

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En el marco de la Ley Nacional N° 27.610

Segunda edición septiembre 2021

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Nicolás Kreplak

Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales en Salud

Alexia Navarro

Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud

Sabrina Balaña

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Carlota Ramírez

Equipo matricial de la DPEGS que participó en la elaboración de Contenidos

Tatiana Aime

Melina Mosquera

César Bisutti

Mara Monteagudo

Agostina Finielli

Andrea Paz

Carla Giuliano

Gisela Stablun

Luciana Kanterewicz

Equipo de la DSSR

Laura Andoro

Karina Paiva

Julia Cabrejas

Claudia Panizza

Mara Di Bernardi

Maximiliano Rocha

Iván Fornales

Johanna Romero

Nadia Freire

Estela Sánchez

Damián Levy

Lorena Setien

Graciela Lukin

Brenda Sosa

Florencia Nejamkin

IMPRESO EN IMPRENTAS DEL ESTADO BONAERENSE

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción | 4 |
| 2. Principios en la atención de las personas con derecho a la interrupción del embarazo y en situación de postaborto | 8 |
| 3. Circuitos posibles en la atención y cuidado de la salud integral a personas gestantes | 11 |
| 4. Atención postaborto | 17 |
| 5. Procedimientos médicos y quirúrgicos para la interrupción del embarazo y del postaborto | 21 |
| 6. Consideraciones en situaciones específicas: | 28 |
| a) Niñas y adolescentes | 28 |
| b) Personas con discapacidad | 29 |
| 7. Objeción de conciencia | 30 |
| 8. Incumplimientos y sanciones previstas | 31 |
| 9. Modificaciones introducidas en el Código Penal vigente | 32 |
| Anexos | |
| a. Anexo I: Solicitud y consentimiento informado Interrupción Voluntaria/Legal del embarazo | 39 |
| b. Anexo II: Declaración Jurada | 40 |

1. INTRODUCCIÓN

El 30 de diciembre de 2020 fue sancionada en el Congreso de la Nación la Ley Nacional N° 27.610. Este hecho marca un hito en la ampliación de derechos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar; propone un modelo de atención y cuidado de la salud que reconoce la autonomía de las personas para decidir, restituyendo así la soberanía y autoridad epistémica sobre su cuerpo a quien lo porta y habita. Una soberanía que es relacional, que se garantiza con vínculos que la sostienen y acompañan en el proceso.

El derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) contribuye también a reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas, porque mejora el acceso a la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, en especial de los sectores más vulnerables. También reduce las inequidades en el acceso, porque amplía la puerta de ingreso al sistema de salud: la consulta por IVE constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración como son la falta de acceso a métodos anticonceptivos y situaciones de violencias, muchas veces invisibilizadas.

La nueva ley nacional se inscribe dentro del bloque de constitucionalidad y convencionalidad del ordenamiento jurídico argentino. Mediante los incisos 22 y 23 del artículo 75, incorporados en la reforma constitucional de 1994, nuestra Constitución y los distintos instrumentos internacionales suscriptos reconocen los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la diversidad corporal, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, al derecho 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.

Esta norma reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921, por un sistema mixto de plazos y causales al reconocer

el derecho de las personas gestantes a interrumpir de forma voluntaria su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro/riesgo la vida o la salud de la persona gestante. De esta manera, si bien se modificó el Código Penal, los lineamientos del fallo F.A.L. de la CSJN continúan siendo doctrina vigente para la interpretación de las causales.

El aborto no es un evento excepcional en la vida de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, por el contrario, es una situación frecuente.

La cifra estimada de abortos inducidos en nuestro país se encuentra entre 371.000 y 522.000, según las únicas estimaciones realizadas hasta el momento¹, lo que indicaría que en Argentina ocurren entre 6 y 7 abortos cada 10 partos. Si se analizan los motivos por los cuales las mujeres en edad fértil egresan de un hospital, se observa que el aborto es la segunda causa de egreso, siendo la primera el parto y sus complicaciones. En la provincia de Buenos Aires se registran en los últimos años disponibles² 15.000 egresos por año por este motivo, lo que confirma la magnitud de la práctica en el territorio provincial. Los egresos por aborto representan, para el año 2019, el 5% del total de los egresos hospitalarios de las mujeres en edad fértil³.

La consecuencia más dramática de los abortos inseguros es, sin duda,

1 Mario S. Pantelides E. Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. CEPAL. 2009; Notas de población N° 87: 95-120. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2 Fuente: Dirección de Información en Salud (DIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, años 2017-2019.

3 Fuente: Dirección de Información en Salud (DIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, año 2019

que numerosas personas mueren en el intento de terminar un embarazo no deseado, no intencional o forzado cuando no acceden a una práctica segura dentro del sistema de salud. En la provincia de Buenos Aires, en el periodo 2008-2019⁴, se podrían haber evitado al menos 235 muertes identificadas como muertes por aborto.

El gobierno de la provincia de Buenos Aires por medio de la Resolución N° 1/2020, de firma conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual formalizó la adhesión al “Protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, emitido por el Ministerio de Salud de la Nación en diciembre de 2019. Al momento de ser impresa esta guía se estaba trabajando en la firma de la resolución de la adhesión a la actualización 2021 del protocolo del Ministerio de Salud de Nación.

Esta Guía presenta contenidos complementarios al Protocolo vigente, en el marco de la Ley Nacional N° 27.610, para su implementación en la provincia de Buenos Aires.

Esta Guía de Implementación se encuentra dirigida a todo el personal de salud, como así también a funcionarias y funcionarios públicos de la provincia de Buenos Aires. A través de ella se pretende fortalecer, acompañar y complementar los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación sobre este tema y a los cuales remitimos. El objetivo general que se propone es orientar las prácticas del equipo de salud en la atención y cuidado de las personas en situación de interrupción del embarazo y postaborto, en el marco de la sanción de la Ley Nacional N° 27.610. De esta manera se busca garantizar estas prácticas, contribuir a la disminución de la morbilidad prevenible y promover el ejercicio pleno de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las personas.

4 Fuente: Dirección de Información en Salud (DIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, años 2008-2019.

En este documento se presenta información actualizada sobre la atención de personas en situación de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) e Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de acuerdo a la legislación vigente y a la evidencia científica disponible.

Conforme a esta ley, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, tienen derecho a:

- Decidir la interrupción del embarazo.
- Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios de salud.
- Requerir y recibir atención postaborto en los servicios de salud, independientemente de cuales sean las condiciones en las que la persona gestante haya decidido y accedido a la interrupción del embarazo.
- Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Las orientaciones que se desarrollan en la presente Guía no son definitivas, ni estáticas, podrán ser modificadas o complementadas posteriormente de acuerdo a la experiencia que se observe en la implementación, la actualización de la reglamentación vigente y los nuevos avances de la evidencia científica disponible.

2. PRINCIPIOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO Y EN SITUACIÓN DE POSTABORTO

El personal de salud debe garantizar y respetar condiciones mínimas en la atención del aborto y del postaborto que incluyen los principios de: trato digno; privacidad; confidencialidad; autonomía de la voluntad; acceso a la información amplia, adecuada y de calidad. Estos principios forman parte de la normativa internacional incorporada en la Constitución Nacional (Artículo 75, inciso 22), en el Código Civil y Comercial de la Nación (2015), y en leyes nacionales como la Ley Nacional N° 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), la Ley Nacional N° 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” (2009), Ley Nacional N° 26.743 de “Identidad de Género” y la Ley Nacional N° 25.326 de “Protección de datos personales” (2000).

A continuación, se detallan los principios rectores y sus alcances en el desempeño esperado de los equipos de salud. También se describen algunas situaciones críticas que se busca erradicar en pos de garantizar los derechos de las personas.

Principios rectores

| | |
|---|---|
| <p>Trato digno</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Respetar las convicciones personales, sociales, políticas y de la biografía de la persona por parte de todo el personal de salud. - Vedar las prácticas que perpetúan el ejercicio de las violencias de género. - Aceptar la identidad de género autopercebida de la persona que decide interrumpir el embarazo. |
| <p>Privacidad y Confidencialidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Construir y preservar un ambiente de confianza e intimidad. - Proteger a la persona gestante de injerencias ilegítimas por parte de terceras personas. - Informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada en todo el proceso de atención y luego de la misma. - Garantizar la confidencialidad, no brindar datos a terceros y utilizar la codificación del dato cuando la articulación lo haga necesaria. Atañe a todo el personal de salud. - Incluir a su familia o acompañante sólo con su expresa autorización. - En situaciones de atención de niñas y adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos y formular la denuncia penal debe realizarse sosteniendo la confidencialidad y privacidad. |
| <p>Autonomía de la voluntad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Respetar las decisiones de las personas respecto de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su salud sexual y reproductiva. - Omitir juicios -derivados de razones personales, religiosas o axiológicas- respecto a las decisiones de las personas. |
| <p>Acceso a la información</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una escucha activa y respetuosa, para que cada persona se pueda expresar libremente. Ofrecer información en función de sus necesidades y preferencias sobre su salud. - Administrar información sobre: <ul style="list-style-type: none"> - los procedimientos y los cuidados posteriores - alcances y consecuencias de la práctica - métodos anticonceptivos disponibles y su provisión - Brindar información actualizada, comprensible, veraz y manifestada en lenguaje claro y con formatos accesibles. - Evitar dar información inadecuada en relación a la solicitada. |
| <p>Calidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Brindar atención siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada. |

Derecho a la información

El acceso a la información es parte de la calidad de la atención y debe ser garantizada tanto por el personal de salud en la consulta médica, como más allá de la consulta médica específica. Es decir, también se debe ofrecer información sobre este derecho en los servicios de salud en general y desde las autoridades públicas en el ámbito de gestión y gobierno como así también en la esfera social.

En la consulta médica se debe incluir información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica, los cuidados posteriores necesarios y anticoncepción post evento obstétrico; siempre explicitando el derecho a la confidencialidad en el que se debe desarrollar la consulta, la práctica y el posterior seguimiento.

La información siempre debe ser actualizada, comprensible, veraz, manifestada en lenguaje claro para la persona gestante y con formatos accesibles.

Paralelamente las autoridades públicas, y el personal de salud en general, deben brindar información sobre el derecho al aborto conforme la legislación vigente y a la vez informar sobre las formas de acceso. El principio de transparencia activa establece el deber de informar de manera proactiva y dinámica, incluso sin haber una solicitud explícita por parte de la persona.

La Ley Nacional N° 27.610 también insta al sistema educativo a implementar la Ley Nacional N° 26.150 (de Educación Sexual Integral) y, a los distintos niveles de gobierno, a establecer políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.

Personal de salud

El personal de salud comprende a todas las personas que ocupan roles y funciones que se desempeñan en los servicios de salud de todos los niveles, en las áreas de gestión y gobierno de la salud y todos los subsectores del sistema de salud. Cada uno de estos actores cumple un rol estratégico en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

3. CIRCUITOS POSIBLES EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD INTEGRAL A PERSONAS GESTANTES

A partir de la sanción de esta nueva norma, se implementa un sistema mixto de regulación de la interrupción del embarazo que contempla edad gestacional y causales específicas.

Conforme a esta ley, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo (IVE) hasta la semana catorce (14) inclusive, del proceso gestacional, sin más requisito que su requerimiento; es decir, con la sola expresión de su voluntad. Fuera del plazo mencionado, será legal la interrupción practicada con el consentimiento de la persona gestante y la correspondiente acreditación de causales realizada por el personal de salud. Las causales que contempla la normativa son: violación, peligro/riesgo para la salud o para la vida. Las causales tienen idéntica jerarquía legal. La certificación de causales es el instrumento que le permite al equipo de salud acreditar la práctica como una Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

El siguiente cuadro señala las principales características de la IVE y la ILE según el marco normativo vigente:

| Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) | Interrupción Legal del Embarazo (ILE) |
|---|---|
| Hasta la semana 14 de gestación inclusive (14.6). | A partir de la semana 15 de gestación. |
| No requiere acreditación de causales. | Requiere acreditación de causales: <ul style="list-style-type: none"> - Violación (con el único requisito de firmar una declaración jurada* ante el personal de salud y sin necesidad de judicializar, ni convocar a otros actores) - Peligro/riesgo para la salud o la vida de la persona gestante |
| El consentimiento informado es indispensable para la realización de estas prácticas, nadie puede ser sustituido en el ejercicio de este derecho. | |
| Plazo máximo para garantizar el derecho sin incurrir en responsabilidad profesional: 10 días corridos desde la solicitud hasta acceder a la práctica. | |
| Cobertura integral, gratuita y de calidad, en función de la mejor evidencia científica disponible. | |

* Se acompaña un modelo de Declaración Jurada como Anexo II de esta Guía.

En las situaciones de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), para comprender los alcances de la causal salud se requiere considerar la definición de salud, según los instrumentos internacionales de derechos humanos, a la vez que comprender la definición de peligro/riesgo.

Salud

“La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. El derecho a la salud debe interpretarse en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, entendemos a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2006).⁵

Peligro/riesgo para la salud

El peligro/riesgo para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud para determinar el encuadre como causal de ILE. El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.”⁶

5 Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”. Actualización 2021. Pág. 24.

6 Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”. Actualización 2021. Pág. 25.

A continuación, se presenta un esquema con los circuitos posibles en la atención y cuidado integral de las personas gestantes a partir de la detección del embarazo.



- Entrega MAC junto al misoprostol en entrevista ambulatoria.
- DIU turno programado garantizado.
- Colocación de implante junto con la entrega del misoprostol.
- Ligadura tubaria o vasectomía, turno programado garantizado.

- ACO inyectable trimestral tratamiento entregado (más de uno).
- DIU colocación post aborto, post parto o intracésarea.
- Implante colocación dentro de las 48hs. de internación.
- Ligadura tubaria o vasectomía, turno programado garantizado.

PROMOCIÓN DE USO DE PRESERVATIVO

La atención integral en salud requiere, luego de la confirmación del embarazo, la realización de la Consejería en derechos. Esta consejería tiene por objetivo acompañar a la persona en la toma de decisiones autónomas. Consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles y los potenciales riesgos.

Para que la persona tome una decisión es necesario que cuente con la información adecuada que le permita evaluar las diferentes posibilidades, en este caso: interrumpir el embarazo o continuar con el mismo. Esta información debe ser laica, científicamente validada, ser oportuna y expresada en términos sencillos. En esta consejería el equipo de salud debe tener una escucha atenta y brindar información, habilitando un espacio de preguntas por parte de la persona gestante, brindar aclaraciones cuando se identifique que la persona cuenta con información incompleta o inadecuada y respetar los procesos de cada persona para tomar su decisión, remarcando que la interrupción del embarazo es una práctica sensible al tiempo. El equipo de salud tiene la obligación de brindar información en el marco de una transparencia activa.

Si la persona gestante decide **continuar con el embarazo**, podrá elegir entre materner o dar en adopción, recorrido que precisará la atención integral a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Si la persona gestante decide **interrumpir el embarazo**, se necesitará determinar la edad gestacional. La misma, se podrá identificar a partir de fecha de última menstruación cierta y segura, examen físico (examen gineco-obstétrico) y eventual ecografía.

Si la gestación es de hasta 14 semanas inclusive, se deberá garantizar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En gestaciones de hasta 12 semanas, se podrá realizar el procedimiento de manera ambulatoria, preferentemente en el primer nivel de atención (siempre que no existan razones para realizarlo en niveles de mayor complejidad). En gestaciones de 13 y 14 semanas, será aconsejable que el procedimiento se realice en el marco de una internación.

En aquellas situaciones en que la persona se encuentre cursando una gestación de 15 semanas o más, se requerirá la certificación de las causales que garanticen el acceso a la práctica de acuerdo a la normativa vigente y mencionada anteriormente. Cuando la causal se encuentre acreditada, se firmará el consentimiento informado.

El consentimiento informado es un derecho de la persona que accede al aborto y una obligación del equipo de salud, y es parte del proceso de informar. Se registra en un documento⁷ (que lleva el mismo nombre) donde la persona expresa haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo, y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa. Una vez completado este requisito se realizará el procedimiento en el establecimiento del nivel de atención que corresponda y acorde a la mejor evidencia científica disponible.

En cuanto a la entrevista inicial, la historia clínica, evaluación médica y estudios complementarios, se recomienda consultar lo previsto a tal fin en el Protocolo nacional vigente, en el apartado 'Abordaje del equipo de salud'.

En todos los casos, sin excepción, **se debe garantizar el acceso a anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE)**. Esto refiere a la elección y acceso a un método anticonceptivo elegido por la persona, durante el evento obstétrico o en el post evento obstétrico inmediato. La elección del método anticonceptivo es un derecho de cada persona y debe ser ofrecido acorde a los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

7 Se acompaña un modelo de consentimiento informado como Anexo I de esta guía.

4. ATENCIÓN POSTABORTO

La Ley Nacional N°27.610 establece que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a “Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley” (Artículo 2, inciso c).

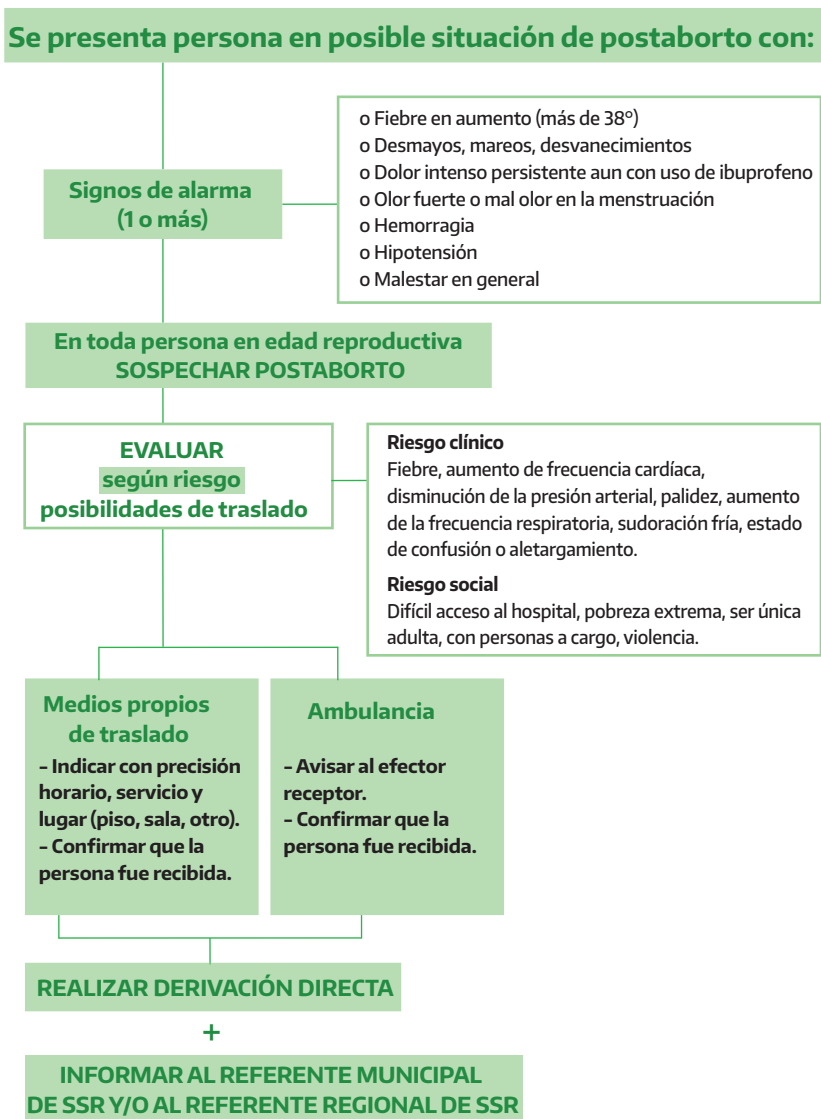
La atención postaborto (APA) consiste en una serie de intervenciones sanitarias destinadas a asistir y cuidar a quien acude a un efector de salud durante el proceso de expulsión o después de un aborto espontáneo o inducido (con o sin complicaciones). La APA es de fundamental relevancia, ya que mediante estas intervenciones se puede disminuir la morbilidad y mortalidad prevenible.

Luego de un tratamiento ambulatorio con misoprostol, se citará a la persona para seguimiento clínico una semana después de administrado el fármaco, a fin de comprobar el éxito del aborto y detectar signos de alarma ante alguna complicación.

Los síntomas que pueden presentar las personas que se encuentran en situación de aborto son: atraso menstrual, cólicos o dolor en la parte inferior del abdomen, sangrado, fiebre, fetidez en las secreciones vaginales, abdomen agudo, entre otros. Si quienes consultan en una condición clínica estable no reciben la atención oportuna, adecuada y respetuosa, pueden sufrir complicaciones que ponen en riesgo su salud y su vida.

En cuanto a la atención médica, se sugiere una evaluación inicial que se desarrolle en un marco de escucha activa, atenta y amable, que genere confianza y garantice el derecho a la privacidad y confidencialidad, para asegurar el tratamiento adecuado y la eventual derivación a un efector de mayor complejidad. Las personas que se realizan un aborto deben recibir instrucciones claras, sencillas, de forma oral y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud y cómo reconocer complicaciones que puedan requerir atención médica. Dichas

instrucciones deben incluir el abstenerse de tener relaciones sexuales vaginales y de colocarse cualquier elemento en la vagina hasta que cese la hemorragia por un periodo de entre 10 a 14 días.



Tanto las personas que asistieron previamente y se les indicó misoprostol, como aquellas de las que se desconoce qué fue lo que generó el proceso de expulsión y concurren a la consulta postaborto, deben recibir una evaluación clínica completa: anamnesis (motivo de consulta, evolución de los síntomas y signos, antecedentes personales y clínicos relevantes, evaluar aspectos psicosociales), signos vitales, examen físico (general y ginecológico completo) y registrar fecha de última menstruación. Se podrá requerir la realización de una ecografía para evaluar la continuidad del embarazo, la detección de un embarazo ectópico, o descartar embarazo ectópico.

Asimismo, es necesario valorar si la persona presenta alguno de los siguientes signos de alarma para realizar intervenciones oportunas y eficaces: fiebre en aumento (más de 38°), desmayos, mareos, desvanecimientos, dolor intenso persistente, olor fuerte o mal olor en la menstruación, hemorragia, hipotensión o malestar general. Ante la presencia de alguno de estos síntomas, es necesario realizar la derivación a un efector con la complejidad necesaria para la evaluación y eventual tratamiento. Las derivaciones deben realizarse en forma directa (ver flujograma).

El diagnóstico precoz del shock séptico o hipovolémico es fundamental para salvar la vida de las personas. Es vital que estos signos sean identificados precozmente por el equipo de salud para comenzar con maniobras de reanimación en forma inmediata.

El continuo de atención depende del estado clínico de la mujer o persona con capacidad de gestar, la edad gestacional y la complejidad de la institución de salud para resolver la emergencia. Se recomienda valorar especialmente:

1. Manejo del dolor: en algún momento del proceso las personas sufren dolor. Es importante ofrecer medicamentos y otras medidas previas para aliviarlo más eficazmente.

2. Profilaxis antibiótica: la OMS⁸ recomienda efectuar profilaxis antibiótica en todas las personas a las que se les realizará una evacuación quirúrgica. Si se realiza procedimiento con medicamentos, no se recomienda la profilaxis dado que el riesgo de infección es muy bajo. En el caso de una complicación infecciosa ante un aborto inseguro proceder según protocolos de atención de aborto infectado o séptico.

3. Isoinmunización: la recomendación de la OMS⁹ es la administración de inmunoglobulina antiRh. En las personas Rh negativas con gestaciones de menos de 10 semanas no es necesario administrar gammaglobulina. En gestaciones de entre 10 y 12 semanas, la dosis recomendada es de 50 mcg; y si el embarazo es mayor a 12 semanas 300 mcg, siempre por vía intramuscular.

4. Vacunación: valorar la necesidad de aplicar la vacuna antitetánica (toxoides tetánico) y gammaglobulina antitetánica según esquema de vacunación.

5. Evacuación uterina: deberá evaluarse, de acuerdo al estado clínico ginecológico, la posibilidad de implementar un tratamiento médico para completar la evacuación o la práctica de AMEU.

En cuanto a los procedimientos recomendados, se desarrollan en un apartado posterior, “Procedimientos médicos y quirúrgicos para la realización de la interrupción del embarazo y del postaborto”.

Tener en cuenta que, en la atención postaborto, siempre se debe garantizar el acceso a anticoncepción post evento obstétrico (AIPE), de acuerdo a las circunstancias.

8 OMS. Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da edición. 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/97%2089243548432_spa.pdf;jsessionid=4128B754C9009BE67AA92346B6CBDA73?sequence=1

9 Ibídem

5. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL POSTABORTO

Asegurar un aborto o postaborto en condiciones seguras es responsabilidad de los servicios de ginecología, obstetricia, hospitales, centros de salud y del sistema de salud en su conjunto. La responsabilidad del personal de salud es facilitar el acceso a la interrupción del embarazo de las mujeres y personas con capacidad de gestar que así lo decidan, y a la atención postaborto con la máxima calidad¹⁰. Para tal fin, los equipos de salud cuentan con programas de capacitación y asistencia técnica permanente y periódica brindada por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Procedimientos Médicos

Misoprostol

En marzo de 2005, la OMS incluyó el misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad.

En la Argentina, en julio de 2018, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó la producción de comprimidos vaginales de misoprostol, en la concentración de 200mcg, y resolvió la inscripción en el Registro Nacional de Especialidades Medicinales.

Actualmente, nuestro país cuenta con producción propia de misoprostol 200mcg de comprimidos vaginales y sublinguales del laboratorio estatal de la Provincia de Santa Fe, LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico).

¹⁰ Para mayor información sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos consultar el Protocolo nacional vigente, en la sección 'Procedimientos para realizar la interrupción del embarazo'.

Desde el año 2020, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires abastece de misoprostol a todos los efectores del territorio.

El misoprostol es una prostaglandina, un medicamento que se absorbe a través de las mucosas. En su uso gineco-obstétrico, la dosis requerida para obtener la expulsión del contenido uterino es indirectamente proporcional a la edad gestacional.



En la interrupción del embarazo este medicamento se puede utilizar por 3 vías de administración: sublingual, vaginal y bucal (yugal). Al optar por una de las vías de administración, la misma se debe utilizar hasta la expulsión del contenido uterino.

La elección de la vía es acordada con la persona gestante.

NO SE DEBEN COMBINAR LAS VÍAS PORQUE ESTO ALTERA LA ABSORCIÓN DEL MEDICAMENTO.

En el marco de la consulta se recomienda informar sobre efectos secundarios esperables, signos de alarma para concurrir a un centro asistencial y entregar material gráfico donde figuran estos temas. Se recomienda informar en forma oral y escrita las indicaciones y uso de misoprostol.

Al comenzar el tratamiento con misoprostol, indicar siempre analgésicos farmacológicos (como ibuprofenos u otros) y medidas no farmacológicas para aliviar el dolor (acompañamiento afectuoso, bolsa de agua tibia en bajo vientre y/o lo que la persona prefiera o acostumbre).

Los estándares de calidad a nivel mundial proponen el esquema combinado de Mifepristona y Misoprostol. Indicando Mifepristona 200 mg, 24/48hs. previas al uso de Misoprostol.

| ABORTO CON MEDICAMENTO ESQUEMA CON MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL | | | |
|--|------------------|--|--|
| | Edad gestacional | Dosis de mifepristona y vía de administración oral | Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema |
| Organización Mundial de la Salud (OMS 2019) | < 12 semanas | Mifepristona 200 mg vía oral única dosis | 1 a 2 días después misoprostol, dosis 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. |
| | ≤ 12 semanas | | 1 a 2 días después misoprostol, dosis 400 mcg vaginal, bucal o sublingual cada 3 horas (sin máximo de dosis hasta la expulsión). |
| Ipas 2019 | Hasta 10 semanas | Mifepristona 200 mg vía oral | 1 a 2 días después misoprostol, dosis 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. |
| | 10-13 semanas | | 1 o 2 días después 600 mcg vía sublingual u 800 mcg vía vaginal y continuar con 400 mcg vía sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión. |
| | 13 semanas o más | | 1 o 2 días después 400 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión. Si la mujer se encuentra estable se puede esperar por lo menos 4 horas después de la expulsión fetal para que expulse la placenta antes de intervenir (Ipas 2020). |

En nuestro país actualmente la ANMAT se encuentra evaluando la aprobación de la Mifepristona. A continuación, se presenta las dosis y vías de administración en la interrupción del embarazo con medicamento utilizando el esquema con Misoprostol solo, según recomendaciones avaladas por la mejor evidencia disponible e instituciones científicas reconocidas.

| ABORTO CON MEDICAMENTO ESQUEMA CON MISOPROSTOL SOLO | | |
|---|----------------------------------|---|
| Fuente | Edad Gestacional | Dosis, Vía De Administración Y Esquemas |
| Organización Mundial de la Salud (OMS 2019) | Menos de 12 ^a semanas | Misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual o bucal. Repetir dosis hasta la expulsión. |
| | Mayor o igual a 12 semanas | Misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 hs. (sin máximo de dosis). |
| IPAS (2019) | Menos de 13 semanas | Misoprostol 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas. |
| | Mayor o igual a 13 semanas | Misoprostol 400 mcg vía sublingual o vaginal* cada 3 hs. hasta la expulsión de feto y placenta. |
| Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2017) | Menos de 13 semanas | Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs. o vaginal**/ bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo)*** |
| | Mayor de 13 semanas | de 13 a 24 semanas ^b Misoprostol 400 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 3 hs.**** |

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

b Otras esquemas: 25 a 26 semanas: 200 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 4 horas; 27 a 28 semanas: 200 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 4 hs; más de 28 semanas: 100 mcg vaginal**, sublingual o bucal cada 6 hs.

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

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

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

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

Hasta las 12 semanas completas del proceso gestacional, el tratamiento puede ser ambulatorio. A partir de las 13 semanas es necesario realizar el tratamiento con internación en un efector de segundo o tercer nivel.

| USO DE MISOPROSTOL EN ABORTO INCOMPLETO | |
|---|---|
| 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>Menor 13 semanas de gestación: Misoprostol 600 mcg. vía oral o 400 mcg. sublingual, hasta finalizar proceso.</p> <p>Mayor o igual a 13 semanas de gestación: Misoprostol 400 mcg. vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso.</p> |
| <p>Fuente OMS (2019), FLASOG (2019), FIGO (2012). Para más información, ver la "Guía para la atención de mujeres que cursan un aborto" (PNSSyPR, 2015) o actualizaciones posteriores.</p> | |

Procedimientos Quirúrgicos

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

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

Es un procedimiento que está indicado para ser realizado en forma ambulatoria hasta las 12 semanas completas de gestación o con un diámetro longitudinal uterino de 12 cm en el postaborto con las cánulas habituales (ilustradas en la foto). Con operadores capacitados y con el

material adecuado, es un procedimiento que puede ser realizado hasta la semana 16 de gestación.

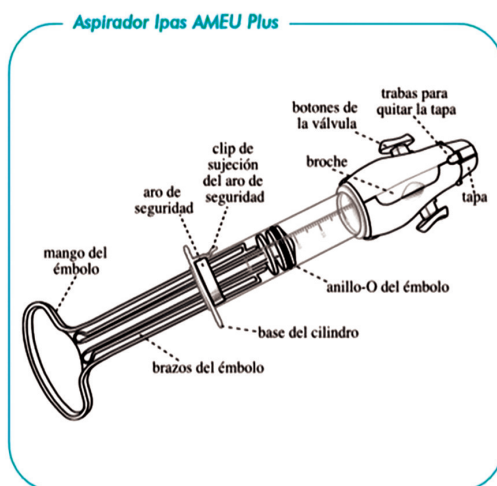
En la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

Previo a la realización de esta práctica se debe indicar **misoprostol** 400 mcg sublingual dos horas antes o misoprostol por vía vaginal con tres horas de anticipación para preparar el cuello uterino para la colocación de las cánulas.

También se debe indicar **antibiótico** en forma profiláctica: doxiciclina 200 mg o azitromicina 500 mg o metronidazol 500 mg, en una única dosis.

Analgésico: Ibuprofeno u otros, no olvidar tratamiento no farmacológico para el dolor, y bloqueo paracervical para realizar la práctica.

Aspirador y Cánulas AMEU¹¹



11 Imágenes extraídas de Ipas (2020). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: www.ipas.org/actualizacionesclinicas

Cánulas de AMEU de la N° 4 a la 10 y N°12



Por recomendación de la OMS (2018), los servicios de salud y las autoridades deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso o la aspiración endouterina.

Dilatación y Evacuación¹²

Se llama dilatación y evacuación al procedimiento quirúrgico donde con el uso de pinzas no traumáticas se remueve el embarazo a través del cérvix.

El primer paso es la preparación del cuello con misoprostol 400 mcg, dos o tres horas antes del procedimiento, de no tener una dilatación adecuada, dar otra dosis de misoprostol.

Se debe utilizar profilaxis antibiótica: doxiciclina 200 mg o azitromicina 500 mg o metronidazol 500 mg, única dosis, 30 a 60 minutos antes del procedimiento.

Se deben indicar analgésicos farmacológicos como ibuprofeno u otros, y medidas no farmacológicas de manejo del dolor.

Para la realización de la práctica se utiliza bloqueo paracervical, anestesia raquídea, peridural o anestesia general.

12 Edelman, A. y Kapp, N. (2018). Guía de referencia sobre dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ("segundo trimestre"). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Los riesgos de complicaciones severas son mínimas, el riesgo de perforación uterina es menor a 0,1%.

6. CONSIDERACIONES EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

En este apartado desarrollamos algunos aspectos de la atención de niñas y adolescentes, como así también de personas con discapacidad ante la solicitud de la interrupción del embarazo.

Respecto al consentimiento informado cabe aclarar que siempre es individual y se rige por la autonomía de la voluntad. En algunas situaciones específicas, el consentimiento, requiere del acompañamiento o colaboración de otras personas para favorecer a la persona titular del derecho a expresar su voluntad o facilitar su comprensión.

a. Niñas y adolescentes

En el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, vigente desde agosto de 2015, y en la resolución N° 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, se establece respecto al consentimiento informado que:

- Todas las personas de más de 16 años son consideradas por la legislación argentina como adultas en lo referente al cuidado de su propio cuerpo.
- Todas las personas de 13 a 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. De existir un grave riesgo para la vida o la salud de la adolescente será necesario además de su consentimiento, el asentimiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos.
- Las personas menores de 13 años, deberán dar el consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales,

personas que ejerzan formalmente o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. En estas situaciones se deberá asegurar la participación directa de la persona menor, no pudiendo suplirse su consentimiento por el de otra/s persona/s. En los casos de violación, nunca es exigible la denuncia policial o judicial para acceder a una ILE, sólo es necesaria una declaración jurada de que el embarazo es producto de una violación. En el caso de niñas menores de 13 años, la declaración jurada no es necesaria (art. 4.a, Ley 27.610).

- De existir conflicto de intereses entre el niño/niña o adolescente y el adulto que acompaña, se debe proceder teniendo en cuenta el interés superior del niño.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes¹³, el deber de comunicar la vulneración de derechos ante la autoridad administrativa de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en el ámbito local, y el deber de formular la denuncia penal, deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes, su capacidad progresiva e interés superior. El deber de comunicar y de formular la denuncia penal no deberá obstruir ni dilatar el acceso a la práctica.

b. Personas con discapacidad

El consentimiento en personas con discapacidad siempre es individual y brindado con autonomía por la persona que requiere la práctica. Quienes así lo necesiten pueden contar con una o más personas de su confianza (provenientes de la familia, comunidad, equipo de salud o instituciones de protección de derechos) para que presten apoyo a fin de favorecer la toma de decisión autónoma. Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con

13 Debido a la complejidad en la atención de situaciones de violación en niñas/os y adolescentes se sugiere consultar: UNICEF, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2019). Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud.

discapacidad en el ejercicio de su derecho. Es necesario que el sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que las decisiones sean tomadas por la persona titular del derecho y para que no existan abusos.

Si existe una sentencia judicial de restricción de la capacidad que impide ejercer el derecho sobre su propio cuerpo o salud, o la persona es declarada incapaz, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o de una persona allegada.

El personal de salud debe ofrecer ajustes razonables a la adaptación del lenguaje, adaptación de los materiales de información, la utilización de formas de comunicación accesibles con el fin de facilitar la comprensión de la persona con discapacidad.

7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

En relación al marco de aplicación de esta ley, el ejercicio del derecho excepcional de la objeción de conciencia consiste en la negación a realizar la interrupción del embarazo con fundamento en creencias morales o religiosas, constituye una situación extraordinaria y siempre de carácter personal.

Su ejercicio está limitado a profesionales de la salud que intervienen de forma directa en el procedimiento de interrupción del embarazo, no es factible que otro personal de salud apele a esta excepción, ni es extensible a otras prácticas que implican la atención integral de la persona, sean previas o posteriores a la interrupción (como, por ejemplo: ecografía, toma de tensión arterial, etc.).

Para que sea legítima la objeción de conciencia, el o la profesional de medicina, debe mantener su decisión en todos los ámbitos en los que ejerza su profesión, tanto público, como privado y/o de seguridad social.

En ningún caso el ejercicio de la objeción de conciencia debe impedir ni

obstaculizar el ejercicio de derechos por parte de las personas gestantes.

Siempre se deberá garantizar la atención y realización de la práctica según los máximos estándares de calidad a quien lo solicita.

Para garantizar la solicitud de la persona gestante se debe considerar la derivación a otra/o profesional, en forma oportuna y sin dilaciones. Para ello, se debe tener presente que el plazo para la realización de la práctica es de 10 días corridos a partir de su solicitud.

Ningún profesional de la salud puede negarse a realizar la práctica si:

- Dicha objeción se traduce en derivaciones o demoras que comprometan el acceso a la interrupción del embarazo.
- En caso que la salud de la persona gestante esté en riesgo y requiera atención inmediata e impostergable.
- No se podrá alegar la objeción de conciencia para negar atención sanitaria posterior al aborto.

Todos los establecimientos de salud tienen la obligación de garantizar la práctica. Aquellos establecimientos pertenecientes al Subsector Privado o de Seguridad Social que no cuenten con profesionales para garantizarla deberán prever y disponer de los medios necesarios para su derivación a una institución de salud que asegure la prestación.

8. INCUMPLIMIENTOS Y SANCIONES PREVISTAS

El principio de debida diligencia tiene una extensa trayectoria en el sistema jurídico internacional y en sus estándares sobre la responsabilidad de los Estados, incluso por hechos cometidos por particulares. El mismo sintetiza las medidas que los Estados deben realizar para garantizar los derechos humanos de todas las personas. Ello incluye el diseño, la ejecución y la supervisión de las políticas y acciones dirigidas a prevenir y evitar las violaciones de derechos

humanos, así como las medidas adoptadas una vez que éstas ya han tenido lugar. En cuestiones de género, el principio de debida diligencia debe ser reforzado y por eso el Estado argentino no sólo se ha obligado a erradicar las violencias sino principalmente a prevenirlas.

En lo relativo a la Ley Nacional N° 27.610, este sistema legal reconoce derechos y en concordancia establece un sistema de responsabilización mediante un conjunto de sanciones específicas para quienes incumplan las normas relativas al acceso a la atención y cuidado de las personas en situación de IVE, ILE y postaborto. En términos generales, se sanciona:

- Obstaculizar, dilatar o negar la interrupción del embarazo requerida: este incumplimiento recibirá sanciones de 3 meses a 1 año de prisión e inhabilitación.
- Provocar interrupción con o sin consentimiento de la persona gestante fuera del marco normativo vigente: dará lugar a penas de 3 meses a 10 años de prisión.
- Incumplir requisitos y reglas para ejercer la objeción de conciencia: implicará la aplicación de sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles.

9. MODIFICACIONES INTRODUCIDAS EN EL CÓDIGO PENAL VIGENTE

En el Código Penal de la Nación se tipifican una serie de delitos que cuando se realizan por acción u omisión resultan socialmente reprochables. La Ley Nacional N° 27.610, reconociendo al aborto como un problema de salud pública, establece modificaciones en el Código Penal de la Nación tendientes a garantizar el acceso a la atención de las personas en situación de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Interrupción Legal del Embarazo y Postaborto. El siguiente cuadro, señala las principales modificaciones:

Principales modificaciones introducidas en el Código Penal

Los abortos realizados con consentimiento de la persona gestante, hasta la semana catorce, inclusive, de gestación se denominan IVE y dejan de ser reprochables penalmente (Art. 86). Por ello tampoco se sanciona a quien causare aborto con consentimiento de la persona gestante, conforme a los plazos y causales previstas (Art. 85).

Luego de la semana catorce, inclusive, de gestación, el aborto seguirá siendo legal si se realiza mediante las causales previstas por el artículo 86 del Código Penal. Es decir, si el aborto se realiza cuando el embarazo es producto de una violación, o cuando se encuentra en peligro la salud o la vida de la persona gestante.

En relación a la causal violación se elimina la mención a la “mujer idiota o demente” y se incorpora como único requisito para acceder la declaración jurada de la persona gestante ante el equipo de salud interviniente. Respecto a la causal “salud” el criterio utilizado es el mismo interpretado en la doctrina judicial mediante la sentencia de la CSJN en “F.A.L”. Es decir, si se encuentra en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante se considera legal la interrupción del embarazo.

Se incorpora un nuevo artículo (art. 85 bis) que penaliza a los funcionarios públicos y a las funcionarias públicas o los o las agentes de salud que dilataren injustificadamente o se negaren a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados; es decir que se incluyen las situaciones de IVE e ILE.

En el artículo 88 se redujo la pena respecto a la persona gestante que causare su propio aborto o consintiere que otro lo causare por fuera de las previsiones legales de esta ley. Se establece una pena de prisión de tres meses a un año (que era de uno a cuatro años) y se incorpora la posibilidad de la eximición de la pena, cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

Construyendo una nueva realidad: otro modelo de atención y cuidado

Desde la constitución de la sociedad moderna y a partir de la división sexual del trabajo, el cuerpo de las mujeres ha sido territorio de explotación y objeto de un intenso tutelaje estatal. Los cuerpos con capacidades reproductivas se transformaron en territorios de control y disciplinamiento. La incorporación del derecho a acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo le devuelve el saber, la autoridad epistémica sobre su cuerpo a quien lo porta y habita. Quienes toman las decisiones y definen su riesgo a la salud son las personas en su propia trayectoria de vida. La IVE redistribuye el poder en la escena de la consulta médica y contribuye al modelo de cuidado en salud que estamos construyendo.

A partir de la sanción de la Ley Nacional N° 27.610, y en el marco de la normativa vigente, los servicios de salud deben garantizar el ejercicio del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), hasta la semana 14 inclusive de gestación. A partir de la semana 15 de gestación se requiere continuar garantizando la atención integral a las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), como así también, en todos los casos la atención postaborto.

Las condiciones mínimas en la atención de las personas en situación de IVE, ILE y postaborto incluyen los principios que forman parte de la normativa nacional e internacional. Éstos son: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información amplia, adecuada y de calidad.

La IVE reduce las inequidades en salud, inequidades de género e inequidades socioeconómicas, porque mejora el acceso a la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, en especial de los sectores más vulnerables. También reduce las inequidades en el acceso, porque amplía la puerta de acceso al sistema de salud: la consulta por IVE constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración como falta de acceso a métodos anticonceptivos y situaciones de violencia muchas veces invisibilizadas.

La IVE viene a saldar una deuda histórica de la democracia con las mujeres y toda persona potencialmente gestante. Una sociedad democrática necesita personas soberanas sobre sus cuerpos como territorialidad primaria, personas con ciudadanía plena.

Este Ministerio asume el compromiso de generar las condiciones materiales y simbólicas para garantizar el pleno acceso al derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo entendiéndola como una decisión política impostergable para el fortalecimiento de nuestra democracia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NORMATIVAS

- Código Civil y Comercial de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>
- Código Penal de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=16546>
- Constitución Nacional Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- CSJN (2012). Fallo “F., A. L. s/Medida autosatisfactiva”. Disponible en <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicianacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>
- DEIS (2013). Estadísticas de Servicios de Salud. Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/Serie11Nro14.pdf>
- DIS (2017-2019). Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria. Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
- DIS (2014-2018). Estadísticas Vitales. Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
- DSSyR (2019). Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. 2º Edición.
- DSSyR (2021) Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”. Actualización 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para->

la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria

- Faúndes, Aníbal y Shah, Iqbal H. (2015). Disponible en: <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-12-n-2-2016/113-evidencia-que-apoya-un-mayor-acceso-al-aborto-legal-y-seguro>
- FIGO (2017). Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017. https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/MisoFIGO_Dosage_Chart_SPA.pdf
- Ipas (2018). Guía de referencia sobre dilatación y evacuación (D y E): aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre'). Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/guia-de-referencia-sobre-dilatacion-y-evacuacion-d-y-e-aborto-inducido-y-atencion-postaborto-a-las-13-semanas-o-mas-de-gestacion-segundo-trimestre/>
- Ipas (2020). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: www.ipas.org/actualizacionesclinicas
- Mario S. Pantelides E (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. Notas de población N° 87: 95-120. CEPAL. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Mario.pdf>
- OMS (2006). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Octubre. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS (2012). Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da edición. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

- OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=AE8AE70639DF92C B65177555B1A10FBA?sequence=1
- OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos Tercera edición http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/
- OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
- Resolución N° 65/2015, Ministerio de Salud de la Nación, “Nuevo código civil y comercial, lectura desde los derechos sexuales y los derechos y reproductivos”. Código civil y comercial. Marco interpretativo. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=257649>
- Resolución N° 1/2019, Ministerio de Salud de la Nación, Aprueba el PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, 2DA EDICIÓN 2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=333416>
- Resolución N° 1/2020, de firma conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad, de la provincia de Buenos Aires. Adhiere al PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, 2DA EDICIÓN 2019. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/resolucion-conjunta/2020/1/210075>
- UNICEF, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2019). Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/atencion-ninias-adolescentes-menores-15-embarazadas>

ANEXO I

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA/LEGAL DEL EMBARAZO

Datos de la persona declarante

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de historia clínica: _____

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos de la Ley Nacional N° 27.610. A los fines referidos manifiesto expresamente:

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

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

Firma de la persona interesada _____ Aclaración _____

.....

Datos de la/el representante legal o allegado/a o sistema de apoyo (de corresponder) Señalar lo que corresponda:

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

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

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

Firma del o de las/los profesionales médicos: _____ Matrícula N°: _____

.....

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

ANEXO II

DECLARACIÓN JURADA

Datos de la persona declarante*

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

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

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

- Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).
- Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

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

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (Ley Nacional N° 27.610).

Firma de la persona declarante

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

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**