCD).
- Sólo cuando exista una **sentencia vigente de restricción de la capacidad concretamente para la toma de decisiones respecto de la interrupción del embarazo** será necesario que el consentimiento sea firmado también por quien esté designado judicialmente como sistema de apoyos. El sistema de apoyos debe asistir a la persona para que tome la decisión y brinde su consentimiento (Ver Parte 1 - 4.3. Consentimiento informado de personas con restricción de la capacidad).
- El sistema de apoyo no es una sustitución ni una representación. (Ver Parte 1 - 4.2. Consentimiento informado de las PCD).
- 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 interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato y el sistema de apoyos resulte ineficaz.

6. DECLARACIÓN JURADA

Cuando una persona solicite el acceso a la ILE por causal violación la/el profesional 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 historia clínica o consentimiento que se utilice se solicitan.

Sin perjuicio de ello, en todos los casos en que la solicitante de IVE/ILE manifieste que el embarazo proviene de una violación, el equipo interviniente deberá asegurarse de ofrecer contención, información sobre la posibilidad de denunciar el hecho y preservación de evidencia genética útil para el proceso judicial.

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

En Anexo 2 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 jurada no es necesaria.

El consentimiento informado y la declaración jurada son los únicos requisitos que se debe solicitar a la mujer o persona con capacidad de gestar para acceder a realizar una ILE producto de una violación.

7. EVALUACIÓN MÉDICA

En los casos en que la persona opte por realizar la IVE/ILE, la/el profesional 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 o persona con otra identidad de género y las posibilidades del centro asistencial.

Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar la fecha de la última menstruación (FUM), el examen pélvico bimanual, abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse la determinación de la subunidad de la Gonadotropina Coriónica Humana (sub HCG) o una ecografía (OMS, 2014).

7.1. ANAMNESIS

El objetivo de la anamnesis es poder estimar la edad gestacional, 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 la situación actual:** FUM y edad gestacional. En caso que la usuaria padezca una enfermedad de base consignar estado clínico y tratamientos que realiza.
- **Antecedentes médicos y quirúrgicos:** relevar el estado de vacunación (incluida la antitetánica), 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:** ritmo menstrual (ciclos regulares o irregulares), embarazos anteriores y sus resultados, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando alguna ITS o si vive con VIH y está 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 discapacidad intelectual/psicosocial. En caso de considerarse pertinente, realizar una interconsulta con los servicios de salud mental y/o social.

7.2. 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 ya que permite determinar la altura uterina y con ello la edad gestacional, a la vez que resulta en menor incomodidad para la persona gestante. Se debe tomar en consideración que, para muchas NNyA la consulta para solicitar el aborto podría ser la ocasión para su primer examen ginecológico, por lo que será necesario explicar paso a paso el procedimiento. Se deberá ayudar palpando suavemente, tratando de identificar y reducir los temores, ya que una experiencia negativa puede afectar el procedimiento posterior y afectar el retorno al control. La entrevista, el examen físico y especialmente el pélvico, cuando es requerido, puede seguir las recomendaciones que se encuentran en el documento "Atención integral del aborto en menores de 15 años" (Ipas/CLACAI, 2020).

7.3. 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.

7.3.1. Laboratorio

Los análisis de laboratorio de rutina no constituyen un requisito para acceder a una práctica de IVE/ILE. Puede realizarse un hematocrito y hemoglobina y en algunos casos, de acuerdo a la condición clínica de la persona, puede ser necesaria 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 siempre que estén disponibles, con el consentimiento de la persona usuaria, y sin que signifique un obstáculo a la IVE/ILE.

7.3.2. Ecografía

Aunque la ecografía no está considerada como un estudio de rutina para la realización de una IVE/ILE, si está disponible, puede ayudar a determinar 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, 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 esto no suceda. A su vez, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres y personas con otras identidades de género que buscan una interrupción de aquellas que reciben cuidados prenatales.

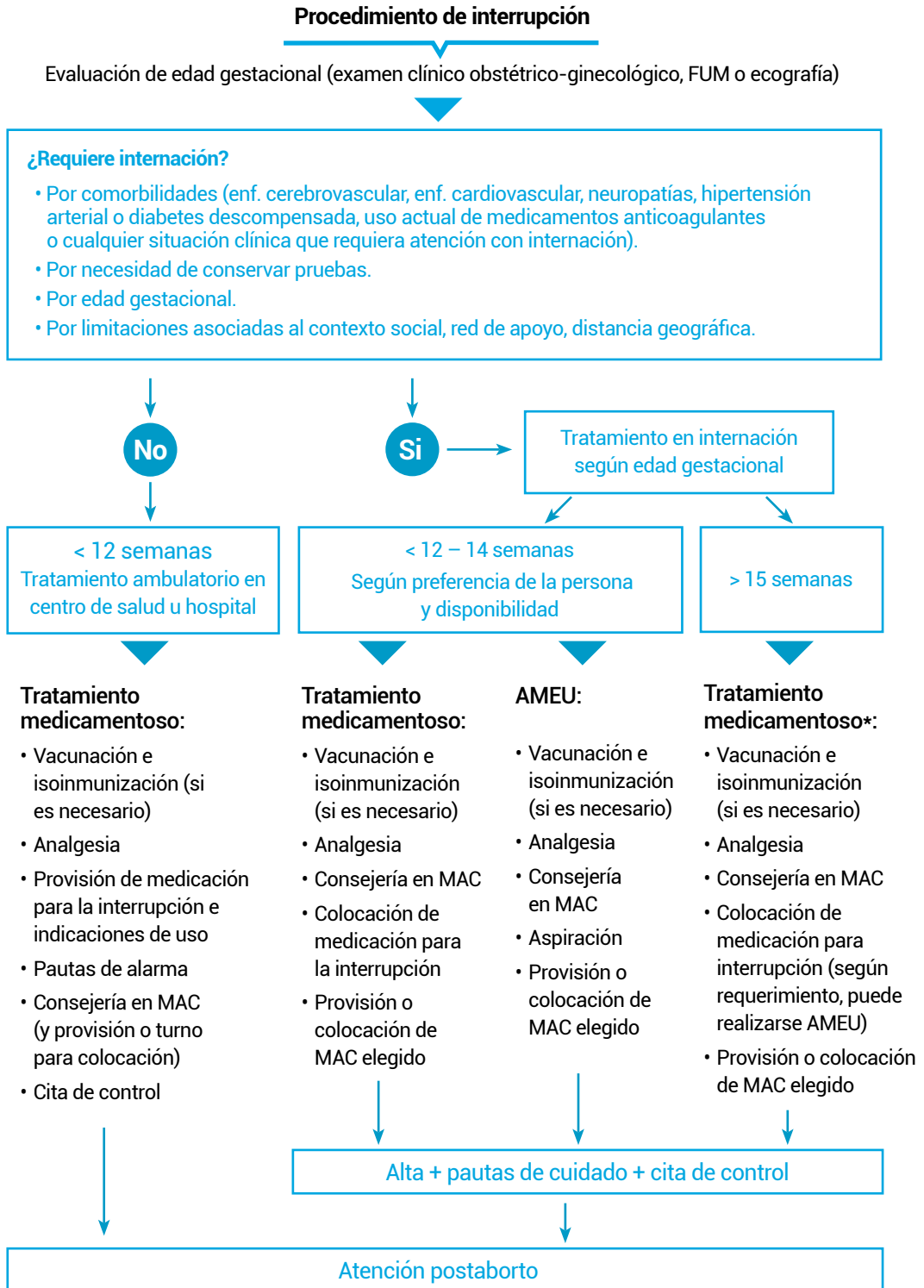
8. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Las opciones terapéuticas para realizar una IVE/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 y personas con otras identidades de género que requieren una IVE/ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria. Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para IVE/ILE en todos los niveles del sistema de salud para atender a personas que presenten 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. 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 oportuna y dentro de los plazos previstos en el artículo 5 de la Ley 27.610.

Cuadro 2: Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de IVE/ILE



* En donde exista el equipamiento y personal entrenado una opción es dilatación y evacuación (DyE).

8.1. VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH

La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoimmunización 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 IVE/ILE en embarazos tempranos. Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes de 72 horas posteriores al procedimiento para mejores resultados (OMS, 2012).

Si la persona no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto. En todos los casos, es conveniente evaluar el estado de las vacunas de la niña, adolescente, mujer o persona con capacidad de gestar según calendario nacional vigente y sugerir la colocación de las vacunas faltantes. Esta evaluación no puede constituirse en un obstáculo para acceder a la práctica.

8.2. 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 farmacológico o instrumental.

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 apropiado del dolor antes de un aborto médico o quirúrgico (OMS, 2014).

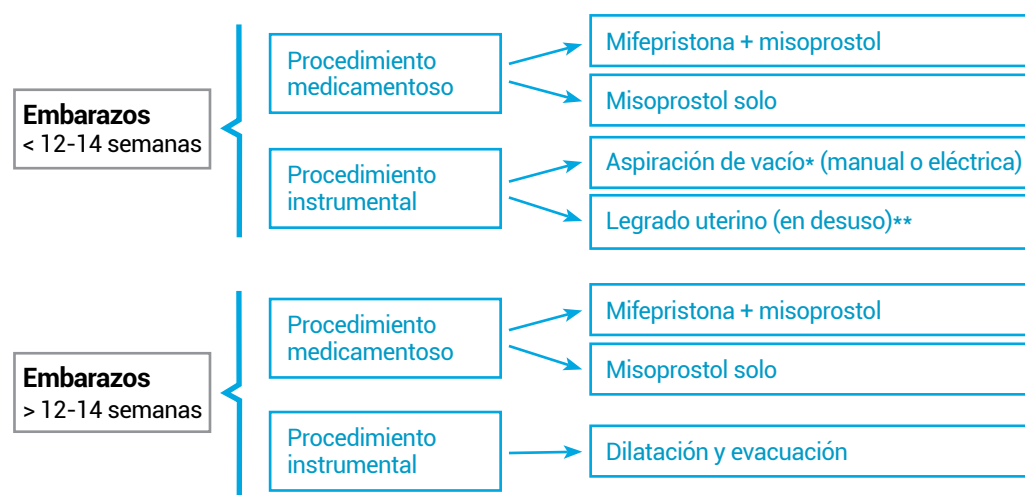
Para los tratamientos medicamentosos, se recomiendan, en primer lugar AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) como ibuprofeno de 400 a 600 mg, 30 a 45 minutos antes del procedimiento. Esta dosis puede repetirse a las 6 horas según necesidad. No se recomienda el uso de aspirina ni de paracetamol. Tampoco se ha demostrado que los analgésicos narcóticos sean eficaces para aliviar el dolor durante el proceso de aborto con medicamentos, por ende, no se recomiendan para su uso rutinario.

Para los procedimientos instrumentales se suma la recomendación del uso de anestésicos locales (bloqueo paracervical) combinados con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) antes del procedimiento para el manejo del dolor (Ipas, 2020).

8.3. EVACUACIÓN UTERINA

En el Cuadro 3 se presentan las opciones terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (2014).

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



* En algunos países se dispone de adaptadores y cánulas 14 y 16 que permiten extender el uso de AMEU a tamaños uterinos mayores (AMEU extendido). BMJ / 13 January 2021 <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/early/2021/01/26/bmj.srh-2020-200945.full.pdf>.

** El legrado o raspado uterino debe ser usado cuando ninguno de los otros métodos está disponible. Los servicios de salud y las/los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso o la aspiración.

Nota de la DNSSR: a febrero 2021 la mifepristona no está registrada en Argentina

8.4. 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 solo. 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: qué es y cómo funciona

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas 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 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 la Disposición 6726/2018, 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. Es de destacar que los medicamentos pueden ser utilizados para indicaciones y por vías que no están incluidas en el registro original pero que la literatura específica indica. 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, tiene 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).

Mifepristona: qué es y cómo funciona

La mifepristona es un compuesto cuyo principal uso es 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 junto con el misoprostol el régimen más eficaz y seguro de aborto con medicamentos. En la Argentina, a la fecha, la mifepristona no ha sido registrada en ANMAT. La mifepristona bloquea los receptores de progesterona en el útero y sensibiliza al endometrio a la actividad contráctil inducida por las prostaglandinas. Al administrar una prostaglandina sintética 1-2 días después aumentan las contracciones uterinas y la expulsión de los productos de la concepción (OMS, 2019; Ipas 2020).

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 estándar de oro para la interrupción medicamentosa de un embarazo. La asociación aumenta la eficacia y disminuye los efectos secundarios y el sangrado. 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.

8.4.1. Manejo de embarazos hasta 12 semanas

Para manejos de embarazos de hasta 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 (OMS, 2019) indica que cuatro estudios realizados en mujeres con embarazos de 9-12 semanas de gestación referían que el aborto médico se había realizado en régimen ambulatorio, lo que indica que es viable ofrecer el servicio en centros de atención ambulatoria (Bracken et al, 2014; Bugalho et al 1996; Platais et al, 2016; Winikoff et al, 2012).

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 avalan la seguridad del uso de misoprostol en forma domiciliaria después de asesoramiento profesional, aun en un contexto legal restrictivo (Fiol, 2016).

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

- Brinde la consejería previa para que pueda decidir realizarlo de esa forma.
- Garantice a la persona la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos.
- 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 aborto.

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.

8.4.2. Manejo de embarazos de más de 12 semanas

Con un régimen de misoprostol solo en embarazos de más de 12 semanas, la OMS recomienda dosis de 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 segundo trimestre, debe mantenerse la internación hasta que se haya completado la expulsión de feto y placenta (OMS, 2014). Debe usarse una dosis de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o vaginal cada tres horas hasta la expulsión del feto y la

placenta. La vía vaginal es más eficaz que la vía sublingual para mujeres nulíparas (Ipas, 2020). La OMS recomienda controlar a la persona cada 30 minutos desde la primera dosis de misoprostol, en especial respecto al manejo del dolor. Asimismo, señala que el tiempo de la expulsión y la finalización del aborto suelen 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 uterino 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).

Tabla 1: Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo

	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquemas
Organización Mundial de la Salud (OMS 2019)	< 12 semanas ¹	Misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual o bucal repetir dosis hasta expulsión.
	≥ 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 hs (sin máximo de dosis).
Ipas (2019)	< 13 semanas	Misoprostol 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión.
	≥ 13 semanas	Misoprostol 400 mcg vía sublingual o vaginal* cada 3 horas hasta la expulsión del feto. Si la mujer se encuentra estable se puede esperar por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir (Ipas 2020).
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2017)	< 13 semanas	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 horas o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo). ***
	> 13 semanas	13 a 24 semanas: Misoprostol 400 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 3 horas. ****

1- La OMS aclara que la referencia a la semana 12 se considera hasta los 90 días de gestación (OMS, 2012).

* En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (Ipas, 2019).

**En caso de hemorragia o signos de infección, evitar la vía vaginal (FIGO, 2017).

*** Existe suficiente evidencia para respaldar un número fijo de dosis para el uso en embarazos de menos de 13 semanas de gestación, así como evidencia de que es seguro administrar dosis adicionales si se requieren.

**** En caso de que no se haya expulsado la placenta 30 minutos después de la expulsión del feto, se puede administrar otra dosis. Algunos estudios sugieren un máximo de 5 dosis ya que en la mayoría de los casos se completa la expulsión antes, pero otros continúan con más dosis y alcanzan una tasa de éxito mayor sin ningún problema de seguridad.

Tabla 2: Procedimiento medicamentoso con mifepristona* + misoprostol

	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS 2019)	< 12 semanas	Mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol, dosis 800 mcg vaginal, bucal o sublingual.
	≥12 semanas	Mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas (sin máximo de dosis hasta la expulsión).
Ipas (2019)	Hasta 10 semanas	200 mg de mifepristona vía oral	1-2 días posterior 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal.
	10-13 semanas		1-2 días después 600 mcg vía sublingual u 800 mcg vía vaginal y continuar con 400 mcg vía sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión.
	13 semanas o más		1-2 días posterior 400 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión. Si la mujer se encuentra estable se puede esperar por lo menos cuatro horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir (Ipas, 2020).

* A febrero 2021 la mifepristona no está registrada en la Argentina.

8.4.3. 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 o hipertensión arterial descompensada, tratamiento actual con anticoagulantes. Deben considerarse también situaciones de vulnerabilidad social como falta de red social, violencia, distancia geográfica y otras.

La internación deberá ser bajo supervisión y seguimiento 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 reanunciar 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.

8.4.4. 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, no hay suficiente evidencia para indicar que cambiar el régimen de dosis disminuirá el riesgo de ruptura uterina (Ipas, 2020).

En la misma línea, la OMS señala que las/los profesionales intervinientes deben utilizar el criterio técnico 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 estricto durante todo el proceso.

8.4.5. Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol y mifepristona

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.

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

	Misoprostol	Mifepristona + misoprostol
Precauciones	<p>Tiene colocado un DIU: se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018).</p> <p>Está amamantando: recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a).</p> <p>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.</p>	<p>Tiene colocado un DIU: se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol (Ipas, 2018).</p> <p>Está amamantando: recomendar que deseche la leche materna durante las primeras horas después de la administración (Gynuity, 2009a).</p> <p>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.</p> <p>Asma grave no controlada o terapia corticoesteroides a largo plazo (Ipas, 2018). Se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante.</p>
Contraindicaciones	<p>Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.</p> <p>Antecedentes de reacción alérgica a misoprostol.</p>	<p>Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.</p> <p>Antecedentes de reacción alérgica a mifepristona o misoprostol.</p> <p>Porfiria hereditaria.</p> <p>Insuficiencia suprarrenal crónica.</p>

* A febrero 2021 la mifepristona no está registrada en la Argentina.

8.4.6. 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/os y adolescentes, y cuando el embarazo es producto de una violación, ya que esta forma de aplicación podría implicar una situación traumática. En estos casos, ofrecer especialmente otras vías de administración.

8.4.7. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

El aborto con misoprostol es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de entre el 72% y el 91% a las 24 horas, el tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves de menos del 1%.

El estándar de oro es siempre el régimen combinado (mifepristona + misoprostol); es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de más del 90% a las 24 horas, intervalo medio de 6 a 10 horas desde la inducción hasta la finalización del aborto y tasas de complicaciones graves de menos del 1% (Ipas, 2020).

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).

8.4.8. 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, 2020).

8.4.9. 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 mg, 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 o persona con otra identidad de género 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.

8.4.10. Seguimiento y atención posaborto

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 o ecografía. 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 persona se encuentra cursando un aborto incompleto, según el criterio profesional y la preferencia de la persona, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una aspiración endouterina. 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 aspiración 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 o personas con otras identidades de género, con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación.

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.

8.4.11. Otros usos del misoprostol

En la tabla 4 se indican distintos esquemas de uso de misoprostol para diversas situaciones clínicas.

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

Cuadro clínico	Tratamiento
<p>Aborto incompleto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expulsión parcial del producto de la gestación. • Hemorragia y dolor tipo cólico • Dilatación cervical. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Ecografía que confirme diagnóstico (no es imprescindible). 	<p><13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 600 mcg vía oral en dosis única o 400 mcg sublingual en dosis única. En ausencia de sangrado vaginal puede usarse la vía vaginal.</p> <p>≥13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 400 mcg vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso.</p>
<p>Aborto retenido o diferido (huevo muerto y retenido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso menstrual o amenorrea secundaria. • Puede no acompañarse de hemorragia o dolor. • No hay modificaciones cervicales. • Volumen uterino menor a la amenorrea. • Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación. • Ecografía: ausencia de viabilidad fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado). 	<p>Huevo anembrionado de 6 a 12 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 800 mcg – vía sublingual – monodosis.</p> <p>Aborto retenido <13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 600 mcg – vía sublingual – o en ausencia de sangrado vaginal 800 mcg por vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión del feto (por lo general de 1 a 3 dosis).*</p> <p>Retenido ≥13 semanas de gestación:</p> <p>Misoprostol 400 mcg – vía vaginal o sublingual – cada 4 horas.</p>
<p>Muerte fetal intrauterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 14 y 28 semanas de gestación. • Suele cursar con regresión de signos y síntomas de gestación. • Ausencia de dilatación cervical. • Puede haber sangrado vaginal. • Ecografía: ausencia de viabilidad fetal. 	<p>Puede tratarse con conducta expectante, quirúrgicamente o con tratamiento medicamentoso.</p> <p>Es importante evaluar con la persona usuaria sus posibilidades y preferencias.</p> <p>Tratamiento medicamentoso</p> <p>Opción recomendada:</p> <p>200 mg de mifepristona – vía oral 1 a 2 días después: dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol – vía sublingual o vaginal – cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).</p> <p>Opción alternativa:</p> <p>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).</p>

Fuentes: IPAS (2020), OMS (2019), FLASOG (2019), FIGO (2012).

* Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol. Grado de la recomendación Fuerte, Calidad de la evidencia Moderada (Ipas, 2020).

8.5. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL

La práctica de IVE/ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental. La práctica recomendada es la aspiración de vacío manual o eléctrica. El raspado o legrado uterino se considera un método obsoleto dados sus riesgos.

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-). Se incluye, en Anexo, la Nota técnica N°2 sobre AMEU (DNSSR, 2020a)⁴.

Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer y persona con otra identidad de género, 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).

8.5.1. 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).

4. La versión digital está disponible para su descarga (<https://bit.ly/376mo44>).

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 o 500 mg de azitromicina por vía oral antes del procedimiento o 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.
Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG, 2015)	200 mg de doxiciclina por vía oral 2 horas antes del procedimiento o 500 mg de azitromicina por vía oral 2 horas antes del procedimiento.

Fuente: IPAS (2020).

8.5.2. 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 anomalías 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).

8.5.3. 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:** los analgésicos narcóticos no han sido demostrados como eficaces para aliviar el dolor durante el proceso de aborto, por ende, no se recomiendan para su uso rutinario.
- **Tranquilizantes (ansiolíticos):** reducen la ansiedad y la memoria, pero no actúan en forma directa sobre el dolor. Al usar benzodiazepinas, 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 (IPAS, 2019):

1. Cargar, en una jeringa con aguja 21G x 1 y medio, 20 ml de solución de lidocaína al 1%, o 10 ml de solución de lidocaína al 2%.
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, inyectar 1 o 2 ml de lidocaína en “hora 6” u “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 con la lidocaína restante en cantidades iguales, en la unión cérvicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas (Figura 3).

- Introducir la aguja a una profundidad de 1,5 a 3 cm (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).

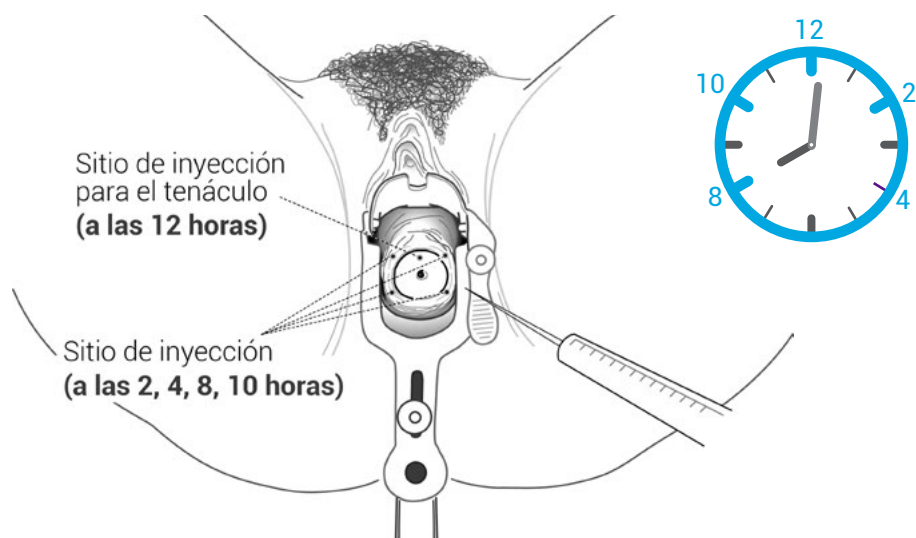


Figura 3. Bloqueo paracervical*

8.5.4. 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.

*Se agradece a Ipas la cesión de esta imagen.

- 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 Parte 2 - 12. Preparación y funcionamiento del aspirador manual) 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.** Coloque la pinza de Pozzi en el labio anterior si el útero está en anteversión o en el posterior si el útero está en retroversión. Esto luego de colocar lidocaína en el sitio del pinzamiento. (Ver Parte 2 - 8.5.3. Manejo del Dolor).
- 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).

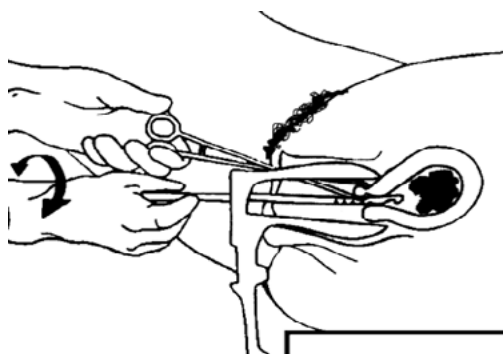


Figura 5. Introducción de la cánula.

- 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 (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.

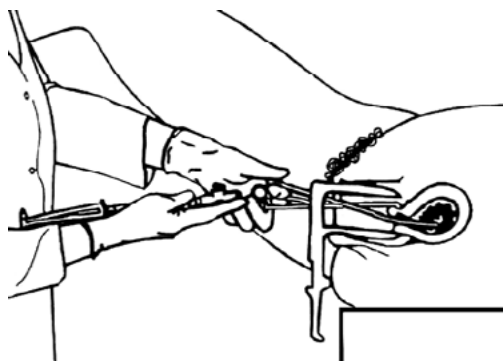


Figura 6. Conexión de la cánula a la jeringa.

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).

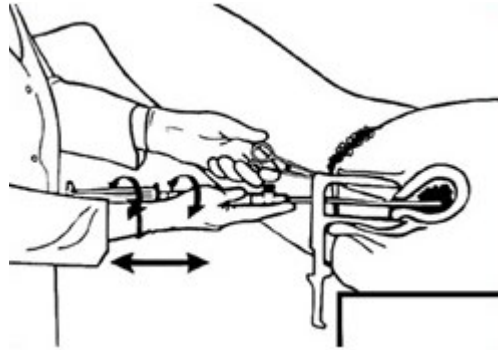


Figura 7. Extracción del contenido uterino

- 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 inspeccionarlo. 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.

10. Finalización del procedimiento. Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: a) aumento del dolor o cólicos uterinos; b) se observa el paso de en espuma roja o rosada a través de la cánula sin restos ovulares; c) sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre las paredes del útero evacuado; d) el útero 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.

8.5.5. 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 interrupción del embarazo 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, desgarramiento 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.

9. CONSERVACIÓN DE TEJIDOS

En los casos en que la interrupción del embarazo 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 el establecimiento de salud.

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 deberá 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, sólo 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.

10. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

Si bien son infrecuentes, durante un procedimiento de IVE/ILE o luego de concluido este, puede 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, puede considerarse una segunda ronda con medicamentos dependiendo de la edad gestacional, o realizar una 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. Una hemorragia después de un aborto inducido es rara, ya que ocurre en 0 a 3 de cada 1.000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.9 a 10 de cada 1.000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación (Upadhyay, U. et al, 2014).

El tratamiento para la hemorragia post aborto es (extrapolado de ACOG, 2017):

1. Metilergonovina 0.2mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en mujeres con hipertensión arterial.
2. Misoprostol 800 mcg por vía sublingual o sino es posible sublingual será rectal.
3. Oxitocina de 10 a 40 unidades por cada 500 ml a 1000 ml de líquido intravenoso o 10 unidades por vía intramuscular (solo en úteros grandes).
4. Taponamiento intrauterino: gasa estéril, de 30 ml a 75 ml con balón de sonda Foley, balón de Bakri o condón inflado colocado en el útero

Si se sospecha una perforación uterina puede requerirse una laparoscopia o laparotomía exploradora.

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. La perforación uterina en el momento de efectuar la aspiración endouterina es una complicación rara pero tiene el potencial de ser grave; según las estimaciones, entre 0.1 y 3 casos por cada 1.000 procedimientos de aborto inducido presentan perforación uterina (Kerns, J. y Steinauer, J., 2013; Pridmore, B.R. y Chambers, D.G., 1999).

En muchos casos, el/la prestador/a de servicios de salud puede manejar de manera conservadora una perforación uterina sin complicaciones antes de las 13 semanas de gestación, observando cambios en el cuadro clínico (Grimes, D.A., Schulz, K.F. y Cates WJ., 1984; Moberg, P.J., 1976).

Cuando es evidente que hay lesión intestinal o hernia por defecto uterino, sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica, una laparotomía inmediata podría ser preferible (Chen, L.H., Lai, S.F., et al, 1995; Kumar, P. y Rao, P.,1988).

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 anesthesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario para realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar.

11. INDICACIONES PARA LUEGO DEL PROCEDIMIENTO O EL MOMENTO DE ALTA

En el momento de dar 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 identificación de signos 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.
- 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, indicando 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 Parte 2 - 13. Anticoncepción post interrupción del embarazo). 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 que aparecen o persisten 24 horas después de finalizado el tratamiento medicamentoso
 - 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 14 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 IVE/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.

12. 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 evacuación 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).

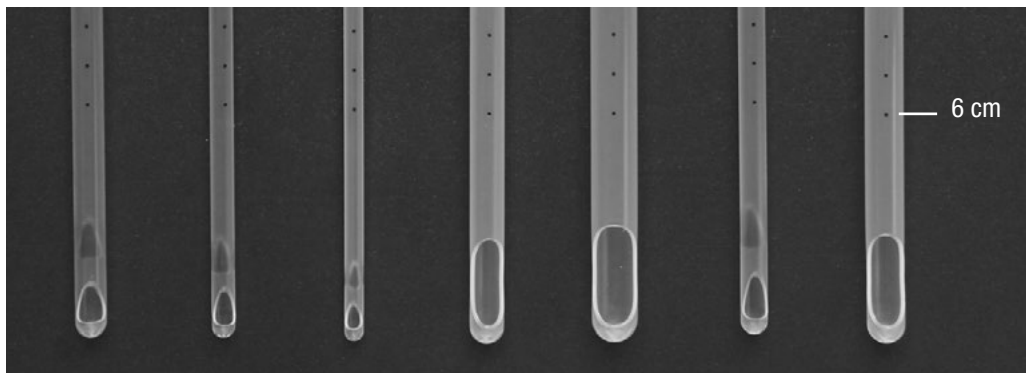
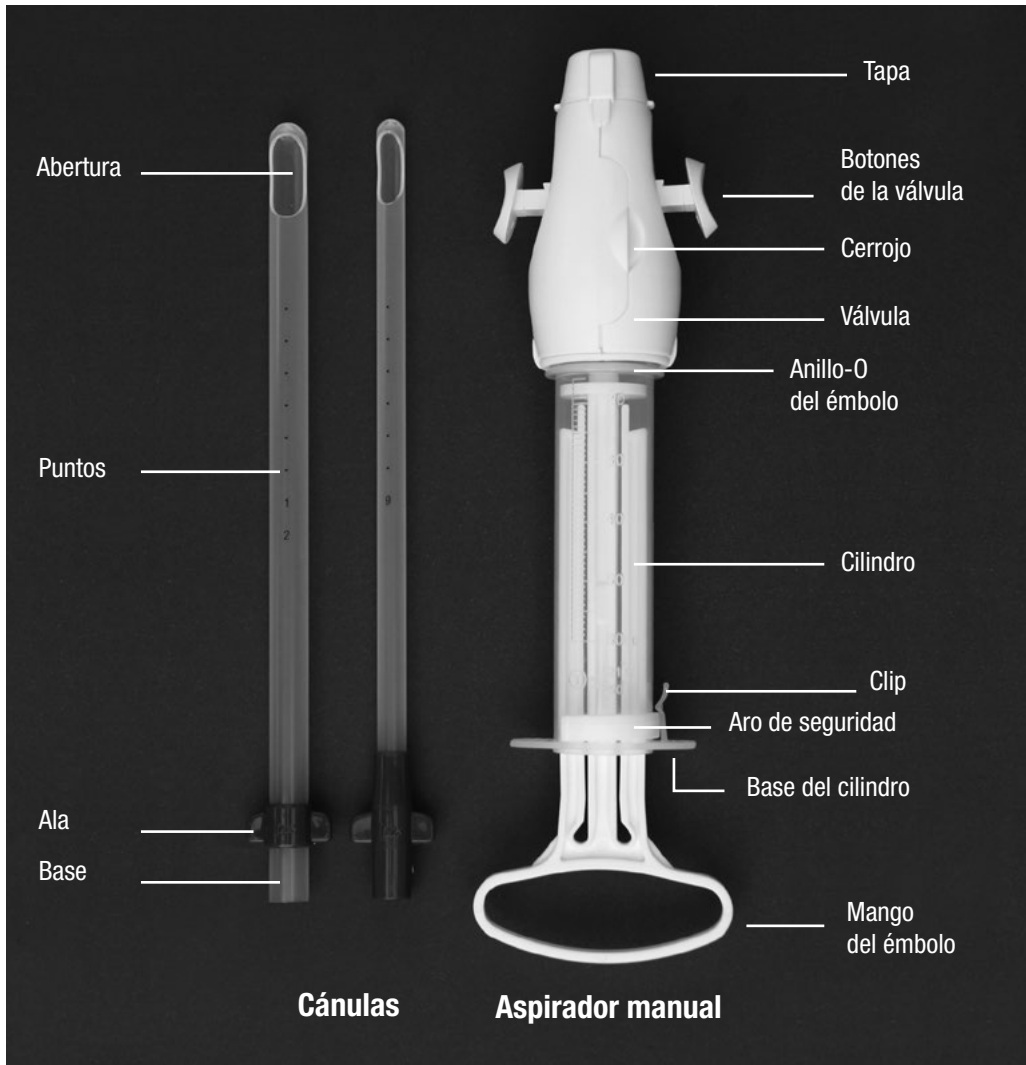


Figura 9

12.1. 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 11

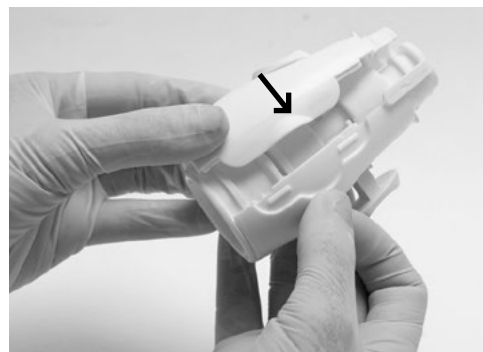


Figura 14



Figura 12

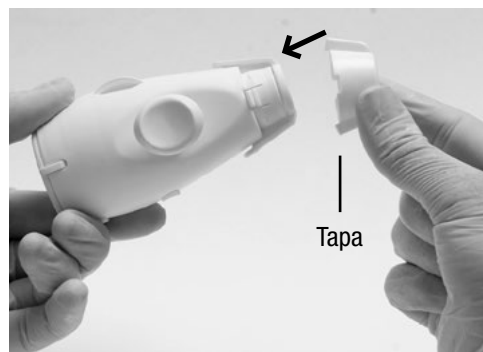


Figura 15

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 deslizando el clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro (Figura 18).



Figura 16

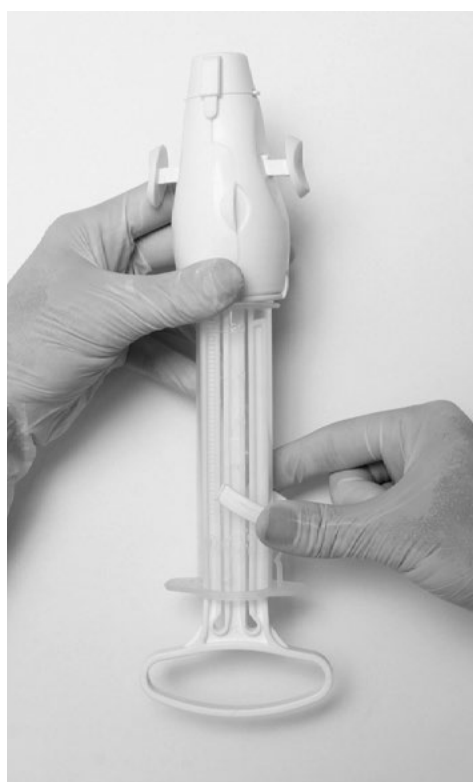


Figura 17

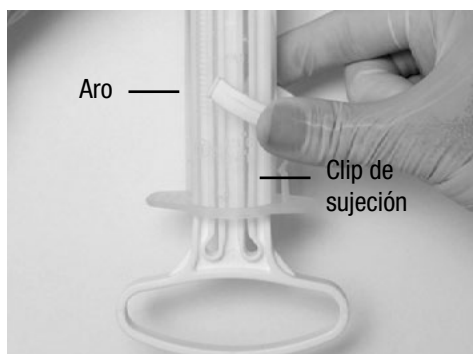


Figura 18

12.2. 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

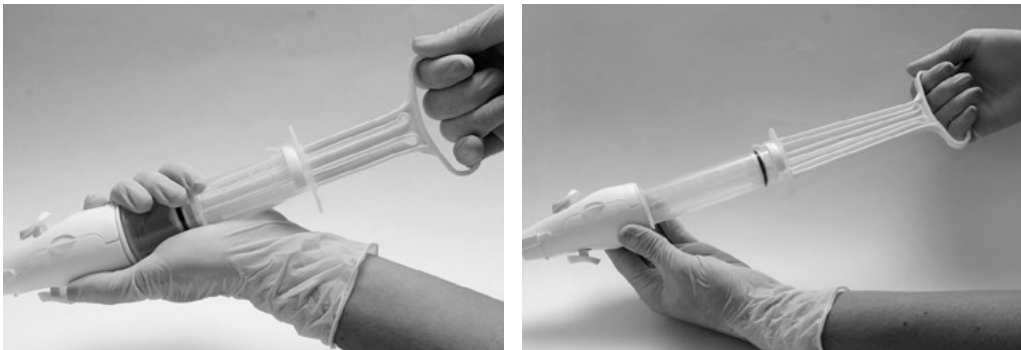


Figura 21

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

12.3. PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SER REUTILIZADO

Para mayor información sobre los procedimientos a realizar para la reutilización del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip puede consultarse el sitio web de Ipas y descargar el documento de referencia (disponible en <https://bit.ly/3qww7lz>).

- 1. Remojo.** Después de cada procedimiento, todo el instrumental debe remojar inmediatamente en agua después de utilizarse para facilitar el lavado posterior, para luego someterse a desinfección de alto nivel o esterilizarse. Es importante utilizar guantes durante el procedimiento y lavarse las manos.
- 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 y 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 121°C 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). Si la DAN se realiza por cualquier método húmedo; en caso de no utilizarse el material en las siguientes 24 horas, se debe procesar nuevamente el material.

- 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.

12.4. 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 IpasEasyGrip®, 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 (Ipas, 2014).

13. ANTICONCEPCIÓN POST INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En muchos casos, puede ser beneficioso realizar la consejería antes del procedimiento de IVE/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 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 el ejercicio de su autonomía. La elección de un MAC nunca puede ser condición de acceso a la práctica de IVE/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 siglas 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 (DIU-Cu), el DIU con levonorgestrel (DIU-LNG) 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, 2020; DSSyR, 2019). 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 IVE/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 e implementación inmediata post evento obstétrico de métodos de larga duración y alta efectividad como DIU-Cu, DIU-LNG, o 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 merece 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 la mejor manera de ofrecer asesoramiento anticonceptivo para garantizar la información acerca de la disponibilidad de estos insumos, y, de ser pertinente, sobre los métodos más recomendables en su caso. Siempre teniendo en consideración su voluntad de mantener o no relaciones sexuales.

Las circunstancias en que se encuentran las mujeres que reciben atención integral de IVE/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 o persona con otra identidad de género, cuáles son los MAC seguros para la persona.
- Indague acerca de los conocimientos sobre MAC y experiencias de uso que tiene la persona.
- Informe sobre los métodos anticonceptivos disponibles y accesibles para la persona y 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.⁵
- 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.

13.1. 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 IVE/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.

13.1.1. Criterios médicos de elegibilidad

A través de los "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" (OMS, 2015a), 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:

5. La DNSSR cuenta con folletos informativos para promover la adherencia al MAC elegido y pueden descargarse buscando por tipo de MAC en el Banco de recursos para equipos de salud en <https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud>.

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 inadmisibles 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, 2015a).

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.

13.1.2. 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.^{6 7}

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. Para los casos de aborto medicamentoso, se puede insertar tan pronto se tenga la certeza de que el aborto se completó de manera exitosa. 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. Esta categoría incluye: anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación (OMS, 2019) o de inmediato luego de un proce-

6. Para más información, consultar "Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud" (DNSSR, 2019) o posteriores actualizaciones.

7. La DNSSR cuenta con folletos informativos para promover la adherencia al MAC elegido y pueden descargarse buscando por tipo de MAC en el Banco de recursos para equipos de salud en <https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud>.

dimiento instrumental, incluso si existe infección o trauma, en interrupciones del embarazo realizadas durante el primero o el segundo trimestre. No podrán indicarse estos métodos a aquellas personas que tengan antecedentes o hallazgos de riesgo cardiovascular.

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 (inyectable trimestral) existe evidencia de que su uso mientras se realiza 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. En la nota técnica N°1 de la DNNSR, disponible para su descarga⁸, puede encontrarse información ampliatoria (DNSSR, 2020b).

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.

8. Nota técnica N°1: Anticoncepción hormonal de emergencia. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3d6w42q>.

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

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	SI usar el método.
2	En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados.	
3	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.	

Fuente: OMS (2015a), DNSSR (2019).

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

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-LNG
Post aborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Post aborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4

Fuente: OMS (2015a), DNSSR (2019).

13.1.3. Provisión de los métodos anticonceptivos

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces preferentemente en la misma institución.

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.
-

ANEXO 1:

Modelo de consentimiento
informado para IVE/ILE





CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO LEY 27.610

DATOS DE LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR

Nombre y apellido: Documento (tipo y N°):

Domicilio: Localidad: Provincia:

Edad: Fecha de nacimiento: / /

Fecha de la primera consulta en este servicio de salud: / / N° de historia clínica:

Confirmando que:

- ✓ Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, sobre:
 - los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;
 - mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (artículo 5, Ley 27.610).
- ✓ Entendí la información recibida.
- ✓ Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.
- ✓ Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

De este modo, de acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a:

(señalar lo que corresponda)

- Interrumpir voluntariamente este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación, o*
- Interrumpir legalmente este embarazo por los siguientes motivos: está en peligro mi salud o mi vida, o por ser un embarazo resultado de violación.*

.....
Firma de la persona gestante

.....
Aclaración

.....
Día Mes Año

.....
Firma del/a profesional interviniente

.....
Aclaración

.....
Día Mes Año

.....
Matrícula N°

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.


**CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DEL/A REFERENTE AFECTIVO
O REPRESENTANTE LEGAL**

De acuerdo al artículo 8 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia de su progenitor/a, representante legal, referente afectivo, o de una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o una persona allegada, debido a que la persona gestante es:

(señalar lo que corresponda)

- Menor de 13 años de edad.
- Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Documento (tipo y N°)

.....
Relación con la persona gestante

.....
Día Mes Año

CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DE LA PERSONA DE APOYO

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia del apoyo designado judicialmente, representante legal o de una persona allegada, debido a que la persona gestante:

(señalar lo que corresponda)

- Tiene sentencia judicial firme vigente de restricción a la capacidad para tomar decisiones vinculadas a la interrupción del embarazo.
- Ha sido declarada incapaz en los términos del artículo 32 del Código Civil y Comercial de la Nación.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Documento (tipo y N°)

.....
Relación con la persona gestante

.....
Día Mes Año

***El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante.
Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.***

ANEXO 2:

Modelo de declaración
jurada - causal violación



DECLARACIÓN JURADA

Datos de la persona declarante*

Nombre y apellido: Documento (tipo y N°):

Domicilio: Ciudad: Provincia:

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N° de historia clínica:

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

MANIFIESTO que el embarazo que curso es producto de una violación.

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. 4 Ley 27.610 y 86.a. del Código Penal)

.....
Firma de la persona declarante

** Las personas con discapacidad, al igual que todas las personas, pueden realizar la declaración jurada por sí mismas.*

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.

ANEXO 3:

Nota técnica N° 2:
aspiración manual endouterina
(AMEU) - DNSSR

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Nota técnica 2

Por *Damián Levy, Graciela Lukin y Analía Messina*

La aspiración por vacío, así como el aborto con medicamentos se consideran procedimientos de primera elección para evacuar el contenido del útero antes de las 13 semanas de gestación. Las dos técnicas están recomendadas por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).¹⁻¹

**Se recomienda que la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos sustituyan el
Legrado Uterino Instrumental (LUI)
SE DEBEN HACER LOS MÁXIMOS ESFUERZOS PARA REEMPLAZAR ESTA PRÁCTICA**

La AMEU tiene éxito en el 98% de los casos y reduce significativamente el riesgo de complicaciones, la pérdida de sangre, el dolor y las secuelas asociadas con el legrado.²

CONDICIONES Y RECURSOS NECESARIOS PARA LA PRÁCTICA DE LA AMEU

1. Recursos humanos: Capacitados tanto en la técnica como en el marco de derechos vigentes¹.

- Médicas y médicos
- Obstétricas
- Personal de Enfermería

2. Infraestructura:

- **I.** Consultorio médico, sala de procedimientos con camilla ginecológica, iluminación adecuada, sala de recuperación.
- **II.** Instrumental/equipo: espéculo, pinzas de anillo, pinza de cuello (Pozzi o Erina), dilatadores, todo esterilizado o con desinfección de alto nivel. Jeringas y cánulas para aspiración manual. Tensiómetro, estetoscopio, termómetro.

1. Manual de práctica clínica para un aborto seguro https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/

2. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva <https://ipasorg.azurewebsites.net/actualizaciones-clinicas/>

- **III.** Insumos: solución antiséptica (clorhexidina o iodopovidona), gasas, apósitos, jeringas de 10 y 20 cc, guantes estériles, soluciones intravenosas: lactato Ringer (bolsas de 500 cc) y solución salina normal (bolsas de 500 y 50 cc), equipo de venoclisis, sonda de Foley.
- **IV.** Medicamentos: Para bloqueo para cervical: lidocaína al 2% o al 1%.
 - Para preparación del cuello previo al procedimiento o para el manejo de sangrado post procedimiento: misoprostol (tabletas de 200 mcg), oxitocina (ampollas de 10 UI).
 - Para el dolor: ibuprofeno (comprimidos de 400 mg).
 - Antibióticos: doxiciclina (tabletas de 100 mg), azitromicina (comprimidos de 500 mg), metronidazol (tabletas de 500 mg).

3. Documentos: Historia clínica completa, donde conste: la consejería en opciones, la certificación de causal/es, consentimiento informado para tratamiento, hoja de procedimiento, hoja de enfermería. Cuando la causal de la ILE es violación, copia de la denuncia o la declaración jurada.

PREPARACIÓN PREVIA

- Administración de antibióticos

Regímenes habituales 1 hora antes del procedimiento

- 200 mg de doxiciclina (vía oral) ó
- 500 mg de azitromicina (vía oral) ó
- 500 mg de metronidazol (vía oral)

- Preparación cervical

Puede considerarse la administración de misoprostol 400 mcg (vía sublingual) dos horas antes del procedimiento.

- Manejo del dolor

- A todas las mujeres que estén en el proceso de AMEU se les debe ofrecer medicamentos para manejar el dolor. Se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) de 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento.
- El bloqueo paracervical con anestesia local es un método eficaz para el manejo del dolor y debe ser parte de todos los procedimientos de aspiración por vacío.
- Métodos no farmacológicos para el dolor (acompañamiento, contención verbal, música ambiental).

PROCEDIMIENTO

Previamente solicitar a la persona que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.

Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina, la situación del útero (AVF o RVF) y verificarla dilatación del cuello. Cambiar los guantes.

Pasos y recomendaciones para realizar bloqueo paracervical

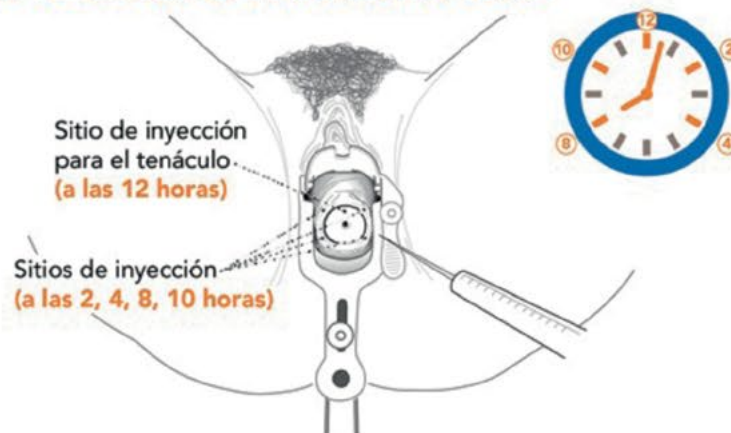
Recordar en todo momento que la persona se encuentra consciente cuando es atendida con bloqueo paracervical, lo que requiere:

- Tener mucha prudencia con los comentarios y actitudes del personal que asiste al procedimiento
- Reforzar la contención verbal, expresar sentimientos de apoyo y comprensión a la situación que atraviesa
- Advertir y comunicar antes de realizar cualquier maniobra

1. Cargar en una jeringa de 20 ml con aguja 21G x 1 y medio, 20 ml de solución de lidocaína al 1%. Si no se dispone de solución de lidocaína al 1%, esta se puede sustituir con 10 ml de lidocaína al 2%.
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 si el útero está en RVF o en hora 12 si está en AVF, según dónde se aplicará la pinza.
3. Realice una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cérvico-vaginal posterior.
4. Aplique el bloqueo paracervical en los puntos horarios 2, 4, 8, 10 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical. 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 inyectando lentamente de 2 a 5 ml de la solución. Espere 5 a 15 minutos, hasta que el anestésico haga efecto. También se puede emplear la técnica de bloqueo paracervical de dos puntos (inyectando a las 4 y 8 horas).¹⁹

No exceda la dosis máxima de lidocaína de 4.5 mg/kg o 200 mg en total.

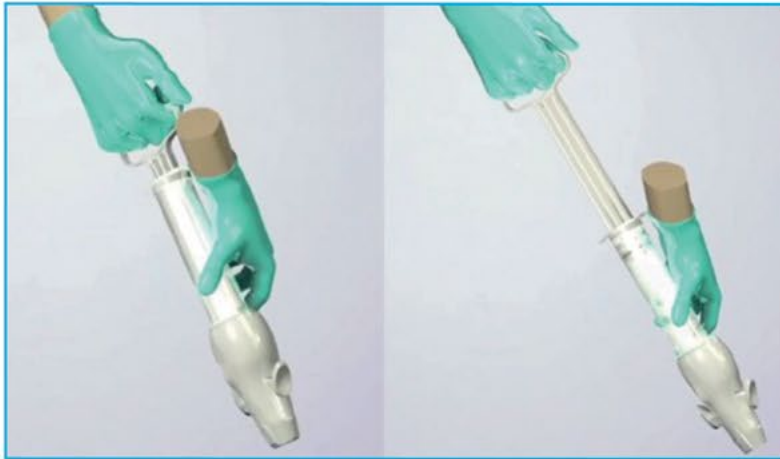
TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL



Preparación del equipo AMEU

Oprimir los botones del aspirador IPAS AMEU PLUS hacia adentro y hacia adelante hasta que se siente que encajan en su lugar.

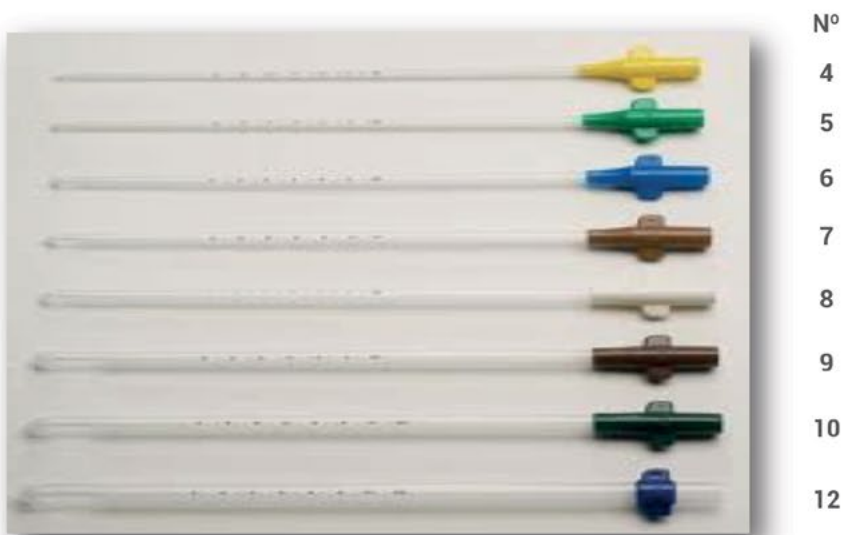
Luego cargar el aspirador tirando del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro. Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esta posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirle deslizarse dentro del cilindro, con la posibilidad de inyectar el contenido del aspirador dentro del útero de nuevo. Nunca sujete el aspirador por los brazos del émbolo.



Aspiración del contenido uterino

Determine el número de cánula que se utilizará con base en el tamaño del útero, según las semanas de gestación. Introducir en el útero bajo la técnica de "no tocar".

Semanas (desde la FUM)	Tamaño de cánula sugerido (mm)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14



Introducir suavemente la cánula en el cérvix y desplazarla lentamente hacia dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero y después retirarla levemente. 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. El operador debe recordar emplear en todo momento la técnica de "no tocar". Para facilitar la inserción de la cánula, conviene aplicar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave.

No introducir la cánula de manera forzada. Los movimientos forzados pueden ocasionar perforaciones uterinas o lesiones en el cuello uterino, los órganos pélvicos o los vasos sanguíneos.

Unir el aspirador de vacío (con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) con la cánula, sosteniendo la cánula y nunca empujando con el aspirador para unirlos; sostener el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano y el aspirador en la otra mano.

Liberar el vacío oprimiendo los botones y la aspiración comenzará de inmediato. Iniciar la succión cuando la punta de la cánula esté en la porción media del útero; como el útero se contrae, las paredes del útero se sentirán más firmes y el fondo descenderá.

Evacuar el contenido del útero girando cuidadosa y lentamente la cánula a 180° en cada dirección. La sangre y el tejido serán visibles a través de la cánula. No retirar la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, porque la succión se perderá.

Si el aspirador se llena, separar el aspirador de la cánula y dejar la cánula en el útero, vaciar el aspirador en un recipiente apropiado y restablecer el vacío. Repetir este procedimiento hasta que el útero esté vacío.

Se debe permanecer alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación y detener la aspiración de inmediato si se presentan.

Los siguientes signos indican que el útero está vacío:

- Aparece espuma de color rojo o rosa y no se ve pasar más tejido a través de la cánula.
- Se percibe una sensación arenosa o áspera cuando la cánula pasa a lo largo de la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula, lo que hace más difícil su movimiento.
- La persona siente que los cólicos o el dolor se intensifican, lo que indica que el útero se contrae.

Final de la aspiración

- **Retirar la cánula suavemente.**

Si el paciente ha decidido la colocación de DIU, proceder a colocarlo y recortar los hilos a 15-20 mm del OCE

- Retirar las pinzas de cuello.
- Observar sangrado (comprimiendo en caso de provenir del cuello donde estaba la pinza Erina, si el sangrado viniese de la cavidad del útero no retirar espéculo hasta su disminución).
- Limpiar la vagina cuidadosamente, usando soluciones antisépticas.
- Retirar el espéculo.
- Higienizar la vulva.

Inspección de tejidos

Por medio de luz directa, verificar la cantidad y presencia de productos de la concepción (vellosidades, decidua y saco/membranas adecuadas según la edad gestacional). El material obtenido se procesará de acuerdo a las normativas vigentes y según disposiciones locales.

Recuperación post-procedimiento

Luego de terminado el procedimiento, examinado el tejido y verificado el buen estado general de la paciente, se puede indicar su traslado al área de recuperación, si existe, o esperar en la misma camilla.

En este período es fundamental:

- Controlar los signos vitales
- Evaluar el sangrado
- Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.
- Brindar contención y acompañamiento respetando los tiempos y necesidades de la persona

ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA POST AMEU

Es beneficioso realizar la consejería en métodos anticonceptivos antes del procedimiento de AMEU. Si no fuera posible o apropiado, es conveniente efectuarla enseguida de concluido el tratamiento.

**La persona puede volver a quedar embarazada muy pronto.
Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de una AMEU sin complicaciones.**

Métodos anticonceptivos disponibles

Dispositivo intrauterino: El DIU con cobre y el DIU con levonorgestrel pueden insertarse inmediatamente después de un AMEU sin complicaciones. La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico).

Anticonceptivos hormonales combinados: Esta categoría incluye anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso de inmediato luego de un procedimiento de AMEU.

Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos: En esta categoría se incluyen los comprimidos de desogestrel, el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) inyectable y el implante. Puede iniciarse su uso de inmediato luego de un procedimiento de AMEU.

Preservativos: No hay restricciones para su uso. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

Anticoncepción quirúrgica: Esta categoría incluye la ligadura tubaria. 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.

INFORMACIÓN ANTES DEL ALTA MÉDICA

Se debe informar que durante los primeros días pueden percibirse 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).

Explicar que se puede observar un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo se debe realizar una consulta médica.

Informar (en forma verbal y escrita) sobre signos y síntomas que 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.

PREPARACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DEL ASPIRADOR

En el Anexo se presenta detalladamente el dispositivo para AMEU, las piezas que lo componen, su armado y funcionamiento, así como el procesamiento para ser reutilizado. El correcto mantenimiento del equipo es fundamental para que pueda ser reutilizado un mayor número de veces.

I. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

II. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/es/

III. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-legal-del>

IV. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/08/Actualizaciones-cl%C3%ADnicas-en-salud-reproductiva-CURHS20-Esp-digital.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

ACOG/ American College of Obstetrics and Gynecology (2017). Practice Bulletin #183, "Postpartum Hemorrhage".

Disponible en: <https://bit.ly/2NzvT5a> (Último acceso: 12/02/2021).

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: <https://bit.ly/3rFloKU> (Último acceso: 07/02/2021).

Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. Sep;8(9): e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32710833. Disponible en: <https://bit.ly/3jFuYMe> (Último acceso: 8/02/2021).

Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. (2017) Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. Feb 1;74(2):169-178. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3478. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2017 Mar 1;74(3):303. PMID: 27973641.

Bracken H, Ngoc NT, Banks E, Blumenthal PD, Derman RJ, Patel A, et al. Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14–28 weeks of pregnancy: a double-blind randomized controlled trial. *Contraception*. 2014;89(3):187-92

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*. Aug; 134(S1): S20-S23. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.06.004.

Bugalho A, Faundes A, Jamisse L, Usfa M, Maria E, Bique C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception*. 53(4):244-6.

Chen, L.H., Lai, S.F., Lee, W.H. y Leong, N.K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 1 year review. *Singapore Medical Journal*, 36(1), 63–7.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos -CIDH-. (2011) Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.

Disponible en: <https://bit.ly/3jlCTbz> (Último acceso: 08/02/2021).

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional study. *En: American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342-349.

DEIS (2019). Estadísticas vitales. Información básica, año 2018. Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en <https://bit.ly/3jlibJ4> (Último acceso: 08/02/2021).

DEIS (2016). Egresos Hospitalarios del sector oficial, según edad por grupos de diagnósticos. Disponible en: <https://bit.ly/3jJ0Kbu> (Último acceso: 11/02/2021).

DNSSR (2019). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en: <https://bit.ly/2Z71C1t> (Último acceso: 08/02/2021).

DNSSR (2021). Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en: <https://bit.ly/2QBHpP6> (Último acceso 20-5-2021).

DNSSR (2020a). Nota técnica N°2: Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Levy, D. Lukin, G. y Messina, A. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en: <https://bit.ly/376mo44> (Último acceso: 11/02/2021).

DNSSR (2020b). Nota técnica N°1: Anticoncepción hormonal de emergencia. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en: <https://bit.ly/3d6w42q> (Último acceso: 11/02/2021).

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: <https://bit.ly/3d5A7Mr> (Último acceso: 8/2/2021).

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.

Disponible en: <https://bit.ly/373lZys> (Último acceso: 10/02/2021).

FLASOG (2013). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología.

Disponible en <https://bit.ly/2OqSPnn> (Último acceso: 07/02/2021).

FIGO (2017). Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017.

Disponible en: <https://bit.ly/2ZmlbAx> (Último acceso: 07/02/2021).

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://bit.ly/3aXYpFp> (Último acceso: 07/02/2021).

Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ*. Mar 1;92(3):155. doi: 10.2471/BLT.14.136333. PMID: 24700971; PMCID: PMC3949603. Disponible en: <https://bit.ly/3jOCYe8> (Último acceso: 9/2/2021).

Ganatra, Bela; Gerds, 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: 2372–81. Published Online September 27, 2017.

Disponible en: <https://bit.ly/375Mvbg> (Último acceso: 07/02/2021).

Grimes, D.A., Schulz, K.F. y Cates WJ. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *The Journal of the American Medical Association*, 27;251(16), 2108–11.

Gynuity (2009a). Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía introductoria. Gynuity Health Projects.

Disponible en <https://bit.ly/2LHrYT1> (Último acceso: 07/02/2021).

Gynuity (2009b). Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía introductoria. Gynuity Health Projects.

Disponible en: <https://bit.ly/37nQ9Of> (Último acceso:07/02/2021).

Ipas (2007). Pasos para realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina utilizando el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas Easy Grip. Abernathy, Mariana y Frankel, Nina. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Disponible en: <https://bit.ly/2Z9WbgU> (Último acceso: 07/02/2021).

Ipas (2010). Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto. Chapel Hill.

Disponible en: <https://bit.ly/3tS68xm> (Último acceso: 07/02/2021).

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: <https://bit.ly/3aaJkB6> (Último acceso: 07/02/2021).

Ipas (2017). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva.

Disponible en: <https://bit.ly/3pda888> (Último acceso: 07/02/2021).

Ipas (2018). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Disponible en: <https://bit.ly/2Z7wZY2> (Último acceso: 07/02/2021).

Ipas (2019). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L.Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Disponible en: <https://bit.ly/2N0uULh> (Último acceso: 07/02/2021).

Ipas. (2020). Clinical Updates in Reproductive Health. L. Castleman& N. Kapp (Eds.). Chapel Hill.

Disponible en: <https://bit.ly/2N0vfxX> (Último acceso:07/02/2021).

Ipas/CLACAI (2020). Atención integral del aborto en menores de 15 años.

Disponible en: <https://bit.ly/2Oq9rLX> (Último acceso 06/02/2021).

IPPF (2012). Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos. A.: Marcel Vekemans. International Planned Parenthood Federation.

Kerns, J. y Steinauer, J. (2013). Society of Family Planning Clinical Guideline 20131: Management of postabortion hemorrhage. Contraception, 87(3), 331-42.

Kumar, P. y Rao, P. (1988). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology, 14(1), 55-9.

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). Disponible en: <https://bit.ly/3aVURng> (Último acceso:07/02/2021).

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de Establecimientos oficiales por diagnóstico 2016.

Disponible en: <https://bit.ly/3paNFbP> (Último acceso:07/02/2021).

Moberg, P.J. (1976). Uterine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 14(1), 77–80.

Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, Kapp N, Castleman L, Kim C, Ho PC, Visser GHA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 2017. Sep;138(3):363-366. doi: 10.1002/ijgo.12181. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28643396. Disponible en: <https://bit.ly/3pfGwHj> (Último acceso: 07/02/2021)

OMS (2005). Medicamentos esenciales (14º ed). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3rJllhl> (Último acceso: 07/02/2021).

OMS (2006). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Octubre. Disponible en: <https://bit.ly/3pdGZtt> (Último acceso:07/02/2021).

OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3tTArUG> (Último acceso: 07/02/2021).

OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Disponible en: <https://bit.ly/3jlQBLN> (Último acceso: 07/02/2021).

OMS (2015a). Medical eligibility criteria for contraceptive use -5th ed. Disponible en: <https://bit.ly/2LlOmF> (Último acceso: 07/02/2021).

OMS (2015b). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta edición 2015 - Resumen ejecutivo. Disponible en: <https://bit.ly/2NbFcZ4> (Último acceso: 17/02/2021)

OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos Tercera edición. Disponible en: <https://bit.ly/2Z7PH23> (Último acceso: 11/02/2021).

OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en: <https://bit.ly/3rMaKmV> (Último acceso:07/02/2021).

OMS (2020). Servicios sanitarios de calidad. Disponible en: <https://bit.ly/3tOOUkw> (Último acceso:07/02/2021).

PAHO/WHO (2015). Health Situation in the Americas: Basic Indicators. Disponible en: <https://bit.ly/3aQfhha> (Último acceso:07/02/2021).

Plan ENIA (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. Disponible en: <https://bit.ly/3b1ADZ4> (Publicación) <https://bit.ly/376smC6> (Hojas de Rutas) (Último acceso: 06/02/2021).

Plan ENIA (2019). Acceso a la justicia: abusos sexuales y embarazos forzados en Niñas y Adolescentes menores de 15 años. Disponible en: <https://bit.ly/3aSMBEq> (Último acceso: 06/02/2021).

Platais I, Tsereteli T, Grebennikova G, Lotarevich T, Winikoff B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *Int J Gynaecol Obstet.* 134(3):268-71.

Pridmore, B.R. y Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(3), 349–53.

RCOG (2011). “The Care of Women Requesting Induced Abortion”, Evidence-based Clinical Guideline, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
Disponible en: <https://bit.ly/3aWgMdT> (Último acceso:07/02/2021).

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://bit.ly/2Z6kWui> (Último acceso:07/02/2021).

UNFPA (2013). **Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013.**
Disponible en: <https://bit.ly/3d6BASG> (Último acceso:07/02/2021).

Upadhyay, U., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. y Taylor, D. (2014). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics&Gynecology*, 125, 175-183.

Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, Goldberg AB, Lichtenberg ES, Ball C, et al. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol*. 20(5):1070-6.

NORMATIVA Y JURISPRUDENCIA

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
Disponible en: <https://bit.ly/3anhtOk> (Último acceso: 12/02/2021).

Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).
Disponible en: <https://bit.ly/3u0ZLba> (Último acceso: 12/02/2021).

Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
Disponible en: <https://bit.ly/3qgfNvv> (Último acceso: 07/02/2021).

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).
Disponible en: <https://bit.ly/3adx1UY> (Último acceso: 11/02/2021).

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -CDESC-(2016), Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016. E/C.12/GC/22.

Comité de Derechos Humanos -CDH-. (2019), Observación general núm. 36 Artículo 6: derecho a la vida. 3 de septiembre de 2019. CCPR/C/GC/36.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos -CIDH-. (2011) Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.
Disponible en: <https://bit.ly/3jICTbz> (Último acceso:08/02/20).

Le y 26.944 Código Civil y Comercial de la Nación (2015).
Disponible en: <https://bit.ly/376tbuA> (Último acceso:8/2/2021).

Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2020).

Disponible en: <https://bit.ly/3aaC9ZS> (Último acceso: 8/2/2021).

Decreto Reglamentario 1011/2010. Aprueba la reglamentación de la Ley N° 26.485 que refiere a la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Disponible en: <https://bit.ly/3aaCgog> (Último acceso: 8/2/2021).

Ley 25.673 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud (2002).

Disponible en <https://bit.ly/3tRPL44> (Último acceso: 8/2/2021).

Ley 17.132 de Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas (1967).

Disponible en: <https://bit.ly/378xndv> (Último acceso: 8/2/2021).

Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009).

Disponible en: <https://bit.ly/2Noz7bC> (Último acceso: 8/2/2021).

Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010).

Disponible en: <https://bit.ly/3tPdfsZ> (Último acceso: 8/2/2021).

Ley 26.061 de protección integral de niños, niñas y adolescentes (2011).

Disponible en: <https://bit.ly/2OGK1Km> (Último acceso: 8/2/2021).

Ley 26.529 de derechos del paciente (2009).

Disponible en: <https://bit.ly/3d5HNYf> (Último acceso: 8/2/2021).

Ministerio de Salud de la Nación, 2020, Resolución 1841/2020, Hoja de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.

Disponible en: <https://bit.ly/3qilYy4> (Resolución) <https://bit.ly/3jHXEnN> (Publicación) <https://bit.ly/3qhKH6L> (Hoja de Ruta) (Último acceso: 11/2/2021).

Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Resolución 65/2015. "Nuevo código civil y comercial, lectura desde los derechos sexuales y los derechos reproductivos". Código civil y comercial. Marco interpretativo.

Disponible en: <https://bit.ly/3acnbCA> (Último acceso: 8/2/2021).

Corte Suprema de Justicia -CSJN- (2012). Fallo "F., A.L. s/Medida autosatisfactiva", 13/03/2012.

Disponible en: <https://bit.ly/3tRmvKv> (Último acceso: 07/02/2021).

Corte Suprema de Justicia -CSJN- (2012). Fallo Profamilia Asociación Civil. 11/10/2012.

Disponible en: <https://bit.ly/37gCtEq> (Último acceso: 15/2/2021).

Superior Tribunal de Justicia de Río Negro (2020). Fallo "RODRÍGUEZ LASTRA S/INCUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES DE FUNCIONARIO PÚBLICO - LEY 5020", 21/12/2020.

Disponible en: <https://bit.ly/3jWnkx9> (Último acceso: 15/2/2021).

Defensoría Oficial. Dictamen ante la CSJN, F., A.L. s/medida autosatisfactiva, Expte. N° 259/2010.

Disponible en: <https://bit.ly/3rLZoze> (Último acceso: 08/02/2021).

0800 222 3444

<http://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>
saludsexual@msal.gov.ar

