

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)

Actualización 2022



PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)

Actualización 2022

El presente protocolo está aprobado por la Resolución 1063/2023 del Ministerio de Salud de la Nación. Contiene lineamientos para la aplicación en instituciones públicas, privadas y obras sociales.

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". Actualización 2022.

Coordinación: Valeria Isla

Revisión y actualización: Sonia Ariza Navarrete, Eunice León, Guillermo Ortiz, Mariana Romero, Raffaella Schiavon.

Se agradece la colaboración de: Ipas LAC, Analía Messina, Damián Levy, Silvina Ramos, Eva Amorín, Luciana Azcárate, Agustina Palacios y Agustina Ramón Michel.

Edición: Daniel P. Zárate y Andrea Franco. **Diseño:** Walter Oxley.

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

Coordinación: Valeria Isla

Revisión: 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.

Diciembre 2022

Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo IVE-ILE: actualización 2022 / Sonia Ariza Navarrete ... [et al.] ; coordinación general de Valeria Isla. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga **ISBN 978-950-38-0314-1**

1. Embarazo Adolescente. 2. Embarazos no Deseados. 3. Políticas Públicas. I. Ariza Navarrete, Sonia. II. Isla, Valeria, coord. **CDD 362.19888**

Cita sugerida: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Este documento sigue los lineamientos de lenguaje inclusivo establecidos por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) y por la Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

Este material fue producido con el financiamiento de Ipas LAC y de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud con fondos del Tesoro Nacional. Argentina.



Esta 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

Bernardo de Irigoyen 296, pisos 2 y 3, CABA, (CP 1072)

saludsexual@msal.gov.ar

www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual

www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia

Línea Salud Sexual: 0800 222 3444

INDICE

PRESENTACIÓN	9
PARTE 1: MARCO LEGAL	11
1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA E INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO: DERECHOS DE LAS PERSONAS Y RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE SALUD	12
2. DERECHO A INTERRUMPIR EL EMBARAZO	13
2.1. PRINCIPIOS RECTORES	15
3. ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: IVE/ILE	20
3.1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	21
3.2. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)	22
3.2.1. Causal violación	22
3.2.2. Causal salud	26
4. CONSENTIMIENTO PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	28
4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑAS, NIÑES, NIÑOS Y ADOLESCENTES	29
4.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	33
4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS CON SENTENCIA JUDICIAL VIGENTE DE RESTRICCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA LA INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO	35
4.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE IMPOSIBILIDAD ABSOLUTA DE EXPRESAR SU VOLUNTAD	36
5. PLAZOS	36
6. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	37
7. RESPONSABILIDAD EN EL ACCESO A LA IVE/ILE	40
7.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	40
7.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL	44
7.3. RESPONSABILIDAD INTERNACIONAL	45
PARTE 2: PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	47
1. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE IVE/ILE	48
2. RECEPCIÓN: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN	49
3. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA	50
4. HISTORIA CLÍNICA	55
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	55

6. DECLARACIÓN JURADA	57
7. EVALUACIÓN CLÍNICA	58
7.1. ANAMNESIS	58
7.2. EXAMEN FÍSICO	59
7.3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	59
7.3.1. Laboratorio	59
7.3.2. Ecografía	60
8. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	60
8.1. VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH	62
8.2. ANALGESIA	62
8.3. EVACUACIÓN UTERINA	63
8.4. ABORTO CON MEDICAMENTOS	64
8.4.1. Manejo de embarazos hasta las 12 semanas	65
8.4.2. Manejo de embarazos a partir de las 12 semanas	67
8.4.3. Criterios de internación	70
8.4.4. Uso de misoprostol en personas con cicatriz uterina	70
8.4.5. Precauciones y contraindicaciones para el uso de misoprostol y mifepristona	71
8.4.6. Vías de administración	72
8.4.7. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia	73
8.4.8. Profilaxis antibiótica	73
8.4.9. Información y recomendaciones	73
8.4.10. Seguimiento y atención posaborto	75
8.4.11. Otros usos del misoprostol	76
8.5. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	77
8.5.1. Profilaxis antibiótica	77
8.5.2. Preparación cervical	78
8.5.3. Manejo del dolor	79
8.5.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío	81
8.5.5. Cuidados inmediatos luego del procedimiento	84
9. CONSERVACIÓN DE TEJIDOS	85
10. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES	86
11. INDICACIONES PARA LUEGO DEL PROCEDIMIENTO O EL MOMENTO DE ALTA	88

12. PREPARACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ASPIRADOR ENDOUTERINO MANUAL	90
12.1. ARMADO DEL AMEU	92
12.2. GENERACIÓN DEL VACÍO O CARGADO DEL AMEU	94
12.3. PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SER REUTILIZADO	96
12.4. MANTENIMIENTO DEL ASPIRADOR	96
13. ANTICONCEPCIÓN POSINTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	97
13.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POSABORTO	99
13.1.1. Criterios médicos de elegibilidad	100
13.1.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción	100
13.1.3. Provisión de los métodos anticonceptivos	103
ANEXO 1: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IVE/ILE	104
ANEXO 2: MODELO DE DECLARACIÓN JURADA - CAUSAL VIOLACIÓN	107
BIBLIOGRAFÍA	109

CUADROS Y TABLAS

Cuadro 1: Flujograma de modelo de atención para interrupción del embarazo IVE/ILE	51
Cuadro 2: Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de IVE/ILE	61
Cuadro 3: Métodos recomendados para la interrupción del embarazo	63
Tabla 1: Aborto con medicamentos con misoprostol solo	67
Tabla 2: Aborto con medicamentos con mifepristona y misoprostol	69
Tabla 3: Precauciones y contraindicaciones para el uso del régimen combinado de mifepristona y misoprostol y misoprostol solo	72
Tabla 4: Esquemas de uso de misoprostol en diversas situaciones clínicas	76
Tabla 5: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación quirúrgica	78
Tabla 6: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria	102
Tabla 7: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto	102

PRESENTACIÓN

La Ley 27.610 se sancionó el 30 de diciembre de 2020 y se promulgó el 14 de enero de 2021, momento en el que entró en vigencia en todo el país por ser una norma de orden público. La ley se enmarca en la garantía de los derechos humanos de las mujeres, adolescentes y todas las personas con capacidad de gestar en la Argentina y garantiza el acceso universal y gratuito a sus prestaciones. Asimismo, establece una serie de principios que deben guiar su aplicación. Al igual que en versiones anteriores, este protocolo parte de un modelo de atención centrado en la persona y ofrece lineamientos de la política de acceso a la interrupción del embarazo y la atención posaborto basados en una atención de calidad con perspectiva de derechos humanos, género e interseccional. También en esta oportunidad, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud, ofrece una actualización del protocolo para orientar las acciones de equipos, en cumplimiento de su rol de rectoría técnica y con el fin de garantizar las condiciones para el acceso a servicios de salud de calidad.

La calidad de la atención es un elemento fundamental para la seguridad de las prácticas de salud y tal y como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), engloba múltiples dimensiones. La calidad de la atención implica que debe ser eficaz, eficiente, accesible, aceptable/centrada en las personas, equitativa y segura. La atención eficaz implica prestar una atención fundamentada en la evidencia que mejore la salud de las personas y las comunidades, y que tenga en cuenta sus necesidades. La atención eficiente optimiza el uso de los recursos. La atención para el aborto de calidad también debe ser accesible (oportuna, asequible, geográficamente accesible y ofrecida en un entorno en que las capacidades y los recursos sean apropiados clínicamente) y aceptable (incorporando las preferencias y los valores individuales, así como la cultura de sus comunidades). La calidad también supone un acceso equitativo a la atención de la salud, y que esta no varíe en función de las características personales de quien solicita la atención, ni de su género, raza, religión, etnia, situación socioeconómica, educación, situación de discapacidad o ubicación geográfica dentro del país.

Para garantizar la calidad de la atención se requieren lineamientos estandarizados que permitan, tanto a los equipos como a las autoridades sanitarias e incluso a las personas usuarias, conocer las mejores prácticas y los circuitos de atención recomendados para garantizar el acceso a los servicios. En ese sentido, desde el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) de la Secretaría de Acceso a la Salud se actualizó en 2021 el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (conocido como Protocolo IVE/ILE) con el objetivo de reunir en un documento de rectoría técnica todos los estándares legales, clínicos y de atención para la provisión de la interrupción segura del embarazo.

En marzo de 2022, la OMS emitió sus Directrices sobre la Atención para el Aborto, en las cuales presenta todas las recomendaciones y declaraciones de prácticas relativas al aborto. Las directrices contienen nuevas recomendaciones que han sido incorporadas a esta actualización en cumplimiento del compromiso de la DNSSR de proveer a los equipos y a las gestiones sanitarias de todas las jurisdicciones, lineamientos actualizados y basados

en la mejor evidencia disponible. Esta actualización incluye la descripción de los estándares legales vigentes, así como de las mejores prácticas clínicas y de atención para la provisión del aborto de calidad en los servicios de salud. Desarrolla un modelo de atención centrado en las personas que requieren los servicios en el entendimiento de que son participantes activas en los servicios de salud. En ese sentido, los principios fundamentales de la dignidad, la autonomía, la igualdad, la confidencialidad, la comunicación, el apoyo social, y la confianza son fundamentales para la atención y aparecen reflejados en el protocolo.

La evidencia disponible ha demostrado que el acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para la salud individual y comunitaria, así como para la salvaguarda de los derechos humanos, en especial el derecho a disfrutar del grado máximo de salud sexual y reproductiva (OMS, 2022). Por eso, los protocolos y lineamientos claros, actualizados y accesibles son fundamentales.

Fortalecer el acceso a la atención para el aborto dentro del sistema de salud es indispensable para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la buena salud y el bienestar (ODS3) y la igualdad de género (ODS5). La Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS, cuyo objetivo es acelerar el progreso hacia el cumplimiento de dichos objetivos, considera la eliminación del aborto peligroso un mandato prioritario. La importancia para la salud, de la calidad de la atención del aborto, se subraya igualmente en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de las Naciones Unidas, que incluye intervenciones basadas en evidencia para el aborto y la atención posaborto como una forma eficaz de contribuir a la prosperidad de las personas y a transformación positiva de las comunidades (OMS, 2022).

La actualización de este protocolo es una contribución para asegurar la calidad de las prácticas y la disponibilidad de los mejores estándares de atención en todo el país.

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, 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, aceptabilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada desde un enfoque de atención centrado en la persona.

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, adolescentes y otras personas con capacidad de gestar. Dicha ley tiene por objetivo regular el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención posaborto, 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, adolescentes y otras personas con capacidad de gestar, y avanza sobre un modelo regulatorio que reconoce la interrupción del embarazo como práctica sanitaria esencial y sensible al tiempo y promueve la atención centrada en la persona que permitirá alcanzar mayores niveles de justicia social y equidad 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 los tres subsistemas de salud (público, de la seguridad social y privado) para garantizar la seguridad y oportunidad de la interrupción del embarazo. Así, las mujeres, adolescentes 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 posaborto 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 (IVE/ILE)” 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, sin perjuicio de que estas prácticas puedan realizarse de forma autogestionada por las mujeres y personas gestantes.

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, 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 (IVE) e interrupción legal del embarazo (ILE) se enmarca en la Constitución Nacional, en especial en los tratados internacionales en virtud de los cuales se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, a 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 posaborto 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 del personal 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 posaborto 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, convicciones y preferencias 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 solo puede compartirse con expresa autorización de la persona gestante.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas, niños, niñas y adolescentes (NNNA), el deber de comunicar la vulneración de derechos y de realizar la denuncia deben cumplirse, respetando los derechos a la privacidad y confidencialidad de NNNA, su autonomía progresiva e interés superior (art. 30, Ley 26.061 y art. 72, Código Penal). Se debe garantizar la participación significativa de NNNA 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 una persona 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 solo participen quienes integren el equipo de salud y 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 profesional.

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 profesional 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.

El personal de la salud no debe denunciar a personas que hayan abortado, o de las que sospechen que han abortado ilegalmente. Se debe proporcionar atención posaborto en todas las circunstancias y sin riesgo de aplicar sanciones penales.

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 NNNA y personas con discapacidad (PCD) en el ejercicio de su autonomía.

Quienes son 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 persona gestante debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad. Por ello, la información entregada a las personas que solicitan una interrupción del embarazo debe estar basada en la evidencia y en los estándares legales y clínicos vigentes y entregarse 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 personas usuarias puedan expresar libremente sus necesidades y preferencias.

Debe garantizarse el acceso a la información en todo el proceso de atención de forma dinámica para garantizar 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 u orientación 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, las estrategias de atención antes, durante y después de la práctica, así como los derechos involucrados en la atención (OMS, 2022). 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 discapacidad, entre otros.

La información incompleta o inadecuada y la subestimación del riesgo para la salud de la persona 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. Quienes son 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. De acuerdo con las Directrices sobre la atención para el aborto (OMS, 2022), la base de la atención integral del aborto con calidad es la existencia de un entorno propicio.

Los tres pilares de un entorno propicio para la atención para el aborto son:

1. el respeto de los derechos humanos, incluido un marco legislativo y político;
 2. la disponibilidad de información y su accesibilidad;
 3. un sistema de salud accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente.
-

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 posaborto 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. Para ello, tal y como lo recomienda la OMS, se enfatiza en la necesidad de implementar la estrategia de ampliación de equipos de provisión de servicios para optimizar las funciones del personal de salud disponible y así mejorar la accesibilidad y la equidad en la atención de la salud reproductiva (OMS, 2022). 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 capacidad técnica del personal sanitario para la provisión de los servicios de IVE/ILE y la atención posaborto 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. Como lo indica la OMS, distintos tipos de personas trabajadoras de la salud pueden realizar de manera segura, eficaz y satisfactoria algunas o todas las tareas relacionadas con la provisión de IVE/ILE (OMS, 2022). La determinación de quienes pueden realizarlas debe ser inclusiva, basada en la evidencia y sin preferencia o exclusión de ningún tipo de personal sanitario (ver sección 7.1. Responsabilidad profesional en la provisión de IVE/ILE). La distribución de tareas dentro de cada servicio dependerá del contexto normativo local (por ejemplo, sobre competencias de diferentes profesiones de la salud) y de las necesidades, las preferencias y las condiciones de la persona que requiere el servicio (OMS, 2022).
- **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 posaborto pone en peligro la calidad de la atención y restringe el ejercicio del derecho a gozar de

los beneficios de los avances científicos. Por ello, tanto las normas técnicas y de procedimientos, como las de habilitaciones profesionales y las rutas de atención, deben actualizarse periódicamente para incorporar estos avances (OMS, 2022).

- **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. El suministro de información científicamente precisa y fácil de entender a todas las mujeres, adolescentes y personas gestantes que puedan requerir el servicio de IVE/ILE es un elemento fundamental para la calidad de la atención desde un enfoque de derechos humanos (OMS, 2022). Ello permite el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones informadas durante todo el proceso de atención.

Atención centrada en las personas:

Tal y como lo indica la OMS, es el enfoque de atención que promueve la consideración de las personas que requieren servicios de IVE/ILE de forma holística, como sujetos de derechos, y también como personas integrales. Esto implica verlas insertas en contextos, con una historia, con recursos y carencias, ocupando lugares dentro de su entorno y comunidad que implican relaciones desiguales vinculadas a condiciones económicas, de género, étnicas, etarias, por condición de discapacidad, etc. Este enfoque reconoce al personal de salud¹, como garantes de derechos y apoyo fundamental para el ejercicio de la autonomía de todas las personas con y sin discapacidad y en cualquier momento de su ciclo vital.

Bajo este modelo, la decisión sobre la estrategia de atención de una IVE/ILE debe ser situada, contemplar las condiciones de la persona, estar supeditada a los valores y preferencias de quienes requieren la práctica, a la aceptabilidad de cada intervención, a los criterios clínicos aplicables según su situación y a la disponibilidad de recursos para ofrecer el método elegido de forma segura (OMS, 2022).

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

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, las mujeres, adolescentes 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).

1. Se considera personal de salud a todas las personas que trabajan en un servicio de salud, se trate de profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, obstétricas, psicología, etc., o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo, seguridad o maestranza.

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)

La IVE puede ser solicitada por cualquier persona hasta la semana 14 inclusive de gestación, y para acceder a la práctica se requiere únicamente su consentimiento informado (ver parte 1, sección 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 que pueda ejercer su derecho a solicitar 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, quienes la requieren no tienen la obligación de explicitar el motivo de su decisión de interrumpir el embarazo, si este surgiera en el marco de la consulta, la persona profesional que interviene 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, sección 3.2.1. Causal violación y parte 2, sección 9. Conservación de tejidos).

Cuando la interrupción se solicita dentro del plazo establecido en la norma (14.6 semanas de gestación) la práctica debe ser garantizada como IVE, hasta que se verifique la terminación completa del embarazo.

3.2. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Los supuestos existentes de ILE deben interpretarse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos (OMS, 2022). Debe preferirse la interpretación que reconozca en mayor medida el acceso a las prácticas y evite que las personas recurran al aborto inseguro (principio pro persona).

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/es/os 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 expareja, entre otros), por personas de su conocimiento o por extraños.
- Todas las relaciones sexuales con penetración en las que mediere 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 descritas en el punto anterior) son violaciones.
- Toda relación sexual con una niña/e/o 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, solo es necesaria una declaración jurada de que el embarazo es producto de una violación. En el caso de niñas/es/os 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 - causal violación). 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 inicia de oficio, 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, sección 9. Conservación de tejidos).²

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 personas gestantes en los términos del artículo 5 de dicha ley.

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

La evidencia relevada por la OMS (2022) mostró que las mujeres con discapacidad cognitiva, las adolescentes y niñas, las mujeres que vivían más alejadas de efectores de salud, las mujeres con menor nivel educativo, las mujeres que tenían dificultades económicas o en contextos de violencia y las que se encontraban desempleadas se vieron afectadas de manera desproporcionada por los límites a la edad gestacional.

Esto pone de manifiesto el efecto discriminatorio de los límites a la edad gestacional en ciertos grupos de personas que por sus condiciones encuentran obstáculos y obstrucciones para acceso al derecho a la ILE. Son las condiciones del caso concreto las que deben determinar las estrategias de atención y acceso. El embarazo puede interrumpirse de forma segura independientemente de la edad gestacional (OMS, 2022).

En el caso de NNNA 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/e/o o adolescente lo decide, en el marco de los parámetros aquí expuestos. 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 [NNNA] 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 NNNA 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 NNNA, 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 NNNA, 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 quien es NNNA para definir la intervención. Si este fuera un peligro inminente, la comunicación al organismo de protección debe hacerse inmediatamente (por ejemplo, si convive con el presunto agresor).

En algunos casos, quienes son profesionales pueden realizar la internación hospitalaria para observar y proteger a la NNNA, realizando la notificación al organismo de protección en forma inmediata, hasta que las autoridades correspondientes ordenen las medidas de protección pertinentes (MSAL y UNICEF, 2021).

Los delitos contra la integridad sexual de niñas, niños, niñas y adolescentes (NNNA) – 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 NNNA 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 NNNA, su capacidad progresiva e interés superior y los derechos de acceder a una IVE/ILE según lo reconoce la Ley 27.610.

En todos los casos, es prioritario el interés superior de NNNA involucradas/es/os y en especial la aplicación del principio de la autonomía progresiva, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 26 del Código Civil y Comercial (CCyC). Por ello, debe garantizarse su participación significativa en todos los procesos de toma de decisiones en los que se vean involucrados, reconociendo y respetando su derecho a ser oídas/es/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 quien es NNNA 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 quien es NNNA se encuentre preparada/e/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 quienes son NNNA 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/e/o podrá tener apoyo, asistencia o compañía de una persona de su confianza, tal como se verá en la sección 4.1. de consentimiento informado.

En los casos de NNNA víctimas de violación, el poder judicial solo 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 quienes son NNNA.

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.

Siguiendo 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, 2014a).

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). Tal como lo ha recomendado la OMS (2022), el aborto seguro debe estar disponible cuando llevar un embarazo a término pueda causar dolor psíquico o sufrimiento a la mujer, adolescente o persona gestante.

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 niñas/es/os y adolescentes (NNNA), cuyos riesgos por la continuación de un embarazo son mayores a los de las mujeres o personas de mayor edad. 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 y UNICEF, 2021). 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 posibilidad 4 veces mayor de endometritis puerperal, 60 % más probabilidad de eclampsia y de hemorragia posparto (MSAL y UNICEF, 2021).

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, 2021). Por lo tanto, en las situaciones de embarazo de NNNA, especialmente 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 dentro del sistema de salud:

- El peligro para la vida o la salud debe ser constatado e informado en el marco de la atención sanitaria, y conforme los derechos a la salud, al trato digno, al acceso a la información y a la autonomía de las gestantes (art. 5, 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 persona 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/es/os y adolescentes, especialmente en quienes son menores de 15 años, constituyen en sí mismos la causal salud (MSAL y UNICEF, 2021).
- 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 persona 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 - 2.1. 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. Anexo 1). 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 equipo de salud o profesional interviniente debe brindar la información necesaria, en lenguaje claro, no sesgada y accesible. La persona que ejerza el rol de profesional de la salud 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 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 persona 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, NIÑES, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Quienes son niñas, niños, niñas y adolescentes (NNNA) constituyen un grupo sistemáticamente vulnerado. Suele considerarse que no tienen autonomía para decidir sobre sí mismas/es/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 quienes son NNNA puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas/es/os ni acalladas/es/os.

La atención de NNNA 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 quienes son NNNA, y todas las decisiones deben tomarse considerando su interés superior y su autonomía progresiva.

Quienes son NNNA deben participar significativamente, ser escuchadas/es/ os y prestar su consentimiento, necesiten o no asistencia, ya que la regla general según el CCyC es que no pueden sustituirse 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 la solicitud 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 la persona profesional interviniente basándose en evidencia científica. Si quien es 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, quienes son 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 persona 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 a quien es titular del derecho, es decir, a cada adolescente, para que pueda decidir sobre la interrupción del embarazo.

En estos casos excepcionales, si existiera una negativa de quien asiste a la persona adolescente a acompañar su decisión, podrá ser asistida para brindar su consentimiento por otra/e/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 persona 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 persona 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 persona adolescente puede firmar por sí misma.

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 personas 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 persona 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 personas 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 personas que son niñas/es/os 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 referentas/es afectivos. Estas personas deben participar en conjunto con la niña/e/o 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 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 bien la intervención de personas allegadas en la toma de decisiones sobre el aborto puede apoyar y ayudar a NNNA y otras personas, la decisión siempre debe basarse en las preferencias de la persona que solicita el aborto y no puede ser impuesta por otras (OMS, 2022).

Si existiera una negativa de personas que tengan el rol de progenitores, tutores o encargados de acompañar la decisión de NNNA, podrá tener acompañamiento para brindar su consentimiento por otra/e/o referente afectivo. Si no existiera esta posibilidad, el conflicto debe resolverse desde el equipo de salud teniendo en cuenta el **interés superior** de la niña/e/o, 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/e/o para tomar esa decisión y los resguardos tomados para el acompañamiento del equipo.

Si fuera necesario, el equipo de salud podrá solicitar el apoyo de algún organismo encargado de la protección de derechos de NNNA, si considera de buena fe que esto garantiza los derechos de la niña/e/o, 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/e/o, y su derecho a participar significativamente, a ser escuchada/e/o 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/e/o, 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 NNNA en la toma de decisiones.

Interés superior de NNNA: 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 personas que son NNNA 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 NNNA 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 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 a 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 personas.

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, adolescentes u otras personas con capacidad de gestar 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 de apoyo que sean flexibles y adecuadas a las condiciones y situación de cada persona.

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, solo 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, como se verá en la siguiente sección 4.3.

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 la persona 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 para el acceso a la práctica.

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 a cada persona con discapacidad para garantizar el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo en igualdad de condiciones con las demás (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.

Si existiera una sentencia judicial de restricción a la capacidad que impide expresamente prestar el consentimiento para interrumpir el embarazo en virtud del artículo 32 y 38 del CCyC, la persona gestante debe prestar su consentimiento con la asistencia del 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.

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 persona.

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 sentencia de restricción de la capacidad. 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 lengua de señas argentina y lenguas originarias.

Si bien, en el CCyC sigue existiendo la posibilidad de que una persona sea judicialmente declarada incapaz y se le designe una persona como curadora 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).

Aún así, siguen existiendo personas declaradas incapaces cuyas sentencias no se adecúan a la normativa vigente o no fueron revisadas, que sí pueden expresar su voluntad a partir de medidas de accesibilidad, ajustes razonables o con la implementación de sistemas de apoyos. Como ya se señaló, en todos los casos, el equipo de salud debe procurar obtener el consentimiento de la persona titular del derecho y dejar consignada en la HC las acciones realizadas.

4.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE IMPOSIBILIDAD ABSOLUTA DE EXPRESAR SU VOLUNTAD

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 persona titular del derecho podrá firmar el consentimiento informado en los términos del último párrafo del artículo 59 del CCyC, para proteger la vida y la salud de la persona gestante. 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. Este sería el caso de las personas en coma.

Es necesario también considerar que no es correcto encuadrar en estos casos a personas con discapacidad que requieren múltiples medidas de accesibilidad y apoyo para poder expresarse pero que, sin embargo, no están absolutamente imposibilitadas de comunicarse. Es por ello que resulta imprescindible que desde los equipos se realice una revisión permanente de las concepciones sobre la discapacidad que se ponen en juego en la atención para que no lleven a la presunción de que la discapacidad afecta, per se, la aptitud de la persona para adoptar decisiones sobre su propio cuerpo o sobre la capacidad de gestar y criar.

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, la persona 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 impedir el ejercicio de derechos por parte de las mujeres, adolescentes 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 posaborto, 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 persona requirente del servicio o supongan el incumplimiento de deberes profesionales o causen un daño a la persona 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, la persona 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 objetadas 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 persona gestante para que sea atendida por otra persona profesional dispuesta 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 persona gestante y evitando la revictimización, culpabilización o señalamiento;
- derivar a una persona profesional que, en opinión de quien deriva, esté capacitada, 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 persona profesional a la que fue derivada la persona gestante;
- considerar los mecanismos de derivación y atención en acuerdo con la persona gestante para que no supongan cargas injustificadas.

- c) **Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.** Así, por ejemplo, todas las personas profesionales, aunque objeten, tienen la obligación de 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) (OMS, 2022); tampoco cuando no existiera una persona 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.a 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 posaborto (OMS, 2022).

En caso de que una persona profesional de la salud desee ejercer objeción de conciencia, debe notificar su voluntad previamente a las autoridades del o los establecimientos/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 institución y las autoridades sanitarias deben garantizar una aplicación adecuada de la objeción de conciencia, tomando las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, incluida la información sobre la disponibilidad del personal para la provisión de servicio, la supervisión del ejercicio de este derecho y la sanción del incumplimiento del mismo (OMS, 2022).

La Ley 27.610 no permite la objeción de conciencia institucional sino que excepcionalmente admite que aquellos efectores de salud de 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 las personas 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 persona gestante, en los que la derivación no pueda ser realizada oportunamente, o en la atención posaborto), 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 una persona profesional disponible para la realizar la práctica de forma oportuna;
 - se tratare de un caso de atención posaborto.
 - 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, NNNA y otras personas gestantes.
-

7. RESPONSABILIDAD EN EL ACCESO A LA IVE/ILE

7.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Se considera personal de salud a todas las personas que trabajan en un servicio de salud, se trate de profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, obstétricas, psicología, etc., o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo, seguridad o maestranza.

El personal de salud debe garantizar a las mujeres, adolescentes y otras 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.

El modelo de atención centrado en las personas que adopta la Ley 27.610 reconoce la realización de las interrupciones del embarazo con asistencia de personal de salud y autogestionadas. Estas se consideran seguras por la OMS si se realizan con la información adecuada y los métodos indicados de acuerdo con la edad gestacional y los antecedentes clínicos de la persona gestante (OMS, 2022). De esta forma se tienen en cuenta las preferencias y aspiraciones individuales de las personas usuarias de los servicios y se consideran las prácticas y valores culturales de sus comunidades.

Es necesario considerar que la OMS después de una cuidadosa evaluación ha recomendado la intervención de una amplia variedad de profesiones, especialidades y personal sanitario en las distintas etapas de la provisión de servicios de IVE/ILE. Por ello, es necesario revisar e implementar las normas de competencias profesionales de distintas profesiones de la salud para adecuarlas a estas tareas y gestionar los servicios de forma que se pueda aprovechar el potencial del recurso humano, para la *optimización de funciones del personal de salud y para la ampliación de equipos de provisión de servicios* que mejoren la accesibilidad a los servicios.

Desde la aparición de la aspiración al vacío (AMEU) y el aborto con medicamentos, las IVE/ILE pueden practicarse de forma segura por una amplia variedad de personas trabajadoras de la salud en diversos entornos, y pueden autogestionarse de forma segura en las primeras etapas del embarazo (OMS, 2022).

Consideraciones para el abordaje de la IVE/ILE

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. Basta con una persona 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 personas profesionales.

Además, es imperioso resaltar que no es necesaria la intervención de más de una persona 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, la persona 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 la persona 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.

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

En ningún caso puede negarse la atención posaborto, ni intentar judicializar a las personas que busquen este tipo de atención, tampoco a las personas que intervienen en esas prácticas cuando son consentidas por la persona. En todos los casos prevalece el secreto profesional.

Incumplimiento de los deberes profesionales y legales

En relación con las personas 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 ellas 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 (CP). 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,AL.” 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 de las diversas modalidades descriptas por la Ley 26.485, como:

- **Violencia institucional:** aquella realizada por las personas funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres u otras personas con capacidad de gestar tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley.
- **Violencia contra la libertad reproductiva:** aquella que vulnere el derecho a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
“Específicamente incurrir en violencia contra la libertad reproductiva las personas 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 de la Ley 26.485).
- **Violencia obstétrica:** aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres u otras personas con capacidad de gestar, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

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

Las mujeres o personas gestantes 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 de la Ley 26.485).

Finalmente, es importante destacar que la participación directa o indirecta en la realización de una interrupción voluntaria y legal del embarazo en cualquiera de sus etapas, no es delito ni puede ser sancionada, siempre que se realice con el consentimiento de la persona gestante, tal y como se indica en la sección 4 de este protocolo.

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 posaborto. Para cumplirlas, debe asegurar los recursos, mecanismos y personal sanitario para el acceso a los servicios de interrupción segura del embarazo y la atención posaborto.

Las autoridades de establecimientos de salud deben adoptar las siguientes medidas, entre otras:

- Diseñar y monitorear la implementación de mecanismos para la provisión de IVE/ILE dentro del servicio de salud (art.12, Ley 27.610) y la garantía de la calidad del servicio y de la atención.
- Articular acciones con todos los servicios del establecimiento de salud, 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 establecimientos 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 posaborto 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.

Todos los niveles de atención pueden y deben proveer servicios de IVE/ILE y atención posaborto de acuerdo con su capacidad técnica y las condiciones del caso. Las derivaciones dentro del sistema público de salud solo podrán hacerse por razones clínicas y en ningún caso por objeción de conciencia (ver sección 6. Objeción de conciencia).

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 el Estado se abstenga de interferir directa o indirectamente en el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo y la atención posaborto, y de promulgar leyes y políticas que obstaculicen el acceso a estos servicios.
- **La obligación de proteger:** exige que el Estado adopte medidas para evitar la injerencia directa o indirecta de terceros en el disfrute del derecho a la interrupción del embarazo y la atención posaborto.
- **La obligación de cumplir:** implica que el Estado adopte las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo apropiadas para dar plena efectividad a los derechos 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).

Garantizar que la regulación del aborto o su aplicación no haga que las mujeres y otras personas con capacidad gestar recurran a abortos peligrosos (OMS, 2022).

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 demás 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: "[l]os 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 posaborto.

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, adolescentes y personas con otras identidades de género y capacidad de gestar (PCG) 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 profesional 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 las mujeres, adolescentes u otras PCG, 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 persona usuaria puede ser realizada por profesionales de la medicina general, familiar, clínica médica, toco ginecología, pediatría y anestesiología; psicología, trabajo social, enfermería, Lic. en obstetricia, entre otras profesiones de la salud. 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, adolescentes u otras PCG llegan al servicio de salud para solicitar la IVE/ILE. Algunas veces, es en la consulta en donde se confirma un embarazo no intencional. En otras, cuando la persona embarazada padece violencia de género o ha sido víctima de violación. En cualquier caso, el equipo de salud debe ofrecer las opciones disponibles. La persona 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, adolescente 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 personas 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.

Las personas 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 (IVE/ILE).

En muchos casos, la intervención puede incluir dar información, orientación, contención emocional, y derivación asistida a un equipo, de ese u otro efector de salud, que pueda realizar la consejería y los procedimientos.

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

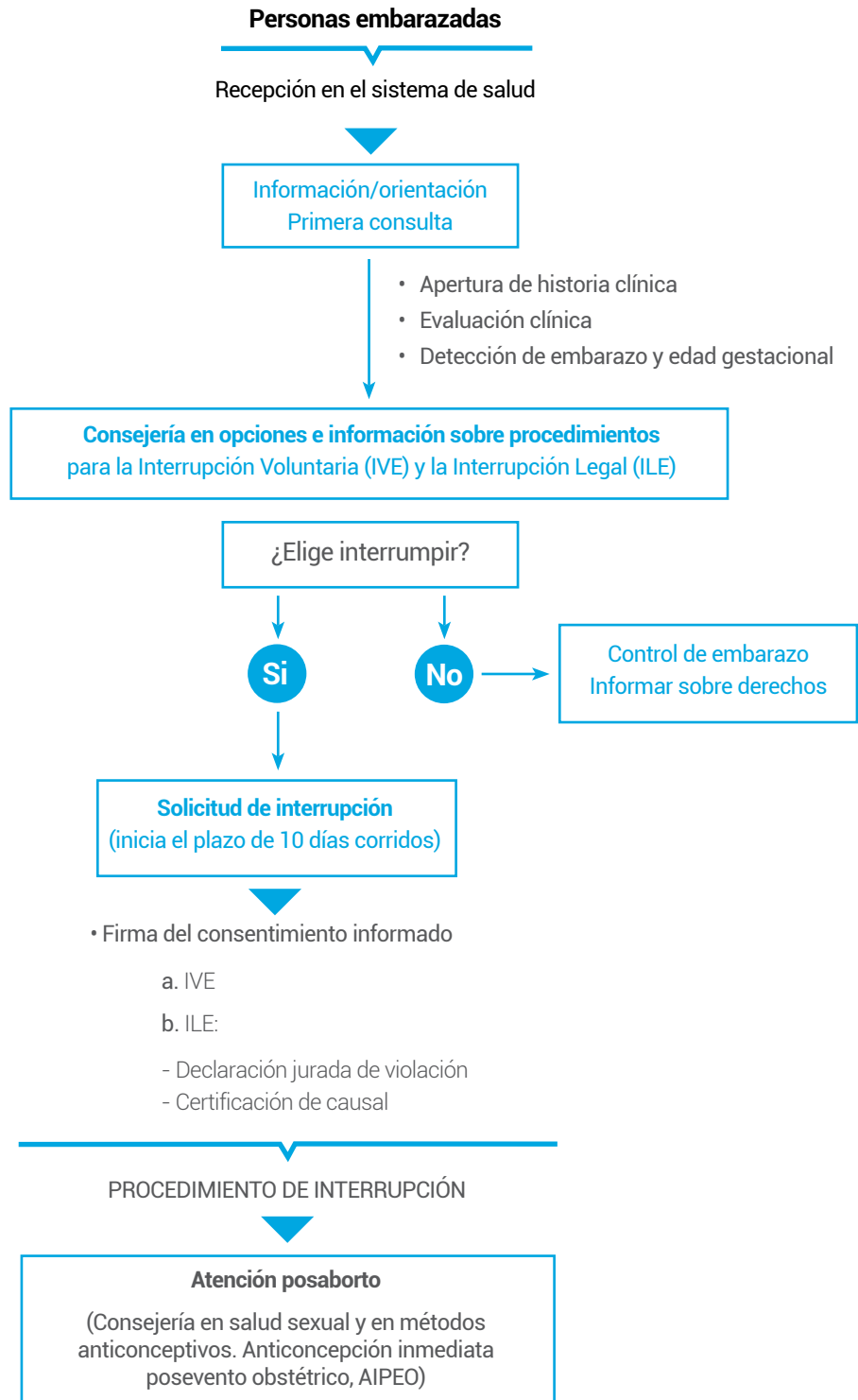
En los casos de violación, los equipos de salud muchas veces refuerzan o incluso generan situaciones de violencia al poner en duda la palabra de la mujer, adolescente, niña/e/o u otra PCG. En estas circunstancias, no se cumple con la función y la responsabilidad del equipo de salud, que es brindar una atención de calidad, respetando y acompañando la decisión de la persona. Así, el personal de salud debe respetar las decisiones de las PCG 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 la persona 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 el embarazo.

3. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA

La consejería es un espacio de información que tiene como objetivo que la persona 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 comprensible las explicaciones. Las directrices de la OMS recomiendan que la consejería sea brindada por distintos integrantes del equipo de salud: agentes de salud comunitaria, profesionales de la medicina, especialistas en obstetricia, ginecología, generalistas, pediatría, medicina familiar y/o interna, enfermeras/es/os auxiliares, enfermeras/es/os graduadas/es/os, psicología y trabajo social, entre otras profesiones de salud.

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 u otra persona con capacidad de gestar (PCG), 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 asisten a la persona si decide continuar con el embarazo.
- En las situaciones encuadradas en la causal salud, describir los riesgos asociados a la continuación del embarazo.
- En los casos de violación, informar sobre el derecho al acceso a la justicia y la posibilidad de denunciar la agresión, siempre aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de IVE/ILE.
- Detallar los procedimientos posibles y acordes a la edad gestacional para la interrupción del embarazo.
- Explorar sobre la red de apoyo con que cuenta la persona.
- Ofrecer y realizar una derivación asistida ante situaciones de violencia de género, violencia sexual, si la persona lo requiere.
- Informar y ofrecer atención posaborto 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 estar acompañada en la consulta por una persona de su elección.

Con frecuencia, las mujeres, adolescentes u otras personas con capacidad de gestar (PCG) 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 estigmatización 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 decisiones y acciones.

Es importante escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la persona. Esa escucha permitirá detectar y trabajar sobre eventuales ambivalencias y temores 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 test rápido de embarazo es una herramienta simple para el diagnóstico oportuno del embarazo 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 PCG 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 que las interrupciones se realicen 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 o se detecta un riesgo no considerado previamente. 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 personas 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, orientación, 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, adolescente u otra PCG frente a quien interviene profesionalmente. La persona 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/es/os y adolescentes (NNNA), 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 persona 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 las NNNA 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 NNNA, 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, adolescentes y otras personas con capacidad de gestar 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 personas 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 personas usuarias como de las personas profesionales de la salud. Esta práctica también facilita que se puedan repensar percepciones, opiniones, prácticas y actitudes de las personas integrantes del equipo de salud en la provisión de servicios de IVE/ILE.

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

Algunas herramientas para el momento de la consejería:

- Hasta las 14 semanas inclusive, las mujeres, adolescentes o 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 una escucha activa.
- 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, adolescentes o personas con otras identidades de género y capacidad de gestar deben tomar sus decisiones puede ser complejo y muchas

veces puede implicar ambivalencias, contradicciones y/o sufrimiento. Una escucha atenta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta la persona, mejora el vínculo y permite una atención de calidad.

- Considerar que la intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer, adolescente u otra PCG. 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/s autor/es 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 o una patología recientemente detectada, se asiente en la historia clínica las interconsultas, en caso de que se realicen, o se cuente con una derivación por escrito de la persona 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 es un proceso que recorre todo el continuo de la atención e implica que la persona usuaria pueda contar con la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. La persona profesional debe habilitar espacios para la escucha activa, brindar información y dar espacio para que realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o temores o para reafirmar su comprensión de los pasos a seguir. Es necesario comprender que no se trata de un proceso meramente de entrega de información, sino de fortalecimiento de la autonomía de las personas, por ello, se deben respetar sus tiempos y procesos de reflexión. Se deben asegurar los apoyos y ajustes necesarios, así como el acompañamiento de las personas que lo solicite, asegurando que no ejerzan presiones indebidas.

El resultado del proceso de consentimiento informado, en este caso, es 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 quien solicita el aborto y si fuera necesario por quien la asista (ver part. I, sección 4.1. Consentimiento informado de NNNA 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, sección 4.1. Consentimiento informado de NNNA).
- **En los casos de niñas/es/os 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/e/o. En caso de desacuerdo entre la niña/e/o y sus progenitores, el equipo de salud es quien debe valorar la situación y en ningún caso se debe judicializar el pedido de IVE/ILE (ver parte 1, sección 4. Consentimiento para la interrupción del embarazo). Respecto de la declaración jurada de violación, en estos casos no es necesaria puesto que toda relación sexual con niñas/es/os 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, sección 4.2. Consentimiento informado de las personas con discapacidad).

- Solo 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, sección 4.3. Consentimiento informado de personas con sentencia judicial vigente de restricción de la capacidad para la interrupción del embarazo).
- El sistema de apoyo no es una sustitución ni una representación (ver parte 1, sección -4.2. Consentimiento informado de las personas con discapacidad).
- Las situaciones en que una **persona sea judicialmente declarada incapaz** y se le designe una persona curadora son consideradas excepcionalísimas y corresponden solo a personas que se encuentren absolutamente imposibilitadas de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato y el sistema de apoyos resulte ineficaz.

6. DECLARACIÓN JURADA

Cuando una persona solicite el acceso a la ILE por causal violación quien es 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 persona 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 u otra persona con capacidad de gestar para acceder a realizar una ILE producto de una violación.

7. EVALUACIÓN CLÍNICA

En los casos en que la persona opte por realizar la IVE/ILE, la persona profesional tratante debe valorar, en conjunto con la persona usuaria, cuál es el método más apropiado para realizarla. El procedimiento a utilizar dependerá de la edad gestacional, las preferencias de la persona 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, 2014b). Es importante enfatizar que las directrices sobre la atención para el aborto indican que no se recomienda el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto (OMS, 2022).

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 persona 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 (partos vaginales y/o cesáreas, abortos), antecedentes de embarazos ectópicos, uso de anticonceptivos y tipo de anticonceptivo, 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 NNNA 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).

Las directrices sobre la atención para el aborto recomiendan realizar examen pélvico bimanual previo a todo aborto quirúrgico con el fin de determinar tamaño y posición del útero y anexos; y aunque la incidencia es baja, este examen puede servir también para descartar gestaciones ectópicas. En el caso del aborto con medicamentos ya sea presencial o remoto, la OMS considera que el examen pélvico no es estrictamente requerido (OMS, 2022).

7.3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

En la mayoría de los casos, las personas profesionales solo precisan la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar la edad gestacional (Ipas, 2021). 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. De hecho, la OMS no recomienda la realización de exámenes de laboratorio de rutina como el hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh; salvo por los antecedentes y la condición clínica de cada persona; particularmente si la gestación es de menos de 12

semanas (OMS, 2022). Si la persona no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina anti-Rh cuando esté indicado y la gestación sea de 12 semanas o más (OMS, 2022). 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

La OMS no recomienda la ecografía como un estudio de rutina para la realización de una IVE/ILE (OMS, 2022). 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 personas con antecedentes de cirugía tubaria, presencia de DIU, o con examen físico sospechoso (Ipas, 2021). Al momento de solicitar este estudio, **se deberá explicar a la persona 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 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, adolescentes 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

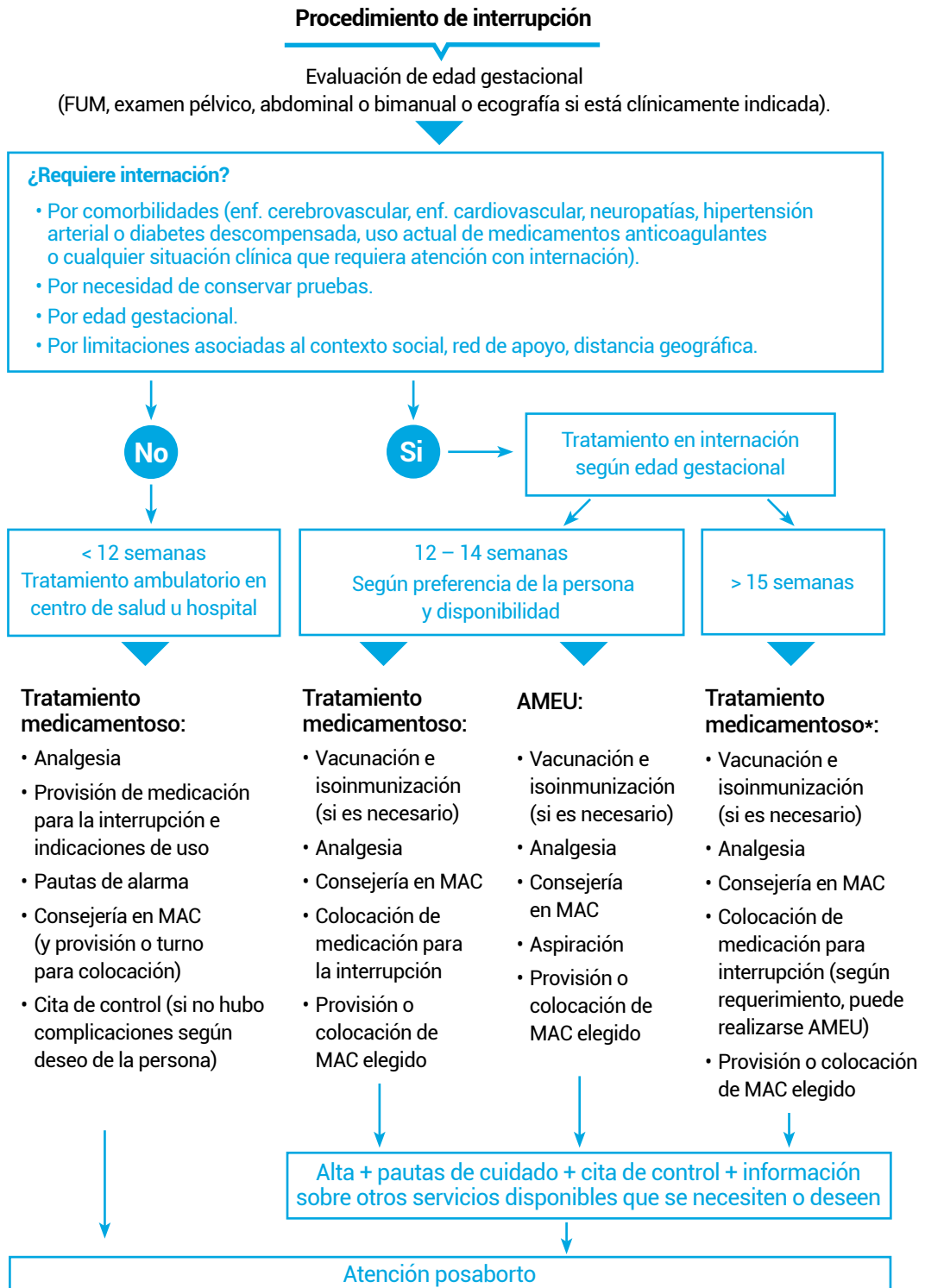
Las opciones terapéuticas para realizar una IVE/ILE dependen de la edad gestacional, las preferencias de la persona gestante y las posibilidades del centro asistencial. Es esencial realizar una adecuada consejería previa en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la persona pueda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

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres u otras personas con capacidad de gestar 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 este sentido debe garantizarse el continuo de la atención y puede apelarse a otros procedimientos y prácticas que garantizan una atención de calidad y basadas en evidencias (OMS, 2012; Ipas, 2021; ACOG, 2017; RCOG, 2011).

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 solo recomienda la profilaxis con inmunoglobulina anti-D en mujeres u otras PCG no sensibilizadas para prevenir la aloinmunización RhD en abortos con medicamentos o quirúrgicos a partir de las 12 semanas.

Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes de 72 horas posteriores al procedimiento para mejores resultados (OMS, 2022).

La OMS no recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D en abortos de menos de 12 semanas ya que la probabilidad teórica de formación de anticuerpos es prácticamente cero a esta edad gestacional. 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 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 u otra PCG 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

La intensidad del dolor depende del tipo de procedimiento utilizado y de la edad gestacional. Por lo general, a mayor edad gestacional aumenta la intensidad del dolor. La valoración del dolor depende de cada persona, por lo que es necesario evaluarlo en conjunto con ella. Sin embargo, aun cuando 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 quirúrgico.

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 u otras PCG manejo apropiado del dolor antes de un aborto con medicamentos o quirúrgico (OMS, 2022).

Los medicamentos de primera línea para el tratamiento del dolor en cualquier procedimiento de aborto son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que pueden ser administrados de forma profiláctica 30 a 45 minutos antes del uso de misoprostol o del procedimiento quirúrgico, o al momento del uso de misoprostol o cuando inician los cólicos en un aborto con medicamentos. Se recomienda ibuprofeno de 400 hasta 800 mg cada 6-8 horas (OMS, 2022). En el caso del aborto con medicamentos antes de las 14 semanas, se puede considerar el uso de paracetamol. No se recomienda el uso de aspirina. 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.

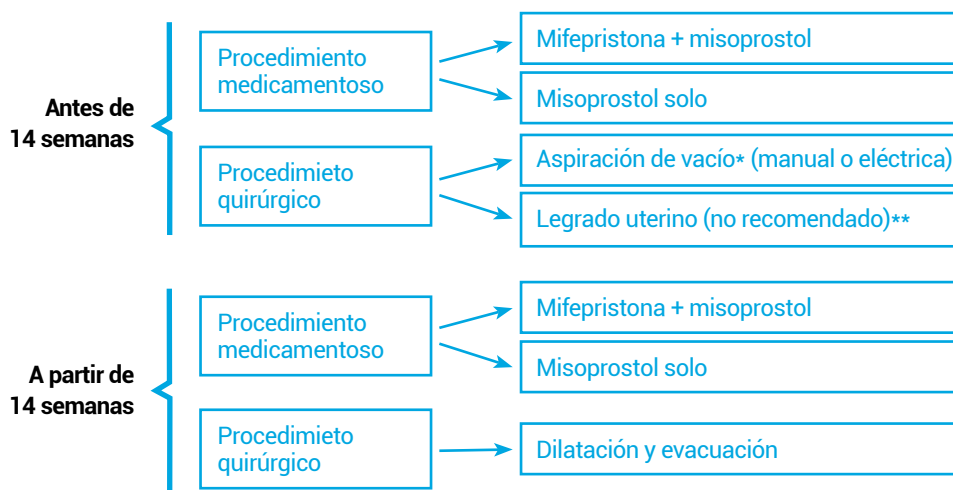
Para los abortos con medicamentos, después de las 12 semanas de gestación, si el manejo con AINES no fuera suficiente, puede considerarse además ofrecer el uso complementario de determinados antieméticos y de anestesia peridural (OMS, 2022).

Para los procedimientos quirúrgicos se suma la recomendación del uso de bloqueo paracervical combinados con AINES antes del procedimiento para el manejo del dolor (Ipas, 2020; OMS, 2022). A su vez, las nuevas directrices de OMS sugieren que para el aborto quirúrgico –independientemente de las semanas de gestación– además del bloqueo paracervical se ofrezca la opción de un tratamiento combinado del dolor con sedación consciente.

8.3. EVACUACIÓN UTERINA

En el **Cuadro 3** se presentan las opciones terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, Ipas y FIGO (OMS 2022, Ipas 2021, FIGO 2017).

Cuadro 3. Métodos recomendados para la interrupción del embarazo



* 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/47/4/e15>

** El legrado o raspado uterino no está recomendado por ser riesgoso y obsoleto. La OMS, Ipas y FIGO indican que solo puede ser usado cuando ninguno de los otros métodos está disponible. Los servicios de salud y las personas responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento farmacológico, la aspiración o la dilatación y evacuación.

Nota de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR): a diciembre 2022 la mifepristona se encuentra disponible en el sistema público de salud de todo el país para su uso gratuito con autorización de ANMAT para los lotes distribuidos. A la fecha la mifepristona no cuenta con registro para venta comercial en la Argentina.

8.4. ABORTO CON MEDICAMENTOS

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser seguro, efectivo y aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos (OMS, 2022). La medicación de elección recomendada por la OMS es la mifepristona combinada con misoprostol. Esta combinación aumenta la efectividad del tratamiento y 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 los regímenes recomendados de misoprostol solo.

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.

La exposición al calor y la humedad durante la manufactura, el embalaje, el envío o el almacenamiento podrían comprometer la estabilidad y calidad del misoprostol. El misoprostol de calidad es estable cuando se almacena correctamente en condiciones de temperatura ambiente (25 °C y 60 % de humedad) (Ipas, 2021). El misoprostol presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada que llega hasta las 6 horas. 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 posparto, aborto incompleto, preparación del cuello uterino para evacuación instrumental (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, 2009 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 OMS desde el 2005. La combinación de mifepristona con misoprostol conforma el régimen más eficaz y seguro de aborto con medicamentos.

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 u otras PCG expulsan los contenidos uterinos en las 24 horas posteriores a la administración del misoprostol, pero el proceso completo puede durar hasta 2 semanas.

El tratamiento con mifepristona combinado con misoprostol es un tratamiento recomendado de alta eficacia y seguridad 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 el equipo de salud para ofrecer el tratamiento ambulatorio en niveles primarios de atención o en la consulta externa.

Nota de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR): a diciembre 2022 la mifepristona se encuentra disponible en el sistema público de salud de todo el país para su uso gratuito con autorización de ANMAT para los lotes distribuidos. A la fecha la mifepristona no cuenta con registro para venta comercial en la Argentina.

8.4.1. Manejo de embarazos hasta las 12 semanas

Para el manejo del aborto con medicamentos en embarazos de menos de 12 semanas de gestación, múltiples estudios clínicos en las últimas décadas han analizado la efectividad y seguridad de diferentes regímenes (tanto de misoprostol solo como de

la combinación de mifepristona con misoprostol); usando diferentes dosis; diferentes rutas de administración para el misoprostol: oral, vaginal, bucal y sublingual, así como diversos intervalos de tiempo para su administración. A partir de estos estudios, la OMS, la FIGO, la FLASOG y otras organizaciones internacionales como Ipas y Gynuity han generado sus protocolos y regímenes. Los regímenes recomendados en la actualidad, a partir de la evidencia más sólida y reciente recomiendan el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después por 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas (OMS, 2022). Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Las directrices de OMS no indican un número máximo de dosis de misoprostol. Cuando se utilice únicamente misoprostol se recomienda el uso de 800 µg administrado por vía vaginal, sublingual o bucal, sin indicar un número máximo de dosis (OMS, 2022).

La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambulatoria y autogestionado es una opción segura y eficaz. Asimismo, es elegida por muchas mujeres u otras PCG porque les permite iniciar el proceso de interrupción en el momento en que les resulte más cómodo y les brinde mayor tranquilidad (OMS, 2022).

Para que la persona pueda llevar a cabo el procedimiento medicamentoso de forma ambulatoria, es importante 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.
- Ofrezca visitas de seguimiento posaborto.

Una vez que se establece que es posible llevar a cabo el tratamiento fuera de la institución de salud y la persona elige esta opción, se le debe explicar cómo debe realizarlo, brindando información clara y precisa sobre qué esperar en relación con el sangrado vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer los signos de alarma. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería³.

3. La DNSSR cuenta con folletos informativos para apoyar la Consejería sobre interrupción del embarazo con medicamentos (tratamiento con misoprostol solo o combinado con mifepristona más misoprostol). Los folletos son un apoyo para la persona usuaria que realiza una interrupción ambulatoria. Se pueden descargar en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-con-medicamentos-tratamiento-combinado-mifepristona-y-misoprostol>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/folleto-interrupcion-del-embarazo-con-medicamentos>

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 duda o inconveniente.

8.4.2. Manejo de embarazos a partir de las 12 semanas

Las directrices de OMS recomiendan el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas, repitiendo la administración de misoprostol en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas. Si se utiliza únicamente misoprostol se recomienda el uso de 400 µg administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas repitiendo la administración en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo (OMS, 2022). La vía vaginal es más eficaz que la vía sublingual para mujeres u otras PCG nulíparas (Ipas, 2021).

Se recomienda que las interrupciones del segundo trimestre se realicen con asistencia del personal de salud, preferentemente en internación, al menos hasta que se haya completado la expulsión de feto y placenta (OMS, 2022).

Para el aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol en gestaciones de más de 13 semanas, el tiempo de expulsión es, en promedio, 6-10 horas después de iniciar el misoprostol. Cuando se usa solo misoprostol se puede requerir, en promedio, entre 10 y 15 horas (Ipas, 2021). La OMS indica realizar controles frecuentes a la persona desde la primera dosis de misoprostol, en especial respecto al manejo del dolor.

En las interrupciones del segundo trimestre pueden combinarse, si fuera necesario, los tratamientos medicamentoso y quirúrgico. La OMS señala que "no se justifica hacer un raspado uterino de rutina" (OMS, 2014b). 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 u otras PCG que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas (OMS, 2014b).

Tabla 1: Aborto con medicamentos con misoprostol solo

	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquemas
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), Ipas (Ipas, 2021)	< 12 semanas ⁺	Se recomienda el uso de 800 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal*
	A partir de las 12 semanas	Se recomienda el uso repetido de 400 mcg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas** ***

Observaciones:

- La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el de misoprostol solo (OMS, 2022).
- Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la persona y del equipo de salud (OMS, 2022).

* Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para que el proceso de aborto sea exitoso. En las directrices de OMS no se indica un número máximo de dosis de misoprostol. Ipas (2021) recomienda repetir 800 mcg de misoprostol cada 3 horas hasta lograr la expulsión.

** La evidencia apunta a que la vía vaginal es más efectiva. Al considerar las preferencias de la persona y el equipo de salud deben considerarse todas las vías (OMS, 2022; Ipas, 2021).

*** La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el aborto sea efectivo. Los equipos de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente: el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.

+ Para el **aborto con medicamentos antes de las 12 semanas** (usando la combinación de mifepristona y misoprostol o usando solo misoprostol):

Las **directrices de OMS** recomiendan la opción de autogestión del proceso de aborto con medicamentos en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:

- autoevaluación de la idoneidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones);
- autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de personal de la salud capacitada, y gestión del proceso de aborto;
- autoevaluación de la efectividad del aborto.

Observaciones:

- Había más evidencia para la autogestión del aborto con medicamentos (con cualquiera de los tratamientos) para embarazos de menos de 10 semanas de gestación.
- Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y a la utilización de misoprostol solo.
- Todas las personas que se autogestionen el aborto con medicamentos deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean.

Tabla 2: Aborto con medicamentos con mifepristona* y misoprostol

	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), Ipas (Ipas,2021)	< 12 semanas ⁺	Se recomienda mifepristona 200 mg vía oral única dosis	1 a 2 días después misoprostol, dosis 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. * El intervalo mínimo recomendado es de 24 horas.
	≥12 semanas	Se recomienda 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). **

Nota de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR): a diciembre 2022 la mifepristona se encuentra disponible en el sistema público de salud de todo el país para su uso gratuito con autorización de ANMAT para los lotes distribuidos. A la fecha la mifepristona no cuenta con registro para venta comercial en la Argentina.

Observaciones:

- La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado de mifepristona y misoprostol es más eficaz que el de misoprostol solo (OMS,2022).
- La evidencia apunta a que la vía vaginal es la más efectiva. Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la persona y del equipo de salud (OMS,2022; Ipas, 2021).
- * Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para que el proceso de aborto sea exitoso. En las directrices de OMS no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.
- ** La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el aborto sea efectivo. Los equipos de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente: el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en períodos gestacionales más avanzados.

+ Para el **aborto con medicamentos antes de las 12 semanas** (usando la combinación de mifepristona y misoprostol o usando solo misoprostol):

Las **directrices de OMS** recomiendan la opción de autogestión del proceso de aborto con medicamentos en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:

- autoevaluación de la idoneidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones);
- autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de personal de la salud capacitada, y gestión del proceso de aborto;
- autoevaluación de la efectividad del aborto.

Observaciones:

- Había más evidencia para la autogestión del aborto con medicamentos (con cualquiera de los tratamientos) para embarazos de menos de 10 semanas de gestación.
- Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y a la utilización de misoprostol solo.
- Todas las personas que se autogestionen el aborto con medicamentos deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean.

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 y tratamiento actual con anticoagulantes, entre otras. Deben considerarse también situaciones de vulnerabilidad social como falta de red social, violencia, distancia geográfica y otras. La internación deberá ser bajo seguimiento continuo a partir del momento que se inicie el tratamiento con misoprostol.

Por otro lado, si se trata de un embarazo producto de una violación y la persona decide realizar la denuncia penal, es necesario informarle que para conservar el material para estudio de ADN se requiere realizar el procedimiento bajo internación. Siempre la decisión de aceptar la internación 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 u otras PCG 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 u otras PCG 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 u otras PCG 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, 2021).

En la misma línea, la OMS señala que las personas 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, 2022).

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 quirúrgico. Si la persona presenta alguna de las afecciones incluidas dentro de las precauciones quiere decir que el aborto con medicamentos tiene mayores riesgos que los riesgos habituales. La prestación de servicios de aborto con medicamentos a mujeres, adolescentes y otras personas con capacidad de gestar con estas afecciones posiblemente requiera un mayor grado de criterio clínico, habilidad o destreza y capacidad de monitoreo. Puede que sea necesario referir a la persona a un establecimiento de salud de nivel superior, u ofrecerle otro tratamiento (Ipas 2021). Si la persona presenta afecciones específicas que implican una contraindicación, no se le debe ofrecer un aborto con medicamentos y optar por aspiración endouterina, dilatación y evacuación o tratamiento de embarazo ectópico, según corresponda (Ipas, 2021).

Tabla 3: Precauciones y contraindicaciones para el uso del régimen combinado de mifepristona y misoprostol y misoprostol solo (Ipas, 2021)

	Régimen de mifepristona y misoprostol	Régimen de misoprostol solo
Contraindicaciones	<p>Antecedentes de reacción alérgica a la mifepristona o misoprostol.</p> <p>Sospecha o confirmación de embarazo ectópico.</p> <p>Porfiria hereditaria.</p> <p>Insuficiencia suprarrenal crónica.</p>	<p>Antecedentes de reacción alérgica al misoprostol.</p> <p>Sospecha o confirmación de embarazo ectópico.</p>
Precauciones	<p>Dispositivo intrauterino (DIU) colocado.</p> <p>Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros.</p> <p>Asma grave no controlada o terapia corticosteroidea a largo plazo.</p>	<p>Dispositivo intrauterino (DIU) colocado.</p> <p>Problemas graves o inestables de salud, tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatía y anemia grave, entre otros.</p>

Nota de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR): a diciembre 2022 la mifepristona se encuentra disponible en el sistema público de salud de todo el país para su uso gratuito con autorización de ANMAT para los lotes distribuidos. A la fecha la mifepristona no cuenta con registro para venta comercial 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 inferior 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.

Es importante considerar que algunas mujeres u otras PCG prefieren evitar la vía vaginal. Tener esto en cuenta especialmente en niñas/es/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 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, 2021).

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). En caso de embarazos de > 13 semanas de edad gestacional se puede esperar hasta 4 horas entre la expulsión del feto y la de la placenta, siempre y cuando la persona esté estable (Ipas, 2021).

8.4.8. Profilaxis antibiótica

No se recomienda el uso de antibióticos de rutina en mujeres u otras PCG en proceso de aborto con medicamentos.

El riesgo de infección intrauterina es muy bajo; por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2022; Ipas, 2021).

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, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle. Estos incluyen:

- **Sangrado.** En general, no hay sangrado con la toma de mifepristona. El sangrado normalmente empieza el mismo día en que se usa el misoprostol. 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 al inicio del uso de misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno 400/600 mg entre 30 minutos y una hora antes del uso de misoprostol. La OMS sugiere la consideración de otros métodos para controlar el dolor o la incomodidad debido al aumento del dolor con el aumento de la edad gestacional. Estos métodos incluyen ciertos antieméticos y anestesia epidural, cuando estén disponibles. Para el aborto con medicamentos a edades gestacionales < 14 semanas, si los AINE (por ej. Ibuprofeno) no están disponibles o no son una opción, entonces se puede considerar el paracetamol para el control del dolor (OMS, 2022).

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, ceden con dosis habituales de AINES.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer, adolescente u otra PCG tiene que atender para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o, de no ser posible, en un centro de salud.

Recomendar a la persona que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre > 38 grados, que persiste después de la expulsión o inicia 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 para menstruación 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.
- Ausencia de sangrado o sangrado muy escaso 24 horas después de la toma de la última dosis de misoprostol (puede sugerir continuación del embarazo o embarazo ectópico).
- Persistencia de signos y síntomas de embarazo (puede sugerir continuación del embarazo o embarazo ectópico).

8.4.10. Seguimiento y atención posaborto

Después de un aborto quirúrgico o con medicamentos sin complicaciones, las directrices de la OMS (2022) indican que no hay necesidad médica de realizar una visita de seguimiento de rutina. No obstante, debe proporcionarse información sobre la disponibilidad de servicios adicionales en caso de que se necesiten o se deseen (como adopción de un método anticonceptivo). En la situación que se opte por una visita se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores y 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, 2022).

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

Según las Directrices de OMS existe evidencia de certeza alta de que la autoevaluación del resultado/éxito del aborto (utilizando herramientas como una prueba de embarazo rápida de baja sensibilidad o una prueba de embarazo de niveles múltiples, dos semanas después del tratamiento) es tan eficaz como la evaluación realizada por una persona trabajadora de la salud capacitada (OMS, 2022). El ultrasonido u otros estudios complementarios son necesarios solo en casos en que no haya un diagnóstico claro (Ipas, 2021).

La ecografía podría 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 también 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 quirúrgico.

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</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>Aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación:</p> <p>- Misoprostol 800 mcg – por cualquier vía (bucal, sublingual o, vaginal). *</p> <p>Cuando se disponga de mifepristona, agregar pretratamiento con 200 mg de mifepristona por vía oral 1 o 2 días antes del misoprostol.</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 o vaginal cada 4 a 6 horas (hasta expulsión).</p>

Fuentes: Ipas (2021), OMS (2022).

8.5. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La práctica de IVE/ILE también puede realizarse mediante un procedimiento quirúrgico. La práctica recomendada es la aspiración de vacío manual o eléctrica (AMEU). 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, no se recomienda utilizarlo y su uso deberá reservarse únicamente para los casos en que no pueda realizarse tratamiento medicamentoso y no esté disponible la aspiración de vacío (OMS, 2022).

Las directrices de OMS indican que el legrado no está recomendado (OMS, 2022). En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino deben hacerse todos los esfuerzos para 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–). También está disponible para su descarga la Nota técnica N°2 sobre AMEU (o actualizaciones posteriores) (DNSSR, 2020a)⁴. La aspiración por vacío es segura, tiene tasas de eficacia del 98 % y tasas de complicaciones graves menores al 1 % (Ipas, 2021). Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina (OMS, 2022).

Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer, adolescente u otra PCG, 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).

Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de 98 % y tasas de complicaciones graves menores al 1% (Ipas, 2021).

8.5.1. Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento quirúrgico disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Se recomienda el uso de profilaxis antibiótica antes del aborto quirúrgico; sin embargo, no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de los mismos (OMS, 2022; Ipas, 2021).

4. La versión digital está disponible para su descarga en: <https://bit.ly/3uWD7T3>

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

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 personas 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 quirúrgica

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 (2021).

Antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, se recomienda el manejo del dolor previo a la preparación del cuello uterino en todas las personas.

8.5.2. Preparación cervical

La preparación cervical está recomendada para cualquier edad gestacional y en particular en gestaciones que superan las 12-14 semanas (OMS, 2022). Asimismo, puede resultar especialmente benéfica para adolescentes (OMS, 2022). En todos los casos debe hacerse un adecuado manejo del dolor.

Si se realiza la preparación del cuello uterino en un aborto quirúrgico antes de las 12 semanas se propone (OMS, 2022):

- Mifepristona 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento.
- Misoprostol 400 µg por vía sublingual entre 1 y 2 horas antes del procedimiento.
- Misoprostol 400 µg por vía vaginal u oral entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

No se recomienda el uso de dilatadores osmóticos para la preparación del cuello uterino.

Previamente al aborto quirúrgico en edades gestacionales posteriores:

- Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas se propone la preparación del cuello uterino solamente con medicación (se prefiere una combinación de mifepristona y misoprostol) o con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).
- Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas, cuando se utiliza un dilatador osmótico para la preparación del cuello uterino, se propone no extender el periodo entre la aplicación del dilatador osmótico y el procedimiento más allá de dos días.
- Para el aborto quirúrgico a partir de las 19 semanas se recomienda la preparación del cuello uterino con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).

8.5.3. Manejo del dolor

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la persona 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 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. Según las directrices de OMS:

- Para el tratamiento del dolor en el caso del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional:

- a. Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos –AINE–) y administrársela a quienes lo deseen.
- b. No se recomienda el uso sistemático de anestesia general.

- Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico antes de la semana 14:

- a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.
- b. Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.

- Para el tratamiento del dolor durante la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos antes del aborto quirúrgico antes de la semana 14:

- a. Se propone el uso del bloqueo paracervical.

- Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico a partir de la semana 14:

- a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.
- b. Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.

El manejo del dolor en el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural). No se recomienda el uso rutinario de anestesia general (OMS, 2022).

Pasos y recomendaciones para realizar el bloqueo paracervical (Ipas, 2021):

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 cervicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas (**Figura 3**). También puede ser una opción en dos puntos (a las 4 y las 8); esto particularmente si se utiliza lidocaína al 2 % (Ipas, 2021).
 - 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 1ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.⁵
 - Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.
 - Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto.
 - Recordar que, para el dolor en aborto quirúrgico, antes o después de la semana 14, se propone también ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical cuando se disponga de sedación consciente (OMS, 2022).

5. Una reacción alérgica es muy rara. Las reacciones que ocurren pueden deberse a conservantes en ampollas de múltiples dosis. La alergia a lidocaína sin conservantes es muy rara (actualizaciones clínicas Ipas, 2021, sección tabla de medicamentos para el dolor, ANEXO A).

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, 2021).

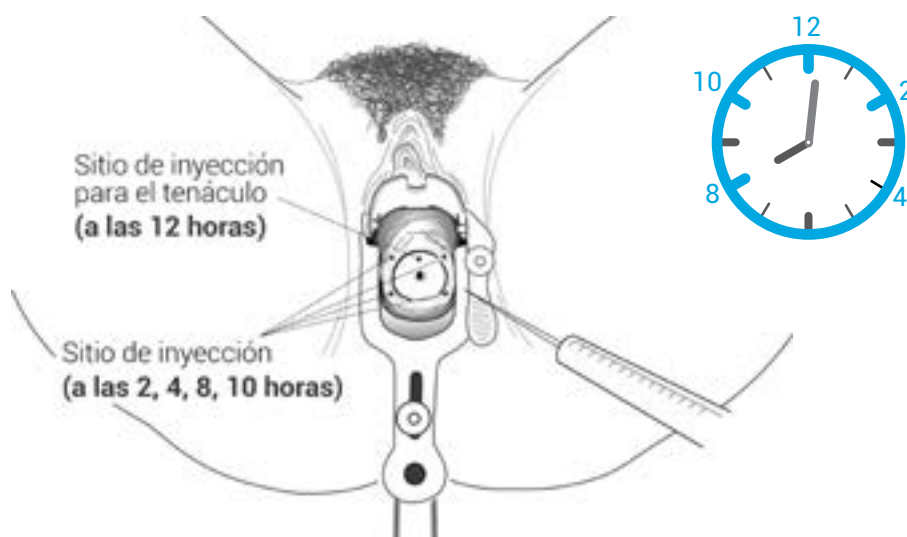


Figura 3. Bloqueo paracervical.⁶

8.5.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

A continuación, se detalla la técnica de AMEU⁷.

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

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

- 1. Preparar el instrumental.** Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (ver parte 2, sección 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

6. Se agradece a IPAS la cesión de esta imagen.

7. Se sugiere ver: <https://www.youtube.com/watch?v=JQzVlc8G1T0&t=4s>

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, sección 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**)

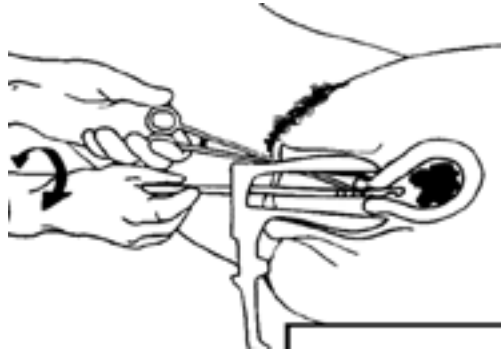


Figura 5. Introducción de la cánula.

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.

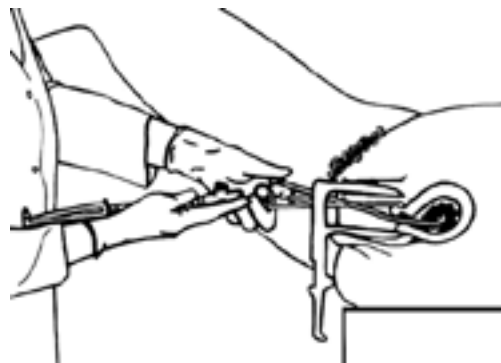


Figura 6. Conexión de la cánula a la jeringa.

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**).

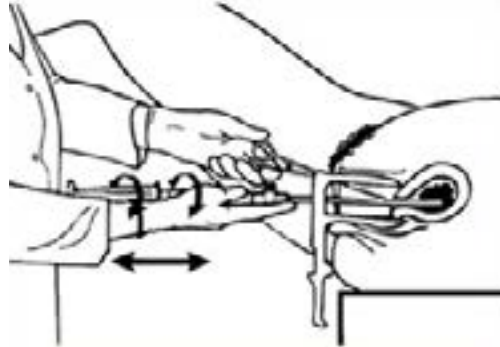


Figura 7. Extracción del contenido uterino.

- 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 persona, 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 persona 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 persona está en la camilla.
- Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.
- Evaluar el sangrado y los cólicos, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra posaborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.
- Confirmar que la persona pueda orinar.
- Brindar contención y acompañamiento respetando los tiempos y necesidades de la persona.
- Ofrecer consejería en anticoncepción en caso de que la persona 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 persona 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 métodos 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, solo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso, deben registrarse los datos de quien lo retira en la historia clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.

Si no se requiere la preservación de los tejidos, las directrices de OMS sugieren que los tejidos deben ser tratados in la misma forma que otros materiales biológicos, a menos que la persona exprese su deseo de un manejo diferente.

10. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

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

Aborto incompleto. En los procedimientos de AMEU realizados por una persona profesional entrenada es poco frecuente que se presente un caso de aborto incompleto. Podría ser más común cuando se utiliza el procedimiento medicamentoso o cuando se trata de un aborto espontáneo. 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, adolescente u otra PCG.

Si es un aborto incompleto antes de las 14 semanas, se puede optar por aspiración al vacío o tratamiento medicamentoso. En el segundo caso, se propone el uso de 600 mcg de misoprostol administrados por vía oral o 400 mcg por vía sublingual.

Si es mayor a 14 semanas: se recomienda el uso repetido de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas, recordando la recomendación sobre la repetición de administración del misoprostol en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto sea efectivo (OMS, 2022).

Interrupción fallida. Si en el control posprocedimiento 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. Esta complicación es aún menos frecuente si se usa el esquema combinado de mifepristona y misoprostol y cuanto menor es la edad gestacional. Si la persona usuaria refiere no haber sangrado y continúa con signos o síntomas de continuación del embarazo, se recomienda indicar que acuda lo más oportunamente posible a control, adonde se confirmará la sospecha clínica de interrupción fallida por examen pélvico y/o ecografía. también esto podría sugerir una gestación ectópica por lo que antes de decidir una nueva opción terapéutica deberá descartarse que no sea así.

Hemorragia. La hemorragia puede deberse a 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 (Ipas, 2021).

El tratamiento para la hemorragia posaborto es (Ipas, 2021):

1. Metilergonovina 0.2mg por vía intramuscular o intracervical; repetir cada 2 a 4 horas. Evitar en personas con hipertensión arterial.
2. Misoprostol 800 mcg por vía sublingual o si no 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 preservativo peneano inflado colocado en 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 personas 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 y Steinauer, 2013; Pridmore y Chambers, 1999).

En muchos casos, quienes son prestadores 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 siempre que la persona esté hemodinámicamente compensada (Grimes, Schulz y Cates, 1984; Moberg, 1976). Se debe informar de la complicación cuando exista sospecha de perforación uterina, aunque sea asintomática así como de los signos de alarma que requieran que busque asistencia médica de urgencia.

Cuando es evidente que hay lesión intestinal o hernia por defecto uterino, sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica, una laparotomía inmediata podría ser preferible (Chen et al, 1995; Kumar y Rao, 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 anestesiólogo 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 importancia de no tener relaciones sexuales con penetración vaginal o realizarse duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que no haya cesado el sangrado posaborto. Enfatizar que se pueden reanudar las relaciones sexuales cuando la persona se sienta dispuesta físicamente y emocionalmente. Si así lo decide, puede ser prudente utilizar un preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas, para prevenir el riesgo de infección.
- 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, sección 13. Anticoncepción posinterrupción del embarazo). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega/colocación del método en caso de que haya seleccionado uno.
- Si la persona usuaria no eligiera un método de inicio inmediato (un DIU; un implante o un hormonal al momento de la toma de mifepristona o pos AMEU), es importante reiterar la oferta anticonceptiva en consultas posteriores, además de brindar anticoncepción hormonal de emergencia y preservativos.
- 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 persona 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).

- Ofrecer una cita de control entre los 7 y 14 días posteriores al procedimiento. Si bien las directrices de OMS no recomiendan el seguimiento de un aborto con medicamentos o quirúrgico sin complicaciones sí enfatizan la provisión de información sobre la disponibilidad de servicios adicionales si fueran necesarios o se desearan.
- 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 es 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**).

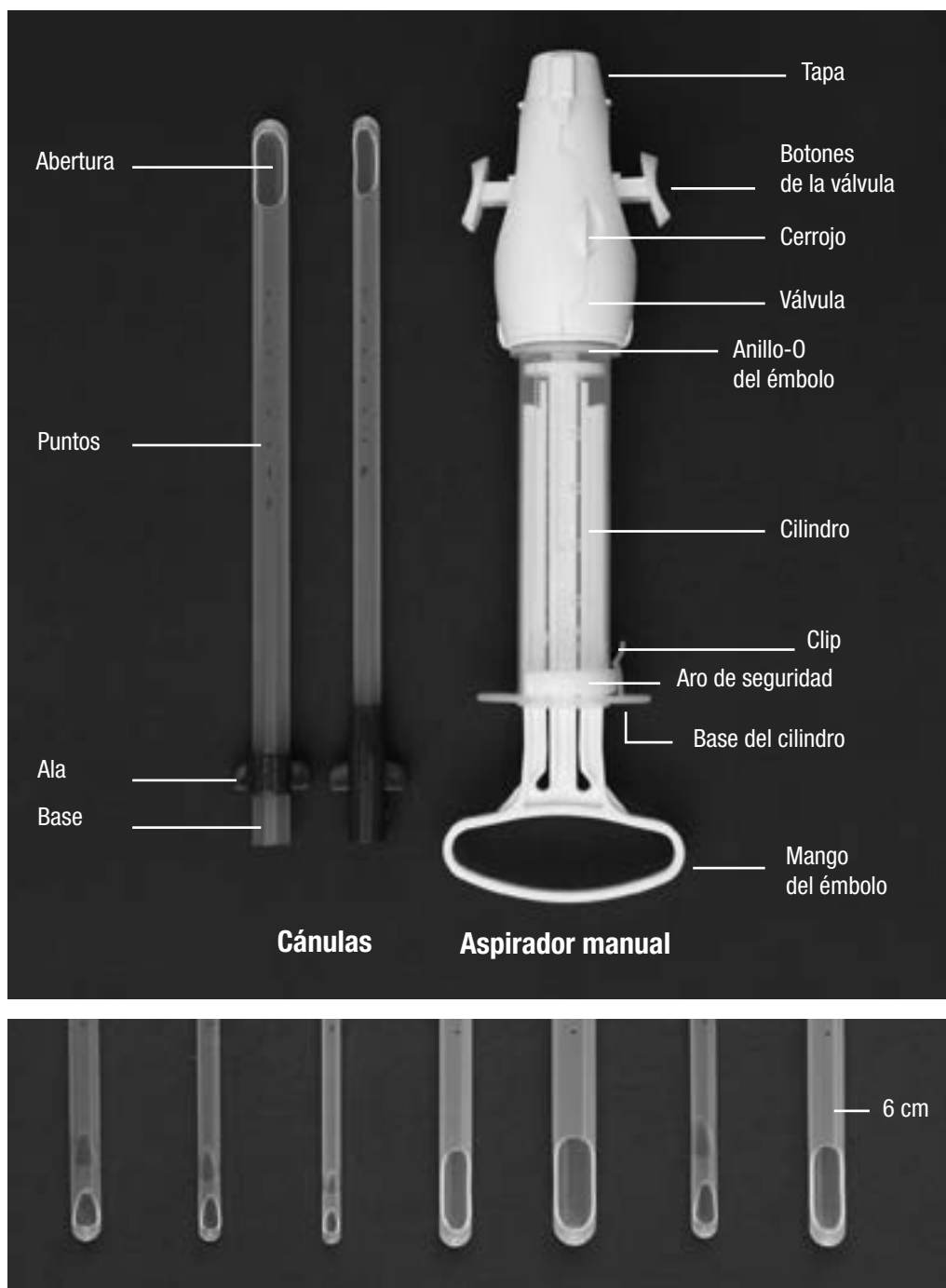


Figura 9

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

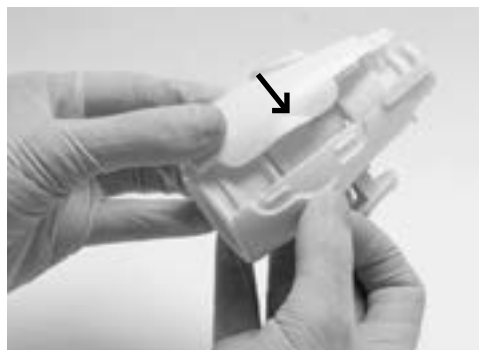


Figura 14



Figura 12

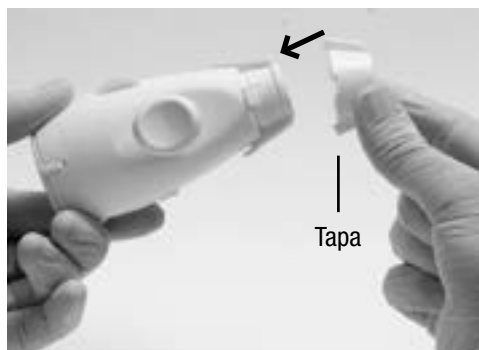


Figura 15

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

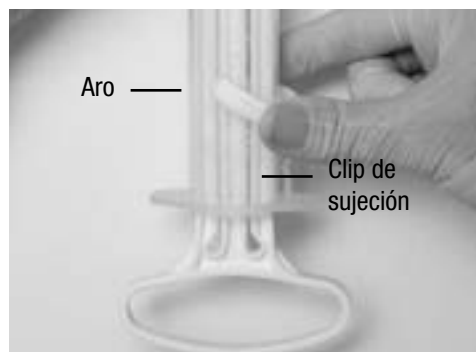


Figura 18

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 "clíc". 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

1. Remojo. Después de cada procedimiento, todo el instrumental debe remojar inmediatamente en agua o con detergente enzimático después de utilizarse para facilitar el lavado posterior. Luego debe someterse a desinfección de alto nivel o esterilizarse. Es importante utilizar guantes durante el procedimiento y lavarse las manos. En ningún caso debe usarse cloro o solución salina (Ipas, 2021).

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.

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/3j4qUJf>)

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 POSINTERRUPCIÓN 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 quien es 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 la persona profesional le asegure a la mujer, adolescente u otra PCG, que lo que hablarán es confidencial y, además, le pregunte si desea estar acompañada 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 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 los implantes subdérmicos. Estos métodos tienen tasas más altas de continuación y tasas más bajas de embarazos cuando se comparan con los métodos de corta duración (Ipas, 2020; DSSR, 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 acción prolongada. Es por

esto que se recomienda organizar los servicios para brindar consejería e implementación inmediata posevento obstétrico de métodos de larga duración y alta efectividad como DIU-Cu, DIU-Lng, o implantes subdérmicos.

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 persona 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 el caso de niñas/es/os y adolescentes 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, adolescentes u otras PCG 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 persona 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, adolescente u otra persona con capacidad de gestar (PCG), 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 persona usuaria en la selección del método que 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.⁸
- 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 POSABORTO

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse de inmediato, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- La persona haya recibido consejería.
- Quien es 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 no se sugiere tener relaciones sexuales con penetración vaginal o realizarse duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que no haya cesado el sangrado posaborto. Enfatizar que puede reanudar las relaciones sexuales cuando se sienta dispuesta físicamente y emocionalmente. Si así lo decide, puede ser prudente utilizar un preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas, para prevenir el riesgo de infección.

8. 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>

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:

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 posaborto (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.⁹⁻¹⁰

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

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

10. 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>

de que el aborto se completó de manera exitosa. Es central garantizar una consejería adecuada (OMS, 2019). La colocación inmediata posevacuación 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 persona se haya curado de la infección (OMS, 2018).

Anticonceptivos hormonales combinados. Esta categoría incluye anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches¹¹. Puede iniciarse su uso luego de la primera toma de la medicación (OMS, 2019) o de inmediato luego de un procedimiento quirúrgico, 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 quirúrgico. En el caso de 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 (AHE). 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 descarga¹², 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 posinterrupción. 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 posparto. 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.

11. Los anillos vaginales y parches, a diciembre 2022, no se encuentran incluidos en la canasta de MAC de provisión gratuita de la DNSSR.

12. Nota técnica N°1: Anticoncepción hormonal de emergencia. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 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 posaborto

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

Fuente: OMS (2015a), OMS (2015b), 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 personas 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 no tener relaciones sexuales con penetración vaginal, no realizar duchas vaginales o usar tampones o copa menstrual hasta que cese el sangrado posaborto.
 - Señalar que si la persona se siente dispuesta física y emocionalmente y decide reanudar las relaciones sexuales se recomienda usar preservativo en caso de relaciones con penetración vaginal durante las primeras dos semanas para prevenir el riesgo de infección.
 - 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

NIÑA/E/O, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON OTRA IDENTIDAD DE GÉNERO Y 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.

BIBLIOGRAFÍA

ACOG (2017). Second-Trimester Abortions. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Practice Bulletin Number 135, 2013. Reaffirmed 2017.

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.

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.

DNSSR (2019). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/2Z7IC1t> (Último acceso: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

FLASOG (2013). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en <https://bit.ly/2OqSPnn> (Último acceso: 20/12/2022).

FIGO (2017). Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2ZmlbAx> (Último acceso: 20/12/2022).

Grimes, D. A., Schulz, K. F. y Cates W. J. (1984). Prevention of uterine perforation during cu- rettage abortion. The Journal of the American Medical Association, 27;251(16), 2018–11.

Gynuity (2009). 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: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

Ipas (2017). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Disponible en: <https://bit.ly/3pda888> (Último acceso: 20/12/2022).

Ipas (2020). Clinical Updates in Reproductive Health. L. Castleman& N. Kapp (Eds.). Chapel Hill. Disponible en: <https://bit.ly/2N0vfxX> (Último acceso: 20/12/2022).

Ipas (2021). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

lpas/CLACAI (2020). Atención integral del aborto en menores de 15 años. Disponible en: <https://bit.ly/2Oq9rLX> (Último acceso: 20/12/2022).

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.

MSAL y UNICEF (2021). Hoja de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Disponible en: <https://bit.ly/3YLC8mf> (hoja de ruta); <https://bit.ly/3hJmbfl> (anexo). (Último acceso: 20/12/2022).

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

OMS (2005). Medicamentos esenciales (14^o ed). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3rJllhl> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3hLtlLa> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2014a). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Octubre. Disponible en: <https://bit.ly/3VguKfY> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2014b). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Disponible en: <https://bit.ly/3jIQBLN> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2015a). Medical eligibility criteria for contraceptive use -5th ed. Disponible en: <https://bit.ly/2LitOmF> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2015b). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta edición 2015 - Resumen ejecutivo. Disponible en: <https://bit.ly/3hl2pkX> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. Disponible en: <https://bit.ly/3Wk67jy> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en: <https://bit.ly/3rMaKmV> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2020). Servicios sanitarios de calidad. Disponible en: <https://bit.ly/3tOOUkw> (Último acceso: 20/12/2022).

OMS (2022). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

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. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Londres.

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: 20/12/2022).

NORMATIVA Y JURISPRUDENCIA

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Disponible en: <https://bit.ly/3GajU6C> (Último acceso: 20/12/2022).

Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Disponible en: <https://bit.ly/3GahCEA> (Último acceso: 20/12/2022).

Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Disponible en: <https://bit.ly/3qgfNvv> (Último acceso: 20/12/2022).

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Disponible en: <https://bit.ly/3adx1UY> (Último acceso: 20/12/2022).

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/3jlCTbz> (Último acceso: 20/12/2022).

Ley 26.944 Código Civil y Comercial de la Nación (2015). Disponible en: <https://bit.ly/376tbuA> (Último acceso: 20/12/2022).

Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2020). Disponible en: <https://bit.ly/3aaC9ZS> (Último acceso: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Disponible en: <https://bit.ly/3tPDFsz> (Último acceso: 20/12/2022).

Decreto reglamentario 603/2013. Aprueba la reglamentación de la Ley N° 26.657 que refiere a derecho a la protección de la salud mental. <https://bit.ly/3YLNpDb> (Último acceso: 20/12/2022).

Ley 26.061 de protección integral de niños, niñas y adolescentes (2011). Disponible en: <https://bit.ly/2OGK1Km> (Último acceso: 20/12/2022).

Ley 26.529 de derechos del paciente (2009). Disponible en: <https://bit.ly/3d5HNyf> (Último acceso: 20/12/2022).

Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Resolución 2003/2021. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales", actualización 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3WkvyBS> (Último acceso: 20/12/2022).

Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Resolución 4173/2021. Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto. Disponible en: <https://bit.ly/3Wo5hIE> (Último acceso: 20/12/2022).

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: 20/12/2022).

Corte Suprema de Justicia -CSJN- (2012). Fallo "F., A.L. s/Medida autosatisfactiva", 13/03/2012. Disponible en: <https://bit.ly/3tRmvKv> (Último acceso: 20/12/2022).

Defensoría Oficial. Dictamen ante la CSJN, F., A.L. s/medida autosatisfactiva, Expte. N° 259/2010. Disponible en: <https://bit.ly/3rLZoze> (Último acceso: 20/12/2022).

0800 222 3444

<http://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>

saludsexual@msal.gov.ar

ISBN 978-950-38-0314-1



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina



Gobierno de la Provincia de Mendoza
"Año del 90° Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia"

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Mendoza,

Referencia: Protocolo de Atención 2022 del Ministerio de Salud de la Nación

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 114 pagina/s.