

BASES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

CARTILLA DE BOLSILLO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA





BASES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

CARTILLA DE BOLSILLO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA



Sonia Ariza Navarrete | Sandra Formia | Dana Repka | Agustina Ramón Michel | Milena Orayen

Octubre 2022

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
1. ESTÁNDARES LEGALES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	9
a. Introducción	10
i. Fundamentos para la garantía del derecho al aborto. De la criminalización al reconocimiento de la autonomía en las políticas sanitarias	10
ii. Ley 27.610. El derecho a la IVE/ILE y la atención posaborto en la Argentina	11
iii. Derechos y principios en la IVE/ILE1	12
iv. Obligaciones del personal de salud en la provisión de IVE/ILE y la atención integral de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar	13
b. Estándares legales para la atención de calidad de la IVE/ILE	14
i. Acceso a la información, consejería y transparencia activa	15
ii. Privacidad, confidencialidad y secreto profesional	15
iii. Objeción de conciencia. Derecho, límites y cargas. Garantías institucionales	16
iv. Trato digno. Buen trato y asistencia integral	18
v. Autonomía. Acceso y elección dentro de los métodos seguros disponibles	18
vi. Consentimiento informado	18
1. Consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes	19
a. Consentimiento informado de adolescentes a partir de los 16 años	20
b. Consentimiento informado de adolescentes entre 13 y 16 años	20
c. Consentimiento informado de personas menores de 13 años	21
2. Consentimiento informado de personas con discapacidad	21
a. Ajustes razonables	22
b. Sistemas de apoyo	22
vii. Atención posaborto	23
viii. Violencia sexual	24
2. ESTÁNDARES CLÍNICOS PARA LA ATENCIÓN DE IVE/ILE	27
a. Introducción	28
b. Marco general para la atención integral del aborto	29
i. Entorno propicio	29
ii. Calidad de atención	29
iii. Buenas prácticas en salud	30

c.	Proceso de atención	30
i.	Recepción: Información y orientación	30
1.	La consejería	30
2.	Historia clínica	32
ii.	Evaluación médica	33
1.	Anamnesis	33
2.	Examen físico	33
3.	Métodos complementarios	33
iii.	Laboratorio	33
iv.	Evaluación de la edad gestacional	33
v.	Vacunación e isoimmunización Rh	34
d.	Procedimientos para la provisión de aborto	34
i.	Aborto médico	36
1.	Medicamentos recomendados	36
2.	Contraindicaciones	38
3.	Precauciones	38
4.	Consideraciones especiales y dosis recomendadas	39
5.	Presencia de cicatriz uterina	40
6.	Analgesia	40
7.	Efectos colaterales (esperables) y signos de alarma	41
8.	Recomendaciones antes de la realización de un aborto con medicamentos	41
ii.	Aborto quirúrgico	42
1.	Aborto quirúrgico antes de las 14 semanas	42
2.	Preparación previa al procedimiento	43
3.	Analgesia	43
4.	Bloqueo paracervical	43
><	Preparación y manejo del instrumental para la AMEU	45
e.	Respuesta ante la emergencia	51
f.	Atención luego del procedimiento (30 min - 2 horas)	51
g.	Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO)	54

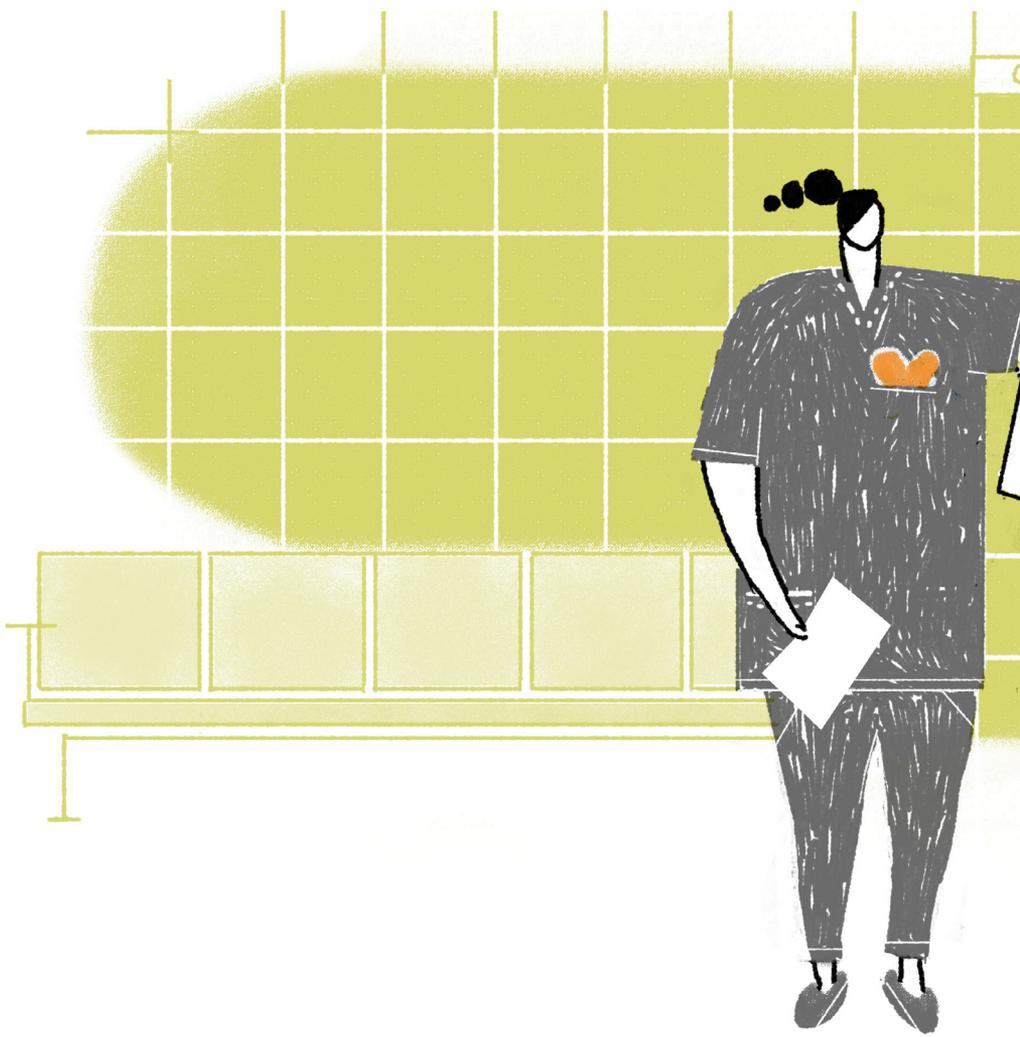
PRESENTACIÓN

Esta cartilla ofrece de manera concisa información clave para la atención de la interrupción del embarazo en Argentina. Está especialmente destinada a personal de enfermería, aunque su contenido puede ser de utilidad para otras profesiones de la salud.

Surgió en el marco del trabajo que CEDES y REDAAS vienen desarrollando con personal de enfermería, y también en objeción de conciencia, que dió lugar a la elaboración del documento “La enfermería en la interrupción del embarazo: Guía para armar un taller” del CEDES (2021), con el apoyo de Ipas.

La cartilla se organiza en dos secciones: en la primera, se introducen los estándares jurídicos para la atención de la interrupción voluntaria y la interrupción legal del embarazo (IVE/ILE), la atención posaborto y la anticoncepción posevento obstétrico en Argentina. En la segunda sección, se describen los aspectos clínicos para la provisión de calidad de dichas prácticas considerando el rol del personal de enfermería.

Agradecemos la colaboración del equipo desarrollador del *Asistente Virtual de REDAAS*, una herramienta creada para facilitar el acceso a la información de profesionales de la salud en el marco de la atención de la interrupción del embarazo. Estará disponible a partir de diciembre de 2022 en la [página web de REDAAS](#).



1. ESTÁNDARES LEGALES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO



1. ESTÁNDARES LEGALES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

a. Introducción

En esta primera parte presentaremos el marco para la atención de la interrupción del embarazo y otras prácticas conexas como la consejería, la atención posaborto y la anticoncepción desde un enfoque basado en derechos humanos con perspectiva de género.

El derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo está reconocido por la Ley 27.610, sancionada en diciembre del 2020 en Argentina. Además, surge de otros derechos, como el derecho a la salud y a la vida, contemplados en distintos **Tratados Internacionales con rango constitucional en el país.** Es decir, **el aborto es una cuestión de derechos humanos.**

El **enfoque basado en derechos humanos** (EBDH) integra una mirada de derechos basada en la *dig-nidad, la igualdad y la libertad* para todas las personas, enfocando en los grupos de población con mayor *marginación, exclusión y discriminación.* **Este enfoque exige un análisis de las normas de gé-nero, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados.** El objetivo del EBDH es que todas las políticas, estrategias y programas mejoren progresivamente el goce de los derechos de la población.

i. **Fundamentos para la garantía del derecho al aborto. De la criminalización al reconocimiento de la autonomía en las políticas sanitarias**

Hace varias décadas, el abordaje del aborto se hizo, prioritariamente, a través del derecho penal. Así, **el aborto fue considerado en primer lugar un delito y solo se contemplaron algunas excepciones o su-puestos de reducción o exención de pena,** basadas en las condiciones en las cuales se realizaba o la situación particular de la personas gestante. En muchos países, el aborto solía permitirse sólo para salvar la vida de la mujer, o en casos de violencia sexual o cuando se realizaba por la situación socio-e-conómica de la gestante y/o su familia.

A finales de la década del '60 en Europa y en América del Norte comenzó un giro hacia la despenaliza-ción del aborto. Progresivamente se fue reconociendo que el aborto debía ser tratado como un evento obstétrico en la vida reproductiva de las mujeres. A su vez, se reconoció que la vida en gestación tenía un valor importante y que, por tanto, resulta imprescindible garantizar las condiciones para que las gestantes puedan elegir una maternidad voluntaria. En este marco, es claro que los Estados deben asumir su obligación de garantizar el acceso universal a la información y a los servicios de salud se-xual y reproductiva como el aborto, como una manera de proteger la salud individual y comunitaria.

Los **derechos humanos** son derechos que tenemos básicamente por existir como personas humanas. Estos derechos son **universales e inherentes** a todos nosotros, con independencia de la nacionalidad, género, origen étnico o nacional, color, religión, idioma o cualquier otra condición.

Por esta razón, **la mayoría de los países del mundo han avanzado, desde entonces, hacia un régimen de despenalización mixto del aborto**, que parte del reconocimiento a la autonomía reproductiva de todas las personas. Este régimen contempla un plazo dentro del cual las gestantes pueden interrumpir sus embarazos sin calificación externa de sus razones (es decir, sin que deban explicitar sus motivos); y lo combina con un sistema de causales que garantiza el derecho a interrumpir la gestación en las siguientes etapas cuando existan razones determinadas legalmente (por ejemplo, cuando exista riesgo para la vida o la salud de la gestante, violencia sexual o de género, entre otros).

ii. Ley 27.610. El derecho a la IVE/ILE y la atención posaborto en la Argentina

La Ley 27.610 regula el acceso a la práctica de la IVE/ILE y la atención posaborto, incluyendo la anti-concepción posevento obstétrico. La regulación se completa con el Decreto 516/2021 que reglamenta la ley por el ejecutivo y la Resolución 1535/2021 que aprueba el “Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción del embarazo”. De esta forma, actualmente existe una regulación completa y adecuada para el ejercicio de estos derechos.

La ley se centra, fundamentalmente, en las garantías para el acceso a estas prácticas y le da un lugar de importancia al sistema de salud y sobre todo al “personal de salud”. Este punto es especialmente relevante pues, al no limitar la atención del aborto a profesionales de la medicina, permite la **ampliación de equipos** intervinientes, es decir, que personal de enfermería y obstetricia, por ejemplo, podrían intervenir directamente en la provisión de IVE/ILE, lo que concuerda con el modelo que la OMS llama de *tareas compartidas*. Asimismo, autoriza la realización de abortos autogestionados, fuera del sistema formal de salud, y establece la obligación de atender en el posaborto en todos los casos.

Tareas compartidas es una estrategia de salud que impulsa la formación y habilitación de trabajadores de salud no médicos para labores específicas en la atención de IVE/ILE, de manera que puedan desempeñarse en ellas.

Es una apuesta para ampliar el elenco del personal involucrado en la garantía y también para enfatizar el trabajo en equipos conformados por distintos profesionales (es decir, multiprofesional) y no jerárquico.

(OMS, 2010; Ramón Michel et al., 2022)

La ley indica, además, que **las mujeres y otras personas con capacidad de gestar tienen derecho a la atención posaborto en todos los servicios de salud, con independencia de si el aborto se produjo o no en las situaciones previstas por la ley** (art. 5. Ley 27.610).

Las últimas Directrices sobre la atención para el aborto de la OMS (2022) definen el aborto autogestionado como una práctica que puede ser segura y que debe ser legitimada por los Estados para garantizar la

posibilidad de su desarrollo en condiciones de seguridad. Esto último es particularmente importante en vistas de lo estipulado por el art. 4.f de la Ley 27.610 que establece la obligación del personal de salud de respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y definiciones de la OMS.

Finalmente, 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** en los tres subsistemas de salud (art. 21). No se requiere ninguna adhesión de una ley provincial ni un protocolo provincial para que las obligaciones del personal de salud y los derechos de las mujeres estén vigentes. **Todas las personas que se encuentran en el territorio argentino tienen derecho a acceder a estas prácticas en igualdad de condiciones.**

iii. Derechos y principios en la IVE/ILE

Según el artículo 2 de la Ley 27.610, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar tienen derecho a:

- 1. Decidir la interrupción del embarazo;**
- 2. Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo** en los servicios del sistema de salud;
- 3. 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;
- 4. Prevenir los embarazos no intencionales** mediante el acceso a información, educación sexual integral y métodos anticonceptivos eficaces.

El artículo 4 de la Ley 27.610 establece que las mujeres y otras personas 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 explicitar los motivos de su decisión.
- * **la interrupción legal de su embarazo (ILE)** en las siguientes situaciones:
 - 1. 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. Esta declaración jurada no es necesaria en casos de niñas menores de trece años (art. 4.a).
 - 2. Si estuviera en peligro la vida o la salud** de la persona gestante. Sobre la base de esta última causal -conocida como la causal salud- y siguiendo la definición de la OMS de “salud” como el estado de completo bienestar físico, mental y social (y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades), un embarazo puede legalmente interrumpirse cuando cualquiera de las dimensiones de la salud está en riesgo. Por ello, la decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr es el factor determinante para la configuración de la causal salud, pues la causal no requiere un determinado tipo o entidad para el riesgo. En el caso de NyA menores de 15 años, los riesgos físicos y emocionales asociados a estos embarazos se constituyen en sí mismos como causal salud (Plan ENIA, 2017-2019).

Los **principios para la atención de la IVE/ILE** son (art. 5, Ley, 27.610):

- * **Trato digno:** Se debe garantizar el buen trato y el respeto de los derechos de las gestantes.
- * **Privacidad:** incluye la reserva de la información y de la consulta. No se debe involucrar más personal del estrictamente necesario.
- * **Confidencialidad:** se relaciona con el secreto médico, impide divulgar información de la consulta o la situación de la solicitante de IVE/ILE.
- * **Autonomía de la voluntad:** siempre la voluntad y decisión informada de la gestante prevalece y no debe ser sometida a influencias indebidas. El personal sanitario es garante de las condiciones para el ejercicio de la autonomía.
- * **Acceso a la información/transparencia activa:** el personal de salud debe entregar información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.
- * **Calidad:** La atención debe responder a los estándares legales, clínicos y de atención más actualizados.

Todas las prestaciones establecidas en la ley **se incluyen en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio con cobertura total (100%)**, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo. Esta cobertura incluye:

- * Consejería
- * IVE/ILE
- * Atención posaborto
- * Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO)
- * Otras que se requieran (previas o de seguimiento)

Tanto los servicios públicos de salud, como las obras sociales nacionales y provinciales y las empresas y entidades de medicina prepaga, deben incorporar la cobertura integral y 100% gratuita de la práctica (art. 12, Ley 27.610)

iv. Obligaciones del personal de salud en la provisión de IVE/ILE y la atención integral de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar

El personal de salud está obligado, ante la solicitud por parte de la gestante, a 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 puedan garantizarse oportunamente los derechos contemplados en la ley y el acceso a la práctica solicitada. Además, el personal interviniente debe informar a la usuaria, en ese mismo momento, de las semanas de embarazo a los fines de que aquella pueda ejercer su derecho a acceder a una IVE; y debe dejar registrado lo actuado en la historia clínica. Cabe destacar que, al tratarse de una IVE, no deberá registrarse los motivos de la solicitud de la gestante en su historia clínica, salvo que la persona así lo solicite (Sec. 3.1, Res. 1535/2021).

Asimismo, **la práctica debe ser realizada por el personal de salud dentro de los 10 días siguientes a la solicitud de la IVE** (art. 5, Ley 27.610). Cualquier retraso en el acceso no hace cambiar el régimen de

IVE por ILE en ningún caso en que la solicitud se haya realizado dentro del mencionado plazo de 14 semanas.

Debe señalarse que el personal de salud está obligado a realizar la IVE/ILE de la persona que lo solicite con independencia de su nacionalidad o su estatus migratorio. Ello así porque no debe exigirse ni documento nacional ni prueba de residencia para la provisión de una IVE/ILE.

Si bien no es necesaria la intervención de más de una/un profesional de la salud para la confirmación de la edad gestacional en los casos de IVE y la constatación de las causales en los casos de ILE, **el trabajo en equipos interdisciplinarios puede ser adecuado dependiendo de la situación particular de la personas que requiere una IVE/ILE para asegurar el abordaje integral** (Res. 1535/2021). Este abordaje integral se traduce en la obligación de brindar información relacionada con el derecho a la salud y al acceso a la justicia (incluyendo el derecho a denunciar la situación de violencia sexual y preservar la evidencia), en casos en que el profesional interviniente o el equipo de salud advirtiera, en el marco de la consulta de la solicitante, la existencia de un riesgo para la salud por causa del embarazo o bien que el embarazo es producto de violencia sexual (Res. 1535/2021).

Es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que le pueden corresponder al personal de salud, en caso de no cumplir con sus obligaciones. **Podrán ser responsables civil, penal y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones** cuando, de forma injustificada, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa, incumplan el deber de secreto profesional y el deber de confidencialidad o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto (art.10, ley 27.610; Res. 1535/2021).

Cada efector de los tres subsistemas de salud del país tiene responsabilidades y obligaciones para la garantía del acceso efectivo a la IVE/ILE y la atención posaborto (art. 12, Ley 27.610). Para cumplirlas, **debe asegurar los recursos, mecanismos y personal sanitario para el acceso a los servicios de interrupción segura del embarazo y la atención post aborto** (Res. 1535/2021).

b. Estándares legales para la atención de calidad de la IVE/ILE

La realización de una IVE/ILE y la atención posaborto deben guiarse fundamentalmente por los principios y derechos establecidos en el artículo 5 de la Ley 27.610 y mencionados en la sección anterior. Para ello, **se deben considerar los aspectos técnicos, clínicos, de servicio e interpersonales relacionados con el acceso oportuno, eficaz, seguro, equitativo, y centrado en la persona para la atención de la salud.**

Debe garantizarse la **provisión de las prácticas de IVE/ILE 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. Igualmente, **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. Por último, debe protegerse 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.

A continuación, presentamos el detalle de algunas cuestiones centrales para la garantía de acceso y ejercicio de derechos en el marco de la atención de la IVE/ILE y posaborto.

i. Acceso a la información, consejería y transparencia activa

El **acceso a la información** es un derecho de todas las personas que acuden al sistema de salud, y es a la vez una obligación del personal sanitario. A esta obligación se la llama **deber de transparencia activa** y supone que el personal sanitario debe acercar toda la información pertinente en cada situación para que la persona que debe tomar una decisión sobre una práctica sobre su propio cuerpo pueda hacerlo conociendo todas las posibilidades que tiene, sus consecuencias, riesgos y beneficios, de forma adecuada y oportuna. Esto es, sin sesgos, juzgamientos y con información actualizada, veraz y completa. Se la llama **activa** porque no depende de que la persona solicite la información sino que se debe brindar toda la información disponible y pertinente en todos los casos, ya que las personas pueden no tener información suficiente para hacer preguntas o solicitarla. Además, 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 (Res. 1535/2021).

La **consejería en salud reproductiva** es una de las principales **herramientas de los equipos de salud para la transmisión de información de forma dinámica** a lo largo de la atención de la salud, en particular de la salud sexual y reproductiva. **La consejería es una estrategia de atención y también un espacio de encuentro** con las personas que requieren servicios de salud sexual y reproductiva. Su objetivo es acercar información sobre derechos y alternativas disponibles para que tomen decisiones libres e informadas, sin sentirse presionadas o juzgadas (ver más adelante en este documento: Sección 2.c.i Recepción: información y orientación).

ii. Privacidad, confidencialidad y secreto profesional

Para garantizar la privacidad de las usuarias en la atención de la IVE/ILE, el personal de salud tiene que crear las condiciones para el resguardo de la **confidencialidad** y el **secreto profesional** 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 de cualquier edad, que quienes participen en la elaboración o manipulación de la documentación clínica guarden la debida reserva.

Al igual que en cualquier práctica médica, **nada de lo ocurrido en la consulta 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.

El secreto médico alcanza a los casos en los que la decisión de abortar no estuviera dentro de los supuestos del artículo 4 de la Ley 27.610 (art. 2.c). Por lo tanto, *el personal sanitario tiene prohibido divulgar ante cualquier persona o autoridad información al respecto, así como denunciar a las personas que se sospeche se han realizado abortos ilegales*. 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.

iii. Objeción de conciencia

La objeción de conciencia (OC) es una figura jurídica excepcional. Todas las personas, en principio, están obligadas a cumplir las normas que se establecen democráticamente. Solo de manera excepcional se permite que se exima de ese cumplimiento.

En el caso de la OC, se permite que algunos profesionales de salud se aparten de la provisión de un servicio, para resguardar sus íntimas convicciones morales cuando estas no pueden ser conciliadas con el cumplimiento de los deberes y obligaciones profesionales y legales.

La OC no puede emplearse como excusa, por temor a la estigmatización, por miedos producto del desconocimiento o falta de apoyo institucional, o para eludir la sobrecarga de trabajo o malas condiciones para la provisión de servicios. Tampoco se puede usar para impedir el acceso a la IVE/ILE porque se desacuerda con el derecho. Todas estas prácticas son ilegales y están sancionadas de diferentes maneras en las leyes vigentes.

La objeción de conciencia (OC) en un caso excepcional en el cual el estado permite a una persona ex-ceptuarse de una obligación jurídica, debido a sus convicciones morales, siempre y cuando cumpla con los requisitos, siga los procedimientos y no dañe derechos de terceros.

La Ley 27.610 **reconoce un derecho individual a la OC sólo a quien realiza directamente el procedimiento de la IVE/ILE**, lo que significa que puede invocarse respecto de la práctica concreta y no respecto de otras acciones o intervenciones que no produzcan la interrupción de la gestación. En otras palabras, **no puede invocarse OC respecto de aquellas acciones que son indirectas pero necesarias para garantizar la atención integral de la salud** (ej.: consejería o entrega de información sobre IVE/ILE, realización de ecografías, toma de tensión arterial, apertura de la historia clínica, anestesia, entre otras). Estas acciones no producen la interrupción del embarazo, y se realizan de forma complementaria a un gran número de prácticas de salud, de forma que no podría existir conflicto moral relevante para el derecho en esas intervenciones.

La objeción de conciencia:

- * Es una **excepción a la regla general** que es cumplir con las obligaciones profesionales y legales.

- * Puede causar daño a las pacientes y por tanto debe ser regulado estrictamente (OMS, 2022).
- * **Tiene límites como todos los derechos**, el Estado debe considerar la evidencia para regularlo: el aborto es un servicio esencial y urgente.
- * **Los sistemas de salud y los efectores son responsables** de asegurar que el ejercicio de la OC se encuentre dentro de los límites legales.
- * **Deben adoptar las medidas para garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de aborto seguro** (OMS, 2022): personal suficiente y capacitado, insumos, circuitos de atención y derivación, etc.

Quienes ejercen la OC deben cumplir una serie de obligaciones (art. 10.a, Ley 27.610, Res. 1535/2021; CSJN, 2012):

- * **Mantener su OC en todos los ámbitos**, públicos, privados o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión.
- * **Derivar de buena fe** a otra profesional disponible y dispuesta a realizar la IVE/ILE.
- * **Cumplir con el resto de deberes profesionales y jurídicos**, lo que incluye el deber de informar sobre el derecho a la IVE/ILE.
- * **Notificar la voluntad de objetar a las autoridades del establecimiento de salud y/o a quien coresponda**. La OC sólo puede ejercerse cuando se haya declarado y notificado previamente.

La OC no puede invocarse cuando (art.10 Ley 27.610):

- * La vida o salud de la **persona gestante está en peligro y requiere atención inmediata e ineludible**.
- * **No puede derivarse o no existe profesional disponible** para realizar la práctica de forma oportuna.
- * **Se trata de atención posaborto**.

Los efectores del subsector público, en todos los casos y de forma permanente deberán contar con profesionales que garanticen la práctica. No se puede derivar por razón de OC en ningún caso (Art. 11, Ley 27.610). Los efectores del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales debido a la OC individual y autónoma de su personal deberán: prever y disponer la derivación a un efector de similares características; asegurar que realice efectivamente la práctica; y cubrir todos los costos (art. 11, Ley 27.610).

Las resistencias a la provisión de servicios pueden generar situaciones complejas dentro de los equipos. Por ello es necesario que los equipos se den espacio y tiempo para abordar dichas situaciones. **Algunas claves para resolver las tensiones y conflictos dentro del equipo de salud son:**

1. La **reflexión y el debate** en el equipo pueden permitir que se genere un espacio donde consensuar procedimientos y mecanismos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos tanto de las usuarias como de profesionales de la salud.
2. **Repensar percepciones, prácticas y actitudes** de integrantes del equipo de salud en la provisión de servicios para **mejorar la calidad** de la atención y el bienestar de las mujeres y personas gestantes, del equipo de salud a cargo y de toda la institución.

3. Asegurar que todo el equipo conozca acabadamente el **marco legal, sus obligaciones, derechos y responsabilidades profesionales**.
4. Buscar puntos de **consenso y realizar acuerdos**.

iv. Trato digno

El personal de salud debe observar un **trato digno**, lo que **se expresa en el respeto por la persona, sus creencias y convicciones en todo el proceso de atención, garantizando sus derechos y una atención libre de violencia** (Res. 1535/2021).

Cada profesional interviniente y el equipo de salud debe respetar las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con capacidad de gestar (art. 5.a). **La persona solicitante tiene derecho a recibir un trato considerado y respetuoso, lo que incluye, por supuesto, no cuestionar su decisión de interrumpir el embarazo** (Res. 1535/2021).

Deben tomarse medidas tendientes a evitar la revictimización, en particular, de aquellas personas 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 (Res. 1535/2021).

v. Autonomía

Las 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 morales contrarios a las de la gestante debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad (Res. 1535/2015).

El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva (art. 5.d, Ley 27.610). En ningún caso, el personal de salud puede interferir indebidamente con la decisión de las personas gestantes. Como se verá más adelante, en casos excepcionales, la ley dispone consideraciones especiales para la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNyA) y personas con discapacidad (PCD) en el ejercicio de su autonomía.

vi. Consentimiento informado

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 los casos de IVE/ILE, el resultado del proceso de consentimiento informado debe ser, en general, 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 posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa. **Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho** (art. 7, Ley 27.610).

Antes de solicitar la firma de la persona gestante, el/la profesional o el equipo de salud debe brindar la información necesaria, en lenguaje claro, no sesgado y accesible. El personal de 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.

Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, **la firma puede emitirse 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.

Deben firmar dos **copias del consentimiento informado**: una para la usuaria y otra para el equipo de salud, que debe constar en la historia clínica. En caso de que la usuaria sea referida a otro efector para la realización del procedimiento, y si ya ha brindado su consentimiento, se deberá adjuntar una **copia para enviar al equipo receptor**.

El consentimiento informado **deberá ser firmado por la persona solicitante y por el/la profesional tratante**.

No hay sustitución. En todos los casos, es importante tener presente que **siempre la propia 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.

Debe asegurarse que, en todos los casos que se necesiten, existan las condiciones para permitir que tanto NNyA como personas con discapacidad (PCD) y todas aquellas que lo requieran puedan comprender toda la información dentro del proceso de atención y expresar su voluntad.

1. Consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes

Las normas vigentes reconocen que **todes les niñas y adolescentes son sujetas de derecho y que tienen derecho a: ser oídas y participar significativamente, a que se respete su autonomía progresiva y que todas las actuaciones respeten su interés superior, es decir, que se garantice en la mayor medida posible el ejercicio de sus derechos.**

El CCyC es la norma que regula la capacidad de las personas para emitir el consentimiento informado. Esta norma, partiendo del principio de autonomía progresiva, establece en su artículo 26 las reglas para la disposición sobre el propio cuerpo de NNyA y en su artículo 59 las reglas generales para el consentimiento informado. A su vez, la Res. 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación es una norma

fundamental para la implementación del consentimiento informado de NNyA y personas con discapacidad en el acceso a prácticas de salud sexual y reproductiva, porque aclara la interpretación de los artículos mencionados del CCyC para estos casos.

Es importante reiterar que NNyA tienen derecho a que se respete su intimidad en el acceso a los servicios de salud. **La información sobre su salud y sobre su vida sexual y reproductiva que confían en la consulta debe mantenerse en reserva y está amparada por el secreto profesional**, salvo que exista una orden judicial o que se evalúe un riesgo inminente para NNyA o para otra persona.

Además, NNyA con discapacidad tienen los mismos derechos en relación con los servicios, insumos y prácticas de salud, y **a que se realicen los ajustes razonables que requieren y a contar con sistemas de apoyo adecuados para garantizar el ejercicio de sus derechos.**

El interés superior del niño exige que todas las medidas respecto del niño estén basadas en la consideración del interés superior del mismo. Corresponde al estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo (art. 3, CDN).

En cuanto a las **reglas sobre la capacidad para emitir el consentimiento informado de NNyN**, tal y como establece el art. 26 CCyC y aclara la Res. 65/2015, **todas las NNyA pueden acceder a prácticas de salud sexual y reproductiva incluyendo el aborto:**

a. Consentimiento informado de adolescentes a partir de los 16 años

Las personas adolescentes a partir de los 16 años tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta. Es decir, pueden consentir autónomamente (sin el acompañamiento de ninguna persona) toda práctica vinculada a su salud y a su cuerpo.

b. Consentimiento informado de adolescentes entre 13 y 16 años

Pueden decidir de manera autónoma, sin necesidad de asistencia de personas adultas, sobre prácticas y tratamientos que no impliquen riesgo grave para su salud. La interrupción del embarazo, en general no es una práctica de riesgo, y es siempre más segura que el embarazo y el parto, por lo tanto, desde los 13 años les adolescentes pueden acceder en forma autónoma a estas prácticas tanto por AMEU como con medicamentos.

El art. 59 del CCyC indica que, en los casos en los que el consentimiento deba brindarse con la asistencia para la toma de decisión, **cuando la práctica, en este caso de IVE/ILE, implique un riesgo grave para la salud o la vida de las adolescentes hasta los 16 años, esta puede brindarse por personas que ejercen, formal o informalmente, tareas de cuidado** (Res. 65/2015). En estos casos, cuando se produjeran controversias o desacuerdos entre las partes, se deberán resolver en el ámbito sanitario, **considerando la satisfacción del interés superior del NNyA**. Es decir, buscando siempre la máxima satisfacción, integral y simultánea de sus derechos y garantías.

Si alguna persona integrante del equipo de salud considera que una persona adolescente no tiene aptitud suficiente para acceder de manera autónoma, no podrá negarle la atención. Deberá ofrecerle convocar a personas de su confianza (allegadas) para que la asistan, incluso integrantes del equipo de salud pueden asumir este rol de asistencia, también integrantes del sistema de protección. La negativa a brindar atención podría dar lugar a acciones legales contra el personal de salud interviniente.

c. Consentimiento informado de personas menores de 13 años

Para que niñas puedan brindar su consentimiento para el acceso al aborto, **se requiere la asistencia de personas adultas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado elegidas por las niñas.**

Es importante no perder la oportunidad de atenderles. El equipo de salud debe considerar el principio de la autonomía progresiva para facilitar el acceso a todas las prácticas de salud sexual y reproductiva. Si la niña tiene autonomía suficiente para asistir a un hospital o centro de salud sin compañía de una persona adulta, **tiene que suponerse que también tiene capacidad suficiente para comprender lo que pasa y recibir la atención que requiere.**

La presencia de un embarazo no intencional debe alertar a los equipos para activar intervenciones con el objetivo de detectar posibles situaciones de violencia sexual o abusos de otro tipo. El sistema de salud y los equipos deben garantizar el derecho a la salud. Es recomendable, de acuerdo con el caso concreto, **iniciar articulaciones interinstitucionales con organismos competentes localmente para garantizar la protección integral de la niña o adolescente cuando corresponda.**

2. Consentimiento informado de personas con discapacidad

La aplicación e interpretación de todas las reglas y normas en personas con discapacidad deben armonizarse con los estándares y principios constitucionales y convencionales, especialmente los contenidos en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En ese sentido, las normas del CCyC sobre el consentimiento informado han sido aclarados en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, que brinda la interpretación consensuada.

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (PCD) señala que debe respetarse el derecho de las PCD a mantener su fertilidad y a formar una familia si así lo deciden, al igual que todas las personas. Sustituir la voluntad de las PCD es un delito y las personas profesionales de la salud involucradas son pasibles de responsabilidades administrativas y judiciales.

Todas las PCD, sin excepción, tienen derecho a brindar su consentimiento informado para acceder a prácticas de salud sexual y reproductiva, por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas. En ningún caso se requiere autorización judicial para acceder a la IVE/ILE.

De acuerdo a los artículos 22, 23 y 31 del CCyC, la capacidad para el ejercicio de los derechos corresponden a todas las personas por igual. Los artículos 31 y 32 del mismo establecen la excepcionalidad de las restricciones de la capacidad, su carácter específico ligado a actos determinados y su transitoriedad. Es decir, **las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se establecen en beneficio de la persona y no para limitar sus derechos**. Esto implica, tal como lo aclara la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que “todas las personas que no han recibido una sentencia de restricción de la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud, deben ser tenidas por capaces en el sistema de salud”. Por lo tanto, si se tratara de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la misma no refiere al ejercicio del derecho a decidir sobre la IVE/ILE, puede prestar su consentimiento informado sin ninguna restricción.

En las excepcionalísimas situaciones donde exista sentencia judicial firme y vigente de restricción de la capacidad de una persona y ésta designe apoyo para la toma de decisiones en lo referente a la IVE/ILE, **el consentimiento informado debe ser prestado por la PCD, con la asistencia prevista por el sistema de apoyos que indique la sentencia**, según artículo 32 del CCyC.

Las dos principales herramientas de accesibilidad para las PCD son:

a. Ajustes razonables

Son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (art. 2, CDPD).

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, adaptación del lenguaje y los materiales de información para que sean comprensibles, utilización de formas de comunicación accesibles**, entre otras.

b. Sistemas de apoyo

Son el conjunto de recursos y estrategias destinadas a promover el desarrollo, los intereses, la calidad de vida y la autonomía de las personas (Plan nacional de Discapacidad 2017-2022). Buscan favorecer el ejercicio de derechos de forma autónoma por todas las personas con discapacidad.

Para el acceso a IVE/ILE, **se pueden implementar sistemas de apoyo personal** (como personas allegadas o designadas para este fin) **o tecnológicos** (por ejemplo, dispositivos con lectores de pantallas pueden facilitar el acceso a información de personas con discapacidad visual).

Los apoyos se establecen para facilitar la comunicación, la comprensión y la toma de decisiones autónomas. No se trata de un requisito y en ningún caso se debe convertir en una barrera de acceso. Si bien estas medidas no pueden imponerse, es una responsabilidad de los equipos poner a disposición opciones de apoyo que serán ajustadas y aceptadas por la PCD.

La/s persona/s que actúa/n como sistema de apoyo no representa/n ni sustituye/n a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. Los equipos de salud deberán establecer salvaguardas para que las decisiones sean tomadas por la persona titular del derecho.

Los sistemas de apoyo por lo general son solicitados por la propia persona, pero también pueden ser designados judicialmente, es decir, figurar en una sentencia que explicita los términos de la asistencia para la toma de decisiones sobre IVE/ILE en particular. En estas situaciones, la decisión debe ser tomada por la persona titular del derecho con el apoyo designado.

vii. Atención posaborto

La atención posaborto es un servicio esencial y urgente, que no puede ser postergado porque aumenta el riesgo de morbilidad de las personas que cursan este proceso (OMS, 2020). En la Argentina, la Ley 27.610 regula esta práctica y es complementada por la Resolución 4172/2021, “Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto”, elaborada por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) del Ministerio de Salud de la Nación (2021a) y la Nota Técnica N° 7 “Estándares legales para la atención posaborto - Ley 27.610”, también elaborada por la DNSSR (2022a).

De acuerdo con la regulación vigente y los estándares de DDHH, se debe asegurar la atención de todos los casos en que el aborto se haya producido de manera espontánea o provocada al mismo tiempo que se debe garantizar la confidencialidad de la atención, el respeto del secreto profesional y la no judicialización de estos casos, incluso cuando puedan estar fuera de los casos contemplados en las normas (OMS, 2022; CIDH, 2021). Al respecto, la nota técnica N° 7 de la DNSSR es clara al señalar que, **en todos los casos, prevalecerá el secreto profesional frente a la posibilidad de denunciar un supuesto aborto ilegal.**

En la medida en que la atención posaborto es una práctica esencial y urgente que no puede ser postergada, no es pasible de objeción de conciencia (OMS, 2022; art. 10, Ley 27.610; art. 10, Dec. 516/2021; Res. 1535/2021).

Los equipos de salud son los principales responsables de garantizar el acceso a la interrupción del embarazo y a la atención posaborto, de prevenir y/o evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud. Para ello, **se debe asegurar la atención posaborto inmediata y de calidad en todos los efectores de los tres subsistemas de salud del país.**

Para la atención posaborto no se requiere, en general, un documento de consentimiento informado por escrito. Salvo en caso de que se requiera una intervención quirúrgica, el consentimiento puede darse verbalmente y sigue las reglas generales del consentimiento informado para cualquier práctica sanitaria.

La Ley 27.610 establece además que debe brindarse 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**.

viii. Violencia sexual

Según estimaciones de la OMS, **una de cada tres mujeres (35%) de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de terceros en algún momento de su vida**. En Argentina, las cifras no son mejores: todos los datos disponibles tanto del Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) como los datos de la Oficina de Violencia doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación confirman las proporciones globales para el ámbito local al identificar que la violencia sexual es una problemática de alta incidencia a lo largo del tiempo y que, en cerca del 40% de estos casos, el agresor es pareja de la víctima (RUCVM, 2019; OVD, 2021).

Existen, además, grupos particularmente afectados por este tipo de violencia. **Las niñas y adolescentes (NyA) y las mujeres y otras personas con discapacidad pertenecientes a la diversidad de género enfrentan hasta 10 veces más violencia sexual que aquellas sin discapacidades o de mayor edad** (CIDH, 2011; Comité CDPC, 2016; OMS y OPS, 2014; UNPFA, 2018a; UNPFA 2018b).

La violencia sexual no es un problema aislado, sino que es el resultado de la violencia estructural de género, que constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales y que han conducido a la discriminación. Además, **es un problema de salud pública y de derechos humanos** que genera en las víctimas consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

El embarazo forzado y la ILE:

El embarazo que la persona gestante no quiere o no puede continuar y no es interrumpido oportunamente se convierte en un embarazo forzado. Esta situación atenta contra la salud, la dignidad y todos los demás derechos de las personas gestantes. Una de las causas más comunes del embarazo forzado es la violencia sexual. Por ello, en casi todos los países del mundo se permite a las víctimas de esta forma extrema de violencia terminar esas gestaciones.

En Argentina, todas las personas víctimas de violencia sexual y embarazo forzado pueden acceder a la IVE hasta la semana 14 inclusive y sin un plazo legal a la ILE.

Las víctimas de violencia sexual tienen derecho al abordaje integral de su situación y a que todas las consecuencias de la violencia en su salud sean atendidas; asimismo tienen derecho al acceso a la justicia para que se sancione a su agresor y se reparen los daños causados. El acceso a la justicia es un derecho y una forma de reparación, también es el mecanismo del Estado para sancionar a las personas responsables de estos actos.

En el marco de la atención de la salud de las víctimas de violencia sexual, el acceso a la IVE/ILE es una forma de evitar o terminar con la revictimización que causan o pueden causar el embarazo, el parto y la maternidad forzadas. También es una forma de proteger la salud, la dignidad, la vida y la autonomía de las personas gestantes que han atravesado este tipo de violencia.

Por todo ello, los equipos deben ser especialmente sensibles en el trato, integrales en el abordaje y en la articulación con otros organismos e instituciones que puedan aportar una mirada interseccional y comprensiva a la situación, siempre con el consentimiento de la persona gestante.

En muchos casos, las personas que han atravesado violencia sexual y cursan un embarazo forzado no conocen sus derechos, por eso los equipos de atención deben estar especialmente preparados para acercar esta información y desplegar los recaudos necesarios para asegurar el ejercicio de sus derechos:

- * Entregar información actualizada, completa y sin sesgos sobre sus derechos en la atención de la salud, incluyendo la IVE/ILE y su derecho a acceder a la justicia (denuncia y participación en el proceso judicial).
- * Atención de todos los aspectos de su salud afectados: físicos, psíquicos y sociales.
- * Acceso oportuno y de calidad a la IVE/ILE, siguiendo las pautas de atención aquí descriptas.
- * Relevamiento de evidencia biológica: se debe procurar la obtención y resguardo de restos embrionarios o fetales para el proceso judicial. Siempre se debe contar con el consentimiento de la persona gestante para hacerlo.
- * Historia clínica completa y detallada: se recomienda incluir no solo el detalle de los procedimientos realizados sino también del relato de los hechos (de generarse de forma espontánea, no se debe preguntar el detalle más allá de lo necesario para la atención clínica) para ser aportado al proceso judicial y evitar revictimización por testimonios reiterados. Se recomienda copiar textualmente el relato de la persona y sus familiares, en particular, si se trata de niñas o personas con discapacidad. La profesional se puede ayudar con grabaciones para garantizar la fidelidad del relato vertido en la historia clínica, siempre con el consentimiento de la gestante.
- * En el caso de NyA víctimas de violencia sexual es necesario, además, realizar la comunicación a los organismos de protección de derechos y la denuncia judicial en caso de que no se hubiera hecho por la propia víctima, sus allegados o los organismos competentes localmente. Tal y como lo indica la Resolución 1841/2020 “Hoja de ruta para la atención de personas menores de 15 años embarazadas”, se debe acordar con la niña y la forma y contenido de la denuncia, así como las medidas de protección inmediata que deben ser adelantadas para evitar nuevas vulneraciones de derechos (DIAJU, 2021). Es muy importante que la propia niña o adolescente que cursa el embarazo forzado conozca sus derechos y decida cada actuación y la estrategia de abordaje integral para que puedan ser garantizados y protegidos sus derechos.

En el caso de personas con discapacidad y de NyA de acuerdo con sus condiciones de vulnerabilidad, es necesario que los equipos realicen con particular atención una evaluación del riesgo de una nueva agresión y tomen medidas necesarias de protección inmediata como: la internación para que no regresen a la convivencia con el agresor, la convocatoria a organismos o a personas allegadas protectoras indicadas por la propia víctima para que les acompañen y asistan, aislamiento de las personas que la acompañan si se considera que pueden ser agresoras o encubridoras, entre otras.



2. ESTÁNDARES CLÍNICOS PARA LA ATENCIÓN DE IVE/ILE



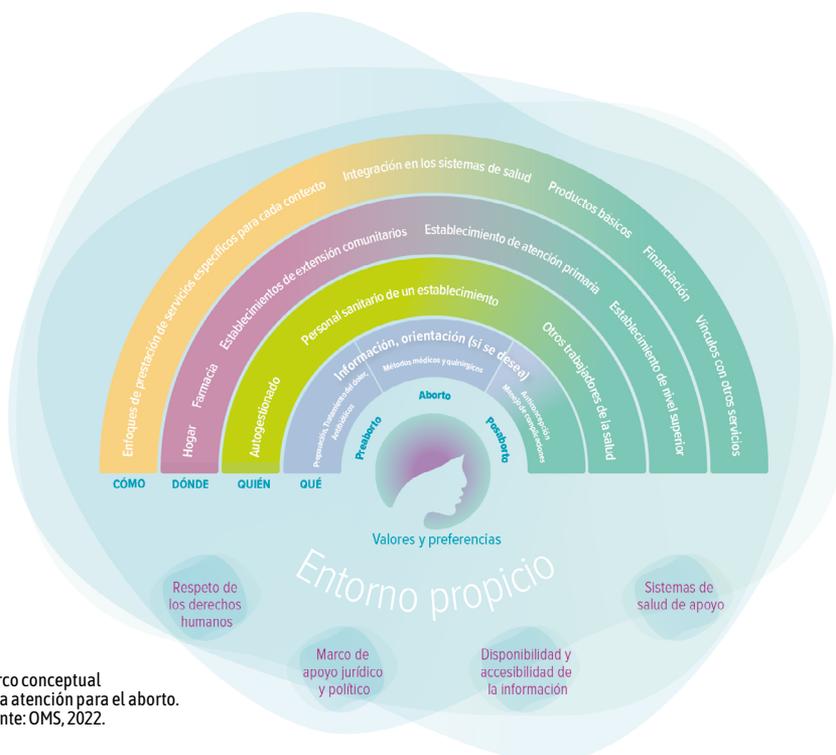
2. ESTÁNDARES CLÍNICOS PARA LA ATENCIÓN DE IVE/ILE

a. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reafirmado que **el aborto es una intervención sanitaria segura y sin complejidad, que debe garantizarse en tanto servicio esencial de salud y que exige la prestación de una atención de calidad** en el marco de un modelo de atención centrado en las personas.

Según este modelo, la atención del aborto incluye tanto el **suministro de información** y la **gestión del aborto** (incluido el aborto provocado por métodos con medicamentos y quirúrgicos), como la **atención relacionada con la pérdida del embarazo o el aborto espontáneo** y la **atención posterior al aborto** (que abarca la anticoncepción y el manejo de complicaciones); y puede ser provista por distintas personas (personal sanitario, otros trabajadores de la salud o de manera autogestionada) en distintos entornos (que van desde los hogares hasta los establecimientos de salud, comunitarios y farmacéuticos).

Tal como surge del marco conceptual elaborado por la OMS (ver figura), se trata de proveer una **atención integral**, lo que importa que **los servicios de salud deben integrarse y vincularse entre sí** con el objetivo último de garantizar que la prestación de la atención satisfaga las necesidades de quienes la reciben de manera equitativa y sin discriminación (OMS, 2022). La **atención integral del aborto** está incluida dentro de la **lista de de servicios de salud esenciales** (OMS, 2020; Ipas, 2020; RCOG, 2020).



Cuando se realiza en condiciones seguras, **el aborto es una intervención sin complejidad y con pocas complicaciones**, puede gestionarse eficazmente con medicamentos o mediante un procedimiento quirúrgico en diversos entornos.

En cambio, cuando el aborto es realizado por una persona que carece de la formación para hacerlo o se realiza en un entorno que no cumple las garantías mínimas, esto desemboca en un problema crítico de salud pública y de derechos humanos, que se concentra cada vez más en los países en desarrollo (en los que se producen el 97% de los abortos peligrosos) y que perjudica especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación.

Un **aborto seguro** es aquel que se realiza con un método recomendado por la OMS, adecuado al período de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios.

Un **aborto peligroso** se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cuenta con condiciones mínimas, o cuando se usa un método no recomendado, o cuando se combinan estas circunstancias.

b. Marco general para la atención integral del aborto

La **atención integral para el aborto exige la satisfacción de una serie de elementos** que la conforman: contar con un **entorno propicio**, brindar una **atención de calidad** y realizar **buenas prácticas de salud**.

i. Entorno propicio

La base de la atención integral para el aborto de calidad es la existencia de un **entorno propicio**. Los pilares de un **entorno propicio** para la atención para el aborto son:

- * **Respeto de los derechos humanos**, incluido un marco legal y político de apoyo
- * Disponibilidad y acceso a la **información**.
- * **Sistema de salud de apoyo, accesible** universalmente, asequible y que funcione adecuadamente.

ii. Calidad de atención

En tanto intervención sanitaria, el aborto exige la prestación de una atención de calidad en el marco de un modelo de atención centrado en las personas.

Los servicios sanitarios de calidad cuentan con atributos que están en íntima relación con los principios éticos. Estos atributos son: **Eficacia, Seguridad, Atención centrada en la persona, Oportunidad, Equidad e Integración** (OMS, 2022).

La calidad de atención es el grado en que los servicios de salud proporcionados a una persona o a una comunidad incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados a través de conocimientos profesionales basados en evidencia científica sólida (OMS, 2020).

iii. Buenas prácticas en salud

Cómo define la OMS (2020), las **buenas prácticas en salud** son técnicas o metodologías que, mediante la experiencia y la investigación, han demostrado de manera fidedigna que conducen al resultado deseado. El compromiso con el uso de las buenas prácticas en cualquier campo implica **utilizar todos los conocimientos y tecnologías a disposición para asegurar el mejor resultado posible**.

Se las llama **“mejores prácticas”** o **“prácticas óptimas”** ya que, en su aplicación real, se refieren al conocimiento de lo que funciona mejor para obtener el resultado que se busca en un contexto determinado o en una situación específica, sin emplear recursos exorbitantes (OMS, 2017).

c. Proceso de atención

i. Recepción: Información y orientación

Todas las profesionales de la salud tienen un rol fundamental en brindar **información, contención emocional, orientación, atención y, eventualmente, derivación asistida** a un profesional o equipo, de ese u otro efector de salud (OMS, 2022).

En todos los casos, es esencial realizar una consejería adecuada y acompañar la decisión de la persona **en un marco de respeto y confidencialidad**.

La interrupción de la gestación es una práctica sensible al tiempo: aunque los riesgos son mínimos cuando se realiza adecuadamente, se incrementan a medida que aumenta la edad gestacional.

La dilación injustificada, la obstaculización injustificada o la negación injustificada de la práctica de la interrupción del embarazo de conformidad con la Ley 27.610, acarrea responsabilidad penal, civil y administrativa.

1. La consejería

Es un espacio fundamental que **se desarrolla a lo largo de todo el proceso de atención**. Es parte de un modelo de atención en salud que reconoce la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su cuerpo y su vida sexual y reproductiva. Se basa en la entrega de información completa, adecuada, actualizada y sin sesgos, por lo menos, sobre:

- * Los derechos que asisten a la persona solicitante.

- * Los procedimientos posibles y más adecuados para la interrupción del embarazo.
- * Los riesgos asociados tanto a la realización del procedimiento como a la continuación de la gestación.

Además de la entrega de información, la consejería es un espacio clave para determinar la estrategia de atención, para ello es importante explorar sobre:

- * La red de apoyo con que cuenta la persona.
- * Facilitadores y desafíos para la atención.
- * Posibles acciones adicionales para asegurar la integralidad de la atención: interconsultas que no retrasen el acceso a la IVE/ILE, comunicación con otros organismos de protección de derechos, entre otras.

La atención de una persona que solicita un aborto puede ser una oportunidad de contención, asesoramiento y derivación a otros servicios que la persona requiera; o puede configurarse en oportunidad perdida.

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.

Algunas herramientas valiosas para llevar adelante una consejería de calidad son:

- * Establecer las reglas de la conversación: recordar la obligación de guardar confidencialidad, indicando que la persona puede en todo momento realizar preguntas o expresar sus emociones.
- * Precisión en el lenguaje: llamar a la persona gestante por el nombre autopercibido, sin utilizar sobrenombres o palabras genéricas para nombrarla —nena, mami, gordita, querida, tesoro, etc.—. Emplear lenguaje claro, sencillo y acorde con las características de la persona a la cual se está informando.
- * Escucha activa: mantener una actitud y comportamiento corporal empáticos.
- * Parafrasear: repetir con otras palabras lo que la persona ha informado acerca de sus emociones y temores, demostrando que se la escucha y comprende.
- * Formular preguntas significativas, que permitan recabar información importante y estimular a las personas a hablar sobre su situación y contextos específicos.
- * Validar la palabra de la persona gestante, evitar la influencia de los prejuicios de quien realiza la escucha.
- * Resumir y acordar los pasos a seguir: repasar los puntos que se abordaron en la charla, respetando fielmente la decisión de la mujer.

Prestación de servicios y tareas compartidas (OMS, 2022)

Se recomienda que se regule quién puede practicar y manejar el aborto de manera congruente con las orientaciones de la OMS, dentro del modelo de ampliación de equipos.

A pesar de que **es necesario considerar las regulaciones locales**, la OMS **recomienda la participación del personal de enfermería y de partería, entre otras disciplinas**, en el continuo de la atención del

aborto, como por ejemplo:

- * suministro de información y prestación de orientación (consejería);
- * aborto con medicamentos antes de las 12 semanas (recomendado) o luego de las 12 semanas (sugerido) cuando se dispone de la red de cuidados para dar respuesta a las emergencias;
- * preparación cervical con medicación para el aborto quirúrgico (a cualquier edad gestacional) y aspiración al vacío hasta las 14 semanas;
- * atención del aborto incompleto de menos de 14 semanas con medicamentos o por aspiración;
- * atención inicial de las complicaciones posaborto que no ponen en peligro la vida;
- * inserción/extracción de DIU e implantes anticonceptivos.

2. Historia clínica

Todas las prácticas e intervenciones que se realicen, ya sea de manera ambulatoria o con internación, **antes, durante y luego de realizado el aborto**, deben registrarse tanto en la historia clínica HC como en los otros sistemas de registro establecidos según la institución o jurisdicción correspondiente.

La historia clínica completa es el documento que avala y respalda todas las acciones realizadas por el equipo de salud.

Es fundamental que en la historia clínica:

1. Se consignen todos los pasos realizados durante el proceso de atención:

- a. consejería en opciones (información brindada, palabras, reacciones, preguntas y dudas de la persona gestante durante todo el proceso de atención);
- b. anamnesis;
- c. evaluación física;
- d. todas las prácticas, intervenciones y estudios complementarios que se soliciten y/o realicen;
- e. interconsultas (si las hubiera), etc.

2. Se adjunte la documentación requerida para acceder a la práctica y otra documentación relevante:

- a. el consentimiento informado (firmado por la persona solicitante y la/el profesional de salud que acompañó el proceso);
- b. la declaración jurada en la que la persona manifiesta haber sido víctima de un hecho de ese tipo (en casos de violación);
- c. los documentos de referencia (derivación) desde otros equipos de salud.

ii. Evaluación médica

1. Anamnesis

El **objetivo de la anamnesis** es estimar la edad gestacional e identificar las posibles contraindicaciones para los distintos procedimientos y aquellos factores que puedan suponer un mayor riesgo de complicaciones.

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 el propósito. Es indispensable **solicitarle su aprobación y cuidar la privacidad durante todo el examen**. También ofrecerle la opción de estar acompañada.

3. Métodos complementarios

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.

Cuando los estudios complementarios **no sean estrictamente necesarios** para evaluar el riesgo y planificar el proceso a seguir, su solicitud o realización **no deben obstaculizar la realización del procedimiento**.

iii. Laboratorio

Los análisis de laboratorio de rutina **no constituyen un requisito** para acceder a una práctica de IVE/ILE.

Si la mujer **no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo siempre que sea posible**, de manera de administrar inmunoglobulina anti-Rh cuando esté indicado.

Puede aprovecharse la oportunidad para realizar **asesoramiento y prueba de tamizaje de VIH y VDRL** siempre que estén disponibles, **con el consentimiento** de la persona usuaria (como en toda práctica de salud).

iv. Evaluación de la edad gestacional

Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar:

- * la fecha de la última menstruación (FUM);
- * el examen pélvico bimanual, abdominal;
- * el reconocimiento de los signos del embarazo.

También pueden utilizarse la determinación de la **subunidad de la gonadotropina coriónica humana (sub β HCG) o una ecografía** (OMS y OPS, 2014).

Ecografía:

Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico **no se recomienda el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto** (OMS, 2022).

En función de cada caso, puede haber razones clínicas para utilizar la ecografía antes del aborto. Si está disponible, puede ayudar a determinar la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo. Pero no es un requisito para proceder con la interrupción del embarazo.

Al momento de solicitar este estudio, se deberá explicar a la usuaria su **derecho a no ver las imágenes ni escuchar los sonidos**.

v. Vacunación e isoimmunización Rh

Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de las 12 semanas **NO se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D** (OMS, 2022). Por lo tanto, tampoco se requiere la solicitud de grupo y factor en estas edades gestacionales.

Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse dentro de los **tres días** posteriores al procedimiento para mejores resultados (OMS, 2012). Si la persona no ha sido vacunada contra el **tétanos** en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto.

d. Procedimientos para la provisión de aborto

En los casos en que la persona opte por realizar la IVE/ILE, **la/el profesional tratante debe valorar, en conjunto con la usuaria, cuál es el método más apropiado para realizarla**.

El procedimiento a utilizar dependerá de:

- * la edad gestacional;
- * las preferencias de la mujer o persona con capacidad de gestar;
- * las posibilidades del centro asistencial.

¿En qué nivel del sistema de salud pueden o debe realizarse el procedimiento de forma segura?

La atención integral para IVE/ILE **debe brindarse en todos los niveles del sistema de salud**.

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres y personas con otras identidades de género que requieren una IVE/ILE **puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria**. Puede ser necesaria la **referencia a un nivel mayor de atención**, en

las siguientes situaciones:

- * Compromiso de salud que haga conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica para evitar o tratar eventuales complicaciones, como existencia de comorbilidades (enf. cerebrovascular, enf. cardiovascular, neuropatías, hipertensión arterial o diabetes descompensada, uso actual de medicamentos anticoagulantes o cualquier situación clínica que requiera atención con internación);
- * Necesidad de conservar pruebas;
- * Etapas avanzadas de la gestación;
- * Limitaciones asociadas al contexto social, red de apoyo, distancia geográfica.

Los centros de salud que no cuenten con el personal o equipamiento adecuado para realizar el procedimiento deben derivar dentro de los plazos previstos en el artículo 5 de la Ley 27.610.

¿Cómo debe realizarse la referencia de una situación de IVE/ILE entre un equipo de salud y otro?

La referencia a otro efector, equipo o personal de la salud:

- * debe realizarse de manera oportuna y apropiada, tal como se realizaría con cualquier otra práctica en salud.
- * no deslinda al equipo o personal de salud que realiza la referencia de la responsabilidad de garantizar la continuidad de todo el proceso de cuidado, incluida la atención en el posaborto, y de que la persona gestante haya sido efectivamente recibida por otro equipo para la atención de la IVE/ILE.
- * debe acompañarse de toda la información necesaria (por escrito) para que el equipo receptor pueda dar curso a la práctica. Se recomienda entregar dicho documento a la usuaria y/o enviarlo al equipo de salud receptor.

Está demostrado que **la comunicación adecuada dentro y entre los equipos es fundamental para los buenos resultados en salud.**

La telemedicina (llamadas telefónicas, videollamadas, etc.) es un herramienta que agiliza y facilita la comunicación, el trabajo en equipo y las buenas prácticas.

¿Cómo deben procesarse los tejidos?

Tanto en el aborto médico como el aborto quirúrgico, los tejidos de la gestación deben tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera (OMS, 2022).

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 (Resolución 1535/2021).

El material deberá preservarse tomando todos los recaudos necesarios para **evitar su contaminación**, en un frasco de plástico preferentemente **estéril, sin agregar ninguna solución**.

Utilizar **guantes estériles**. Si no se dispone de un frasco, se puede emplear una **bolsa plástica**.

Cuando 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.

Consignar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse **congelados** o, si ello no fuera posible, en una **heladera a 4 °C**.

En caso de traslado del material deberá **garantizarse la cadena de frío** mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer. Debido a que el material se encuentra en **cadena de custodia, sólo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial**. En ese caso, **deben registrarse los datos de quien lo retira en la historia clínica (con su firma y datos identificación y de contacto)** y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.

¿Cuáles son los métodos seguros para la ILE/IVE?

Los métodos seguros recomendados por la OMS para la evacuación uterina para la ILE/IVE son:



* Se sugiere también la utilización de un régimen combinado de letrozol y misoprostol (OMS 2022)

**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).

Fuente: Resolución 1535/2021

i. Aborto médico

Los medicamentos pueden administrarse de manera segura y eficaz:

* en un **establecimiento de salud**

- * en otro lugar (por ejemplo, en el hogar), cuando se cuenta con una fuente de información precisa y con medicamentos de calidad garantizada.

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.

1. Medicamentos recomendados

Tanto el **misoprostol** como la **mifepristona** están listados como medicamentos esenciales por la OMS (2020). Son los dos medicamentos disponibles en el país para esta práctica.

Misoprostol

El **misoprostol** tiene un efecto similar a la prostaglandina E1 producida por el organismo para madurar el cuello uterino (ablandarlo y dilatarlo) y aumentar las contracciones del miometrio (el músculo liso del útero). **La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta a medida que progresa la gestación**, por lo que las dosis más efectivas varían según las semanas de embarazo. En el aborto (inducido, incompleto, o gestación detenida), las contracciones provocan la expulsión del contenido uterino: el saco gestacional y tejido (similar al de la menstruación) que lo rodea (Resolución 1535/2021).

Las prostaglandinas y el misoprostol actúan también sobre otros tejidos, como el músculo liso del intestino, y el centro que regula la temperatura corporal. Por eso, **su uso puede provocar también efectos colaterales como diarrea, fiebre o síntomas gastrointestinales hasta 24 horas después de la última dosis**.

El misoprostol solo tiene una efectividad entre el 85% y el 90% y funciona mejor en etapas tempranas del embarazo.

En general, la expulsión del contenido uterino ocurre **dentro de las primeras 24 horas de uso** (72% al 91%), pero puede demorar entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

Con misoprostol solo, la tasa de **complicaciones graves es menor al 1%**.

Mifepristona

La **mifepristona** es un compuesto cuyo uso principal es la interrupción del embarazo. **Se utiliza combinada con el misoprostol**. Es un esteroide sintético que bloquea los receptores de progesterona en el útero, anulando su acción. Además, la mifepristona actúa a nivel miometrial incrementando la sensibilidad del músculo a la acción del misoprostol.

Este **efecto potenciador de la actividad del misoprostol se produce entre 24 y 36 horas después de ingerir la mifepristona** y tiene gran relevancia clínica.

Es importante saber que **la mifepristona NO detiene la gestación.**

El uso combinado de mifepristona y misoprostol es el método recomendado y más seguro para la interrupción del embarazo. (OMS, 2022)

Este régimen tiene una **efectividad del 98%** para lograr el aborto completo, con un intervalo medio de **6 a 10 horas** desde la inducción hasta la finalización del aborto.

La asociación además disminuye los efectos secundarios y el sangrado.

La tasa de complicaciones graves es menor al 1% (Res. 1535/2021).

2. Contraindicaciones

Aunque las contraindicaciones absolutas en el aborto con medicamentos son muy pocas, cuando se presenten **se deberá utilizar un procedimiento instrumental.**

No se debe utilizar el aborto con medicamentos cuando la persona gestante tiene:

- * Alergia a cualquiera de los medicamentos utilizados (mifepristona, misoprostol o cualquier otra prostaglandina);
- * Porfiria hereditaria (sólo para el régimen COMBINADO, NO para el misoprostol solo);
- * Alteración hemorrágica o tratamiento con anticoagulantes, a menos que haya servicios de transfusión disponibles (existe evidencia muy limitada de la prestación de aborto con medicamentos en estos casos);
- * Sospecha o confirmación de **embarazo ectópico** (DNSSR, 2022b).

3. Precauciones

Las precauciones NO son contraindicaciones, por ello no impiden la realización de la interrupción con medicamentos. Cuando se presenta alguno de los factores de precaución, se requieren consideraciones especiales en la estrategia de atención.

Se requiere un tratamiento individual, con cautela y con supervisión cuidadosa y constante del equipo de salud, ante:

- * Problemas graves o inestables de salud, como cardiopatías, disfunciones hepáticas y anemia grave entre otros (Ipas, 2018; FLASOG, 2013): se recomienda evaluación clínica individualizada y seguimiento constante si se opta por el aborto con medicamentos.
- * Terapia actual sistémica y a largo plazo con corticoides para el asma y otras patologías: los medicamentos para el asma contenidos en inhaladores no se absorben sistémicamente y las mujeres o PCG que los utilizan pueden emplear mifepristona y misoprostol.
- * Insuficiencia suprarrenal crónica (por patología o inducida por tratamiento crónico con corticoides sistémicos): la mifepristona puede desencadenar una insuficiencia suprarrenal aguda, con deshidratación, presión arterial baja, o shock después de tomar mifepristona. Se debe tomar una dosis mayor de glucocorticoides cuando se emplee mifepristona y con monitoreo cuidadoso para detectar signos y síntomas de shock (DNSSR, 2022b).

4. Consideraciones especiales y dosis recomendadas

Para el aborto con medicamentos, **se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones especiales:**

- * Dispositivo intrauterino (DIU): puede realizarse el aborto con medicamentos, siempre y cuando el DIU se retire previamente.
- * Lactancia: puede tomar el misoprostol inmediatamente después de haber dado de mamar. Eventualmente, puede no dar la teta hasta 5 horas después de la última dosis de misoprostol. En ese caso, sacarse la leche y desecharla antes de retomar la lactancia (DNSSR, 2022b).

Por otro lado, las dosis recomendadas son las siguientes:

Aborto médico antes de las 12 semanas (OMS, 2022)

1. Régimen combinado:

Paso 1: 200 mg de mifepristona vía oral.

Paso 2 (1 o 2 días después de tomar la mifepristona): 800 µg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal (según preferencia de la mujer) en dosis única.

El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas (recordar que la mifepristona aumenta la sensibilidad del útero al misoprostol y necesita al menos 24 horas para producir el efecto).

2. Régimen con misoprostol solo

800 µg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal (según la preferencia de la mujer) cada 3 horas hasta la expulsión (Ipas, 2021b). Deben administrarse 2 a 3 dosis como mínimo (FIGO, 2017), pero es seguro administrar dosis adicionales si se requieren (FIGO, 2017; Ipas 2021b). Las Directrices de la OMS no indican un número máximo de dosis de misoprostol (OMS, 2022).

Aborto médico a partir de las 12 semanas (OMS, 2022)

1. Régimen combinado:

Paso 1: 200 mg de mifepristona vía oral.

Paso 2 (1 o 2 días después de tomar la mifepristona): 400 µg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal (según preferencia de la mujer) en dosis única.

El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas (recordar que la mifepristona aumenta la sensibilidad del útero al misoprostol y necesita al menos 24 horas para producir el efecto).

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

2. Régimen con misoprostol solo

400 µg de misoprostol por vía vaginal, sublingual o bucal repetido cada 3 horas hasta la expulsión. En caso de que no se haya expulsado la placenta 30 minutos después de la expulsión del feto, puede administrarse otra dosis de misoprostol (FLASOG, 2013).

La OMS señala que “no se justifica hacer un raspado uterino de rutina”. La evacuación uterina para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas. En este caso se recomienda la AMEU como primera opción (OMS, 2014).

5. Presencia de cicatriz uterina

Los proveedores 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 (OMS, 2022).

Ipas (2021) recoge la opinión de expertos que recomiendan:

- * No se necesita ningún cambio en el régimen de aborto con medicamentos para las mujeres con una cicatriz uterina cuya gestación es de menos de 22 a 24 semanas.
- * Después de 22 a 24 semanas de gestación con una sola cicatriz uterina o de 13 a 24 semanas con más de una cicatriz uterina, se recomienda considerar disminuir la dosis de misoprostol incrementando o no el intervalo entre dosis. Sin embargo, no hay suficiente evidencia para indicar que cambiar el régimen de dosis disminuirá el riesgo de ruptura uterina (Ipas, 2021a).

6. Analgesia

Para el **aborto médico a cualquier edad gestacional** se recomienda **ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor** (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y **entregarla en mano** para que la persona la utilice si lo desea y cuando lo desee (OMS, 2022).

AINES recomendados:

Ibuprofeno de 400 a 600 mg, 30 a 60 minutos antes de iniciar la primera dosis de misoprostol. Esta dosis puede repetirse cada 6-8 horas según necesidad.

Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto médico **a partir de la semana 12, además de los AINES**, se sugiere la consideración de **métodos adicionales** para controlar el dolor o las molestias debidas al aumento del dolor a medida que aumenta la edad gestacional.

Para el aborto médico **no se recomienda el uso de antibióticos profilácticos** (OMS, 2022).

7. Efectos colaterales (esperables) y signos de alarma

Los **efectos colaterales (esperables) para el aborto con medicamentos son:**

- * Sangrado: normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días, pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.
- * Dolor o cólicos abdominales: normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma o colocación. Se reducen con analgésicos.
- * Síntomas gastrointestinales: como diarrea, náuseas y vómitos pasajeros. Se pueden entregar o prescribir antieméticos.
- * Fiebre/escalofríos: ocurren ocasionalmente y son pasajeros, cede con dosis habituales de AINES. Son normales dentro de las 24 horas posteriores al tratamiento (Resolución 1535/2021; DNSSR, 2022c).
- * Por otro lado, los signos de alarma por los que se debe consultar de manera inmediata a guardia de un hospital o, de no ser posible, a un centro de salud son los siguientes:
- * Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- * Dolor abdominal fuerte o que se intensifica con el tiempo, que no mejora después de tomar analgésicos.
- * Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- * Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- * Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos (Resolución 1535/2021).

Si a los **3 días** de realizado el tratamiento con **misoprostol solo** no se produce la expulsión o hay muy poco sangrado, o persisten síntomas de embarazo, **la persona debe consultar al equipo de salud** porque puede ocurrir que la gestación continúe. Si el tratamiento falla, puede repetirse.

8. Recomendaciones antes de la realización de un aborto con medicamentos

Según la Resolución 1535/2021, **se recomienda antes de la realización del aborto médico:**

- * Explicar con claridad y en lenguaje comprensible cómo debe utilizarse la medicación, qué esperar en relación con la hemorragia vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer las complicaciones. Si es posible entregar por escrito las instrucciones.
- * Garantizar a la mujer la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos.
- * Corroborar que se comprendan las consignas y las pautas de alarma.
- * Especificar claramente y por escrito, cuándo y dónde consultar.
- * Sugerir algunos consejos útiles, como por ejemplo: estar en un lugar lo más cómodo posible y organizarse para no tener obligaciones, estar en compañía de una persona de confianza o asegurarse de contar con apoyo inmediato ante alguna complicación. Además, tener a mano núme-

ros de contacto útiles ante una emergencia (incluyendo el de alguien que pueda trasladarla a una guardia), carga y crédito en el celular y algo de dinero para transporte, en caso de requerirlo. También es clave evitar sustancias que puedan alterar la percepción (como el alcohol y drogas), ya que pueden dificultar el reconocimiento de pautas de alarma.

- * Acordar visitas de seguimiento post aborto (entre 7 y 14 días luego del procedimiento, o antes si hay signos de alarma o de que no se ha eliminado el contenido uterino).

Reforzar todos los puntos importantes de la información que se brinde en forma escrita o con folletería.

Puede utilizarse:

- * **Folleto para la interrupción del embarazo con medicamentos (misoprostol solo)** (DNSSR, 2022c)
- * **Folleto para la interrupción del embarazo con medicamentos (tratamiento combinado: mifepristona y misoprostol)** (DNSSR, 2022d).

ii. Aborto quirúrgico

1. Aborto quirúrgico antes de las 14 semanas

La práctica recomendada para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas es la aspiración de vacío manual o eléctrica (OMS, 2022).

La técnica de **aspiración de vacío** 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 o AMEU** (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano).

No se recomienda la práctica de la **dilatación y el legrado instrumental, incluida la verificación con cureta** (es decir, para completar el aborto) después de la aspiración al vacío (OMS, 2022).

En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino **se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarlo por la aspiración de vacío**, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención (Res. 1535/2021).

Esto es válido para todas las modalidades del aborto, incluido el aborto incompleto (inducido o espontáneo).

2. Preparación previa al procedimiento

En el aborto quirúrgico **antes de las 12 semanas** puede utilizarse la preparación de cuello uterino para el aborto con:

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

No se recomienda el uso de dilataores osmóticos para la preparación del cuello uterino a esta edad gestacional. Debe administrarse la medicación adecuada para el dolor (OMS, 2022).

3. Analgesia

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

- * Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y administrársela a quienes lo deseen.
- * **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 se recomienda el uso del **bloqueo paracervical**.

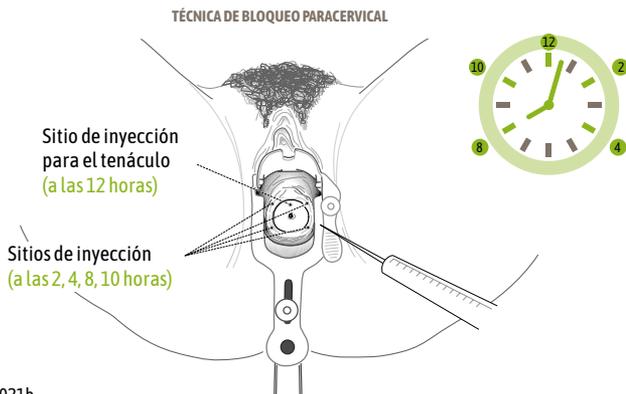
Se sugiere ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente (OMS, 2022).

El dolor puede atenuarse mediante una **combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso**. Para el manejo del dolor medicamentoso es posible usar:

AINES para el aborto	Dosis	Vía de administración	Tiempo antes del procedimiento
Ibuprofeno	400 a 800 mg	oral (du)	60 min
Naproxeno	500 mg	oral (du)	60 min
Ketorolak	20 mg	oral (du)	60 mil

4. Bloqueo paracervical

Con respecto a la anestesia, **el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical** (Res. 1535/2021).



Fuente: Ipas, 2021b.

Lidocaína sin epinefrina para el bloqueo paracervical

Dosis	<ul style="list-style-type: none"> * 20 ml de solución al 1%; o, * 10 ml de solución al 2%.
Vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> * Bloqueo paracervical
Efectos colaterales y efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> * Zumbido en los oídos; * mareo; * adormecimiento en los labios, la boca y la lengua; * sabor metálico; * convulsiones (muy raro); * arritmias severas o potencialmente letales (si se administra por vía endovenosa); * la alergia a la lidocaína en ampollas de dosis única, sin conservantes es muy rara.
Precauciones durante el uso de lidocaína (Resolución 1535/2021).	<ul style="list-style-type: none"> * Aspirar previamente a la inyección para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo. * Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. Una reacción alérgica es muy rara. Las reacciones que ocurren pueden deberse a preservativos en ampollas de múltiples dosis. La alergia a la lidocaína en ampollas de dosis única, sin preservativos es muy rara (Ipas, 2021b). * Inyectar lentamente con una profundidad de 1,5 a 3 cm (no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca). * Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto antes de insertar la cánula en el canal cervical. * No exceder la dosis máxima de lidocaína de 4.5 mg/kg o 200 mg en total.

Para mayor información sobre la técnica de bloqueo paracervical y el uso de analgésicos pueden consultarse el [Anexo A: Tabla de medicamentos para el manejo del dolor](#), en las Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2021 (Ipas, 2021b).

5. Profilaxis antibiótica (OMS, 2022)

Para el **aborto quirúrgico**, independientemente del riesgo de infección pélvica inflamatoria de la persona **se recomienda una profilaxis adecuada pre o perioperatoria con antibióticos**. La carencia de antibióticos no debe limitar el acceso a los servicios de aborto.

Antibióticos recomendados para profilaxis antibiótica antes del aborto quirúrgico (Ipas, 2021b)

ATB	Dosis y vía	Tiempo antes del procedimiento	
Doxiciclina	200 mg oral (du)	1 a 2 horas	
Azitromicina	500 mg oral (du)	2 horas	
Metronidazol	500 mg oral (du)	Antes del procedimiento	

Preparación y manejo del instrumental para la AMEU

Preparación y funcionamiento del aspirador endouterino manual

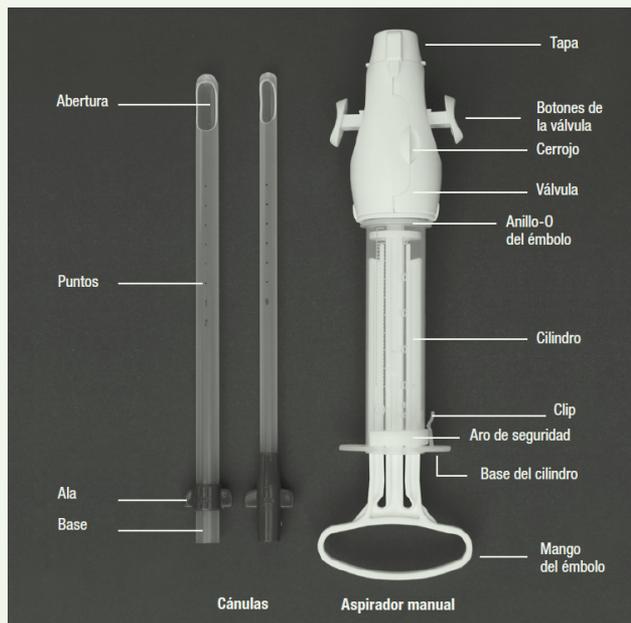
El dispositivo para AMEU consta de un aspirador manual y de las cánulas de aspiración. El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino.

FUM o altura uterina (semanas)	Tamaño de la cánula sugerido
4 a 6 semanas	4 a 7 mm
7 a 9 semanas	5 a 10 mm
12 semanas	8 a 12 mm

La cánula de **4 mm** también puede utilizarse para realizar **biopsias endometriales**.

Hay además cánulas de 14 y 16 mm para gestaciones más avanzadas.

Para el armado del AMEU podrán consultar el video de [Ipas ¿Qué es el AMEU?](#) (2019b)



Fuente: Ipas, 2021b.

Procesamiento del instrumental para ser reutilizado (IPAS, 2019a; Res. 1535/2021)

Las jeringas y cánulas para AMEU pueden utilizarse **múltiples veces**. Si bien las cánulas Ipas Easy-Grip®, están rotuladas en nuestro país 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 esta apartado.

El adecuado procesamiento y mantenimiento del material son esenciales para prevenir las infecciones y para potenciar su vida útil.

A continuación, se detallan opciones concuerdan con las **buenas prácticas** relativas a la reutilización del aspirador y de las cánulas para AMEU.

Se advierte que la elaboración de protocolos propios en cada efector con respecto al procesamiento del instrumental con químicos o métodos de procesamiento **distintos** a los que se mencionan a continuación pueden **causar daños** a la población usuaria y/o al personal de salud.

Es necesario cumplir estrictamente con todas las medidas de bioseguridad necesarias para el procesamiento del material.

1. Descontaminación y remojo

Inmediatamente después de cada procedimiento, **todo el instrumental debe mantenerse en remojo en agua o solución desinfectante enzimática hasta su lavado**, evitando que se seque. Se recomienda enjuagar inmediatamente las cánulas y el aspirador para eliminar los restos groseros de tejido aspirando y eyectando varias veces a presión el agua contenida en el recipiente, con el aspirador armado y con cada cánula utilizada. **No utilizar cloro ni solución salina**. Es importante utilizar guantes durante el procedimiento y lavarse las manos.



Fuente: Ipas, 2006.

2. Lavado

Desarmar completamente el dispositivo y lavarlo con agua tibia, detergente y esponja o cepillo suave (no usar objetos afilados o puntiagudos). Para desplazar el **anillo-O del émbolo**, apretarlo por los lados y deslizarlo hacia abajo. Puede dejarse libre en el vástago del émbolo sin sacarlo completamente (esto evita que se pierda durante el proceso). 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.



Fuente: Ipas, 2006.

3. Desinfección de alto nivel (DAN) o esterilización

Antes de su reutilización, tanto **las cánulas como el aspirador (jeringa) deben esterilizarse o someterse siempre a una desinfección de alto nivel**. Si bien el aspirador no entra en contacto directo con el cuerpo de la mujer, existe el posible riesgo de que algunos contaminantes de una usuaria anterior se introduzcan en el cuerpo de otra mujer.

El aspirador debe estar completamente desarmado para todos los métodos de procesamiento.

La utilización de uno u otro método dependerá de la disponibilidad de recursos en cada efector. Los métodos son los siguientes, en **orden decreciente de eficacia**:

Esterilización

NO deben utilizarse las estufas de esterilización por calor seco.

Material	Tiempo de exposición	Comentarios
Autoclave a vapor	30 minutos a 121°C (250°F) y 106kPa	Cada una de las piezas debe ir separada y envuelta en tela o papel. Acomodar el paquete de manera que quede plano en el autoclave para evitar que se doblen las cánulas. No usar otros parámetros de autoclave, específicamente no usar parámetros más altos ("autoclave flash").
Glutaraldehído al 2% (Cidex® o equivalente)	10 horas	Las piezas deben estar completamente sumergidas.
Solución Sporox II®	6 horas	Sacar con guantes o pinzas estériles. Enjuagar con agua estéril (NO con agua hervida). Secar con gasa estéril.

Desinfección de alto nivel

Material	Tiempo de exposición al desinfectante	Comentarios
Ebullición	20 minutos	Poner los elementos en agua hirviendo por 20 minutos. Dejar que el agua se enfríe antes de sacar las cánulas, de lo contrario éstas podrían aplanarse. Sacarlas con pinzas y sujetarlas por el adaptador/base (no de la punta ni del cuerpo). Secarlos con un paño estéril. Dejarlos enfriar.
Cloro al 0,5%	20 minutos	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Desechar la solución diariamente o antes si se enturbia.
Glutaraldehído al 2% (Cidex® o equivalente)	20-90 minutos	Las piezas deben estar completamente sumergidas. Ver recomendaciones del fabricante.
Solución Sporox II®	30 minutos	Las piezas deben estar completamente sumergidas.

Los instrumentos que hayan sido procesados con métodos mojados deben ser reprocesados a diario.

Si se utilizaron agentes químicos en el procesamiento:

- * Sacar con guantes o pinzas estériles.
- * Enjuagar minuciosamente las cánulas con agua estéril (cánulas sometidas a esterilización) o hervida (para instrumental sometido a la DAN).
- * Enjuagar minuciosamente las piezas del aspirador con agua limpia y potable.
- * Secar con gasa estéril.

Los agentes químicos de procesamiento son sustancias peligrosas. Al procesar el instrumental, tomar las precauciones necesarias, como usar equipo de protección personal. **Consultar las instrucciones de seguridad del fabricante para establecer un uso seguro.**

4. Almacenamiento y mantenimiento

Aspiradores

- * Los aspiradores, una vez secos, deben rearmarse y guardarse listos para su uso en envases o contenedores limpios o estériles un área limpia y seca.
- * Lubricar el anillo O antes de guardar (deslizar varias veces el émbolo para permitir que el lubricante se distribuya de manera uniforme).
- * **No es necesario que el aspirador permanezca desinfectado a alto nivel o esterilizado en el momento de utilizarse** y puede ser colocado en un área limpia o guardado en conformidad con las normas locales.
- * Importante: dado que con frecuencia se pierden o dañan el anillo O o el anillo de seguridad, constatar que están siempre colocados correctamente al momento de armar el equipo.

Cánulas

- * Las cánulas deben encontrarse estériles o procesadas con DAN en el momento de introducirse en el útero y deben **permanecer estériles o desinfectadas a alto nivel hasta su próximo uso**.
- * Guarde las cánulas en recipientes estériles o desinfectados a alto nivel para conservar el nivel en que fueron procesadas. Manejar las cánulas por el extremo de la base, evitando tocar las puntas. Cada cánula también puede guardarse en un contenedor individual.

El número de veces que se puede reutilizar el aspirador o las cánulas varía de acuerdo con su uso y mantenimiento.

¿Cuándo deben desecharse las jeringas para AMEU?

Las jeringas deben desecharse y reponerse en cualquiera de las siguientes situaciones:

- * El cilindro se vuelve quebradizo o agrietado o los depósitos de minerales impiden el movimiento del émbolo.
- * Las partes de la válvula se agrietan, doblan o rompen.
- * Los botones están rotos.
- * Los brazos del émbolo no se aseguran.
- * El aspirador ya no tiene capacidad para conservar el vacío.

¿Cuándo deben desecharse las cánulas para AMEU?

Las cánulas deben desecharse y reponerse en cualquiera de las siguientes situaciones:

- * Se vuelven quebradizas.
- * Están agrietadas, torcidas o dobladas, especialmente en la abertura.
- * No se puede extraer el tejido completamente al limpiarlas.

Para mayor información consultar el documento para **Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip®** (Ipas, 2019a).

e. Respuesta ante la emergencia

La AMEU es un procedimiento seguro y de muy bajo riesgo cuando se realiza por personal capacitado, con la técnica correcta y en lugares que cumplen con las normas de seguridad requeridas. Sin embargo, **es necesario asegurar sistemáticamente la actuación inmediata y correcta ante la presentación de una emergencia.**

Para ello se debe disponer de:

- * Personal capacitado, con entrenamiento periódico para la detección temprana y atención de emergencias (simulacros), y capacitación continua. Los roles de cada persona deberán estar previa y claramente asignados para la acción en los diferentes niveles de la red de cuidados.
- * Insumos. Caja con todos los insumos y medicamentos necesarios para la atención inicial de la emergencia. Debe estar visible, accesible y funcional.
- * Protocolos de actuación (algoritmos de pared).
- * Sistema de comunicación ágil (dentro de la institución y entre las instituciones), para pedido de ayuda y eventual derivación. Se recomienda contar con un equipo de soporte especializado a distancia (telemedicina).
- * Sistema de traslados a niveles de mayor complejidad.
- * Red de cuidados y de derivación: acordada y conocida por todo el personal para las eventuales emergencias que puedan presentarse cuando el procedimiento se realice en un centro de menor complejidad.

Complicaciones del aborto (Res. 1535/2021; Ipas, 2021b; DNSSR 2021b)

- * Interrupción fallida: Si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa, puede considerarse una segunda ronda con medicamentos dependiendo de la edad gestacional, o realizar una aspiración de vacío o dilatación y evacuación.
- * Aborto incompleto.
- * Hemorragia.
- * Infección.
- * Perforación.
- * 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.

Debido a la relevancia del manejo de las complicaciones y de las emergencias, utilizar la **Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto** como documento de referencia (DNSSR 2021b).

f. Atención luego del procedimiento (30 min - 2 horas)

Durante la **recuperación**, la mujer debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro

lugar del establecimiento de salud, hasta que:

- * se encuentre consciente y alerta,
- * pueda caminar sin ayuda,
- * tenga signos vitales normales,
- * ella misma manifiesta que se siente en condiciones para retirarse de la institución,
- * muestra signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

Antes del alta, es importante:

- * Confirmar que la mujer pueda orinar.
- * Brindar contención, acompañamiento y espacio para preguntas, respetando los tiempos y necesidades de la persona, realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).
- * Ofrecer consejería en anticoncepción y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno. **Lo ideal es que se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.**

i. Indicaciones para luego del alta de la AMEU:

Cuidados luego del tratamiento (hasta que corte el sangrado)

- * Evitar relaciones sexuales vaginales hasta que el sangrado desaparezca.
- * No introducir en la cavidad vaginal óvulos, tampones, copa menstrual, ni ningún otro objeto hasta que el sangrado desaparezca.
- * No usar la ducha de bidet ni realizar baños de inmersión.
- * Utilizar analgésicos si hay dolor, pero no todo el tiempo, ya que el dolor en aumento significa que hay que hacer una consulta. Se puede usar, en ese caso, ibuprofeno 400 mg en una sola toma, preferentemente con algún alimento.
- * No tomar aspirinas ni sustancias que alteren la percepción (como alcohol o drogas), ya que podrían alterar la percepción de los signos de alarma.
- * El sangrado puede durar hasta dos o tres semanas, pero debe disminuir cada día con respecto al anterior.
- * La menstruación normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento.
- * Considerar que se puede volver a ovular a los 14 días del procedimiento, por lo que puede haber una nueva gestación incluso antes de una nueva menstruación.

Signos de alarma:

- * Sangrado abundante: más de dos o tres toallas llenas (empapadas) en menos de una hora o más de dos por hora durante dos horas seguidas.
- * Fiebre de 38°C o más luego de realizado el tratamiento.
- * Dolor intenso, que no cede con analgésicos, o que va aumentando con los días.
- * Sangrado persistente (más de 2 semanas), o que aumenta con los días.

- * Flujo vaginal de aspecto extraño o maloliente.
- * Mareos o cansancio intensos.
- * Tristeza, angustia o cualquier otro estado de ánimo.

Es importante que la persona conozca: a qué guardia o centro de salud concurrir y el teléfono del centro de salud.

ii. ¿Cuándo hacer la visita de control en el posaborto?

Se recomienda que sea **entre 7 y 15 días luego del procedimiento o antes si hay algún signo de alarma. En todas las guardias, tienen el deber de atender oportunamente en el posaborto.**

Cuando los cuidados para el proceso de la ILE/IVE se hayan realizado en una institución de salud, deberá confeccionarse una hoja de epicrisis, en la que se resume el proceso de atención brindado, plan de seguimiento, método anticonceptivo colocado o elegido, eventuales interconsultas a realizar, y toda la información relevante. La persona deberá recibir una copia de la epicrisis, salvo que no lo desee.

Cuando la persona gestante haya sido referida por otro equipo de salud, se confeccionará una hoja de contrarreferencia para el equipo que continuará con el proceso de cuidados. Tal como se mencionó anteriormente para la referencia, la comunicación efectiva entre los equipos es una buena práctica, esencial para la calidad de atención y los buenos resultados en salud.

El equipo que realiza la contrarreferencia tiene la responsabilidad de asegurar la continuidad del proceso de cuidado, y de que la mujer haya sido efectivamente recibida por el equipo derivante.

Ecografía en el posaborto (Resolución 1535/2021; Ipas, 2021b; DNSSR, 2021b)

La realización de un aborto inducido con medicamentos o quirúrgico no requiere sistemáticamente de una ecografía de control.

Si el profesional de salud decide realizar un ultrasonido para el seguimiento del aborto con medicamentos, **el único hallazgo ultrasonográfico que requiere una intervención es la continuación de la gestación.**

La ecografía **es útil para detectar la persistencia del embarazo**, pero generalmente carece de utilidad para diagnosticar el aborto incompleto y puede llevar a la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias.

g. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO)

Es un **modelo de calidad de atención previsto para ampliar y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto, cesárea o aborto**. Pone énfasis en la oferta y colocación de los métodos de larga duración (LARC) antes del alta médica (ambulatoria o en internación). Su objetivo es aprovechar una oportunidad de oro en salud, ya que el embarazo, parto, puerperio y el aborto son para muchas mujeres el primer contacto con el sistema de salud.

La **consejería** es el pilar esencial para la implementación de la estrategia de AIPEO. Puede **ocurrir antes (en el caso de las IVE/ILE), durante o después de recibir tratamiento posaborto**. Es recomendable que la consejería comience antes del tratamiento, siempre que esto no demore el tratamiento y esté en condiciones de entender la información y tomar decisiones.

Anticoncepción pos interrupción del embarazo (Resolución 1535/2021; Ipas, 2021b; DNSSR 2021b)

Realizar la consejería antes o inmediatamente después de concluido el procedimiento de IVE/ILE puede ser beneficioso. Sin embargo, **la elección de un MAC nunca puede ser condición de acceso a la práctica de IVE/ILE**.

La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos requiere un **equilibrio entre las ventajas y las desventajas** de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales. Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen (OMS, 2018):

- * las características de la persona usuaria potencial
- * el riesgo inicial de enfermedad
- * el perfil de efectos adversos de los distintos productos
- * el costo
- * la disponibilidad
- * las preferencias de las y los personas que los van a utilizar.

Para que las personas usuarias puedan tomar una decisión informada y voluntaria, se debe proporcionar la siguiente información para cada método, empleando un lenguaje y formatos que resulten de fácil comprensión y acceso (OMS, 2018):

- * eficacia relativa
- * uso correcto
- * cómo funciona
- * efectos secundarios frecuentes
- * riesgos y beneficios para la salud
- * signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud
- * retorno a la fertilidad tras la suspensión del uso
- * protección contra ITS.

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

personas que asisten. Es de buena práctica preguntar a la persona usuaria, antes de iniciar la consejería, **si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción.**

Es importante preguntar a las mujeres cuáles son sus planes reproductivos inmediatos y a largo plazo y luego proporcionar la información correspondiente, explicando los **beneficios de espaciar los embarazos mínimo por tres meses**, para evitar riesgos en su salud y el buen desarrollo de la gestación.

Cuando se presentan **abortos repetidos o se indique que no se desea un embarazo próximo**, la persona que preste los servicios de salud debe **ayudar a detectar cualquier dificultad que encuentre con usar u obtener anticonceptivos** (de corta, larga duración o permanentes) y trabajar con ella para resolver esas dificultades.

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. 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.**

Deben ofrecerse los métodos anticonceptivos disponibles que sean seguros para la persona, incluyendo los de **larga duración.**

¿Qué es un método anticonceptivo seguro?

Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” (OMS, 2018) son los que proponen las recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones clínicas en las que una persona puede usar determinado MAC sin que ello represente un riesgo inaceptable para su salud.

Es necesario que **todas las personas integrantes de los equipos de provisión de IVE/ILE conozcan y tengan siempre en consideración los criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos** durante el proceso de consentimiento informado y de consejería; y **aprovechen todas las oportunidades de la atención para informar sobre la posibilidad del AIPEO** (DNSSR, 2022a).

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

Categorías	Con criterio clínico	Ejemplos	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	ACO y várices. DIU y posaborto primer trimestre. DIU de cobre en cardiopatía isquémica o ACV actual o previo.	SI (Usar el método)
2	En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados.	ACO y tabaquismo en menores de 35 años. DIU y posaborto segundo trimestre.	
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.	Implante y LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.	NO (No usar el método)
4	No debe usarse el método. El uso del método constituye un riesgo inaceptable para la salud.	Métodos hormonales y cáncer de mama. ACO en personas con edad mayor o igual a 35 años y consume MÁS de 15 cigarrillos día. DIU-Cu o DIU-LNG posaborto séptico.	

Fuente: Adaptación de OMS, 2015 y Res. 1535/2021.

Para evaluar los criterios de elegibilidad de la OMS, puede utilizarse la app i-contraception (2022) que se puede descargar en cualquier dispositivo celular.

¿Qué son los métodos anticonceptivos de larga duración o de acción prolongada?

Son aquellos que permiten prevenir un embarazo de manera eficaz durante un período prolongado sin requerir la intervención activa de la usuaria. Además, al suspender su uso se logra el retorno de la fertilidad rápidamente.

Entre ellos se encuentran el DIU con cobre (DIU-Cu), el DIU con levonorgestrel (DIU-LNG) y el implante subdérmico. Estos métodos tienen tasas más altas de continuación y tasas más bajas de embarazos cuando se comparan con los métodos de corta duración.

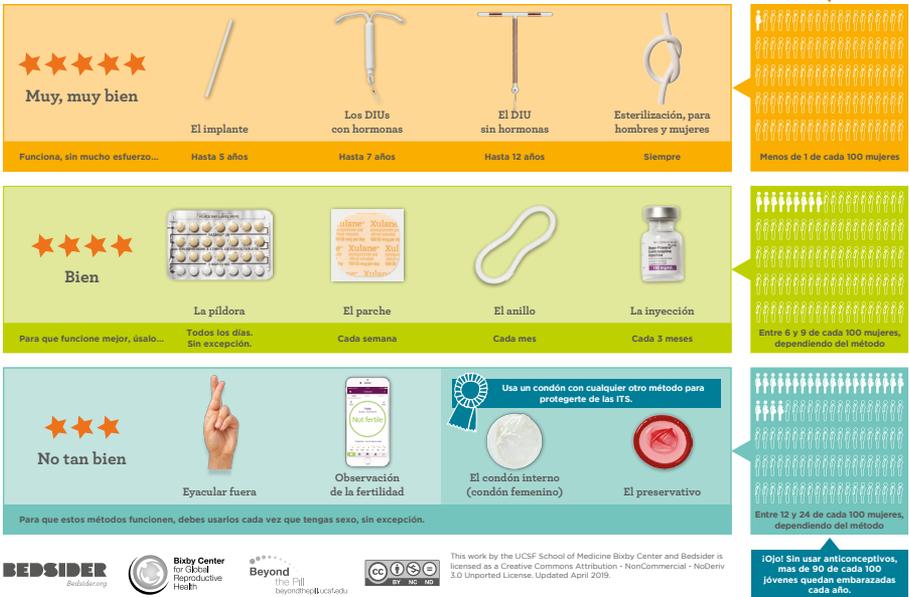
Si la persona usuaria considera que no está lista para tomar una decisión sobre un MAC a utilizar a largo plazo, es importante **ofrecerle y entregarle métodos para que los use temporalmente y tenga protección enseguida de la interrupción**. Se debe proceder del mismo modo si el método que la mujer prefiere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

¿Cuál es la eficacia de los métodos anticonceptivos? (OMS, 2018)

La eficacia del método anticonceptivo para la prevención de un embarazo no planificado depende no solo de la protección ofrecida por el método en sí (uso teórico o perfecto, en condiciones ideales), sino también de cuán correcta y consistentemente se lo usa (uso real o típico).

Los métodos que dependen del uso correcto y consistente (p. ej., preservativos y anticonceptivos orales) presentan diversos grados de eficacia. A medida que se adquiere más experiencia con el uso de un método, su eficacia aumenta. Por ello, cuando una persona está aprendiendo a utilizar un método nuevo, es recomendable ofrecer métodos de resguardo, como la anticoncepción de emergencia y preservativos. No obstante, los aspectos programáticos, como la disponibilidad y el costo de los servicios, y la calidad del asesoramiento también tienen un efecto significativo en cuán eficazmente (correcta y consistentemente) se usará el método.

¿QUÉ TAN BIEN FUNCIONAN LOS ANTICONCEPTIVOS?



BEDSIDER
Bedsider.org

Betsy Center
for Great
Reproductive
Health

Beyond
[The Pill]
beyondthepill.ucsf.edu

CC BY NC ND

This work by the UCSF School of Medicine Bixby Center and Bedsider is licensed as a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDeriv 3.0 Unported License. Updated April 2019.

¡Ojo! Sin usar anticonceptivos, mas de 90 de cada 100 jóvenes quedan embarazadas cada año.

Fuente: Bedsider y UCSF School of Medicine Bixby Center, 2019.

¿Cuándo se considera que un método anticonceptivo está disponible?

El equipo de salud debe **asegurar la disponibilidad y el acceso de métodos anticonceptivos** seguros y eficaces preferentemente en la misma institución, o en otros centros de salud cercanos. Además, el equipo debe valorar 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.

¿Qué exámenes y análisis deben solicitarse antes de iniciar un método anticonceptivo? (OMS, 2018)

La siguiente clasificación permite diferenciar los exámenes y análisis que pueden tenerse en cuenta antes de iniciar cualquier anticonceptivo:

Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo.

Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Es importante tener en cuenta que estos criterios se aplican a personas que, se supone, están sanas. Las personas con problemas de salud conocidos u otras condiciones especiales tal vez necesiten exámenes o análisis adicionales.

Método	ACO	AOP	MPA	Im- plante	DIU-Cu	DIU- LNG	Barre- ra	AHE
Examen gine- cológico	C	C	C	C	A	A	C	C
Examen ma- mario	C	C	C	C	C	C	C	C
Pap-colposco- pía	C	C	C	C	C	C	C	C
Laboratorio	C	C	C	C	C	C	C	C
Pesquisa ITS	C	C	C	C	B	B	C	C
Toma TA	*	*	*	*	*	*	C	C
Consejería	A	A	A	A	A	A		

Fuente: DNSSR, 2019.

Referencias: ACO: Anticonceptivos orales combinados; AOP: anticonceptivos orales de sólo progestágeno; AMPD: acetato de me-droxiprogesterona; DIU-Cu: DIU con cobre; DIU-LNG: DIU con levonorgestrel, AHE: anticoncepción hormonal de emergencia.

*Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el método. Sin embargo, en algunas circunstancias, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos recomendados para utilizar de manera inmediata luego de un aborto con medicamentos o quirúrgico? (OMS, 2022)

Todos los métodos anticonceptivos incluyendo los de larga duración (DIU-SCIU- Implante subdérmico) pueden usarse inmediatamente después de terminado el procedimiento de IVE/ILE, siempre y cuando:

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

Categoría CME 1: sin restricciones

- * anticonceptivos hormonales combinados (AHC),
- * anticonceptivos de progesterona sola (APS),
- * métodos de barrera (preservativos),
- * dispositivos intrauterinos (DIU) después de un aborto quirúrgico o con medicamentos en el primer trimestre.

Categoría CME 2: las ventajas generalmente superan a los riesgos

- * DIU después de un aborto en el segundo trimestre.

Categoría CME 4: no usar

- * DIU después de un aborto séptico. La inserción de un DIU puede empeorar sustancialmente la situación.

¿Cuándo pueden comenzar a utilizarse los métodos anticonceptivos luego del aborto quirúrgico? (OMS, 2022).

Los métodos anticonceptivos se pueden iniciar en el mismo momento de la práctica de una IVE/ILE quirúrgica. En el caso de DIU o SIU se recomienda su colocación **en el momento del aborto quirúrgico**.

¿Cuándo pueden comenzar a utilizarse los métodos anticonceptivos luego del aborto con medicamentos? (OMS, 2022).

Para quienes desean utilizar métodos anticonceptivos luego de un aborto con tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol, se sugiere:

- * Ofrecer la opción de iniciar la **anticoncepción hormonal** (píldoras, parche, anillo, implante o inyecciones) **inmediatamente después de la administración de la primera pastilla** para el aborto con medicamentos.
- * La colocación del **DIU o SIU en el momento en que se determine que el procedimiento de aborto ha sido efectivo**.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto

Situación	ACO	ACI	AOP	AMPD	Implante	DIU-Cu y DIU-LNG
Posaborto primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Posaborto segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Posaborto séptico	1	1	1	1	1	4

Fuente: OMS, 2022.

Referencias: ACO: Anticonceptivos orales combinados; ACI: anticonceptivos inyectables combinados; AOP: anticonceptivos orales de sólo progestágeno; AMPD: acetato de medroxiprogesterona; DIU-Cu: DIU con cobre; DIU-LNG: DIU con levonorgestrel.

¿Qué debemos saber sobre la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) puede (y debería) utilizarse dentro de los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección, siempre que se considere que se está en riesgo de tener una gestación no intencional.

Para su uso es importante tener en cuenta:

- * La dosis es de 1,5 mg de levonorgestrel, en una sola toma.
- * Actúa evitando la ovulación. Es ideal tomarla lo antes posible. Sin embargo, puede ser efectiva si se toma hasta los 5 días posteriores a la relación de riesgo.
- * No tiene contraindicaciones para su uso y puede usarse todas las veces que sea necesario.
- * No actúa impidiendo la implantación (eso es un mito que hay que desterrar).
- * Es de buena práctica informar sobre la posibilidad de utilizarla y, eventualmente, ofrecer y entregar a la usuaria cuando lo desee.

El DIU de cobre (DIU-Cu) o el DIU con levonorgestrel (DIU-LNG) colocados dentro de los 5 días luego de haber tenido sexo sin protección son los métodos anticonceptivos de emergencia más efectivos que existen y permiten continuar la anticoncepción durante 7 a 12 años.

¿Qué debemos saber sobre los métodos quirúrgicos? (DNSSyR 2021b)

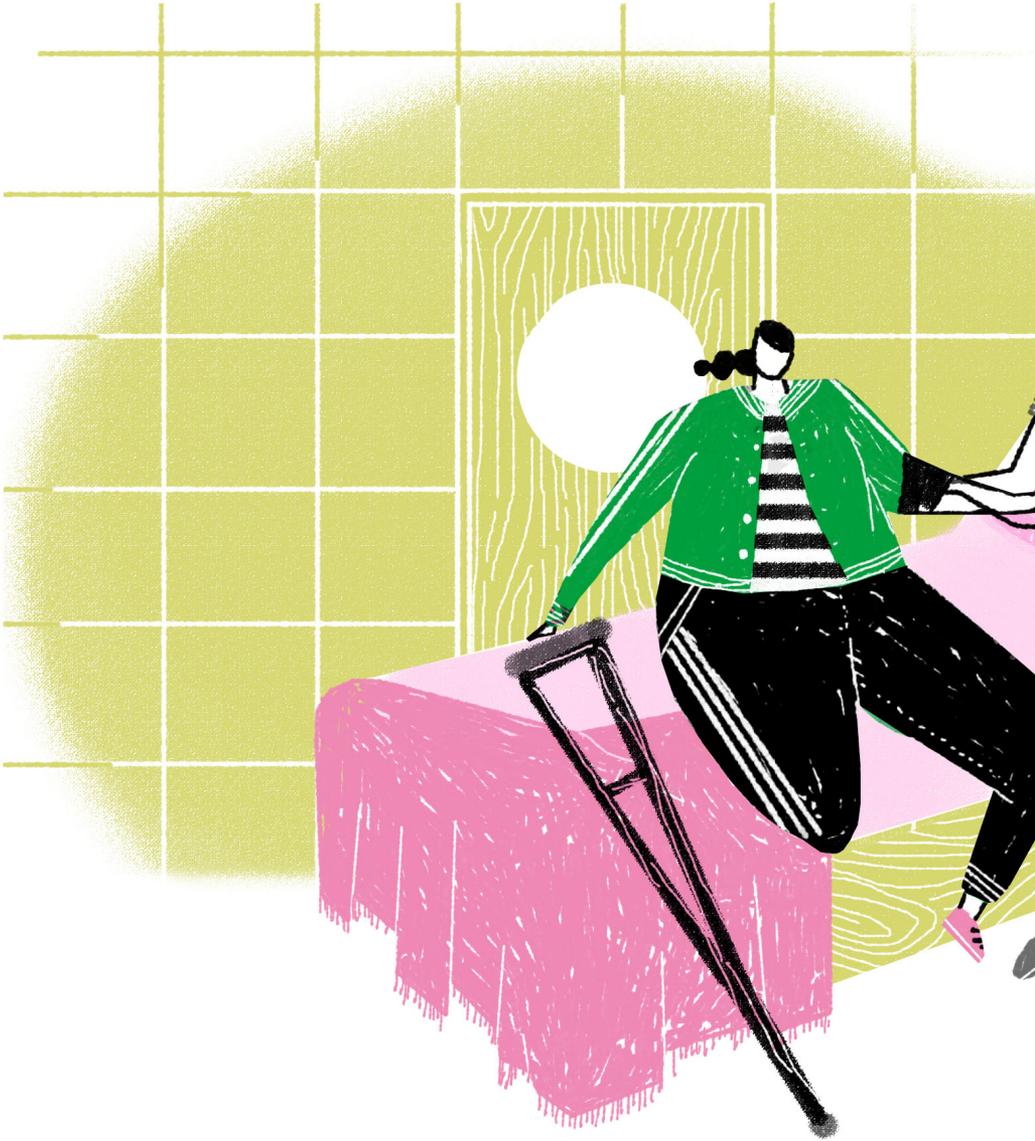
Los métodos quirúrgicos son altamente efectivos para la anticoncepción permanente de quienes no desean tener más hijos/as/es. No requieren ninguna acción por parte de la persona usuaria. Dado que se trata de un método permanente, difícilmente reversible, es importante enfatizar esto en la consejería.

La ligadura de trompas consiste en cortar, quemar o atar las trompas de Falopio, impidiendo el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Puede hacerse con anestesia regional (raquídea o peridural), cuando se realiza por cirugía a “cielo abierto”. Cuando se hace por videolaparoscopia, debe utilizarse la anestesia general. Si bien la fertilidad puede recuperarse con una nueva cirugía, la recanalización, esta no siempre tiene éxito, por lo que se considera un método irreversible. Cuando la persona elija la ligadura tubaria como método anticonceptivo, deben ofrecerse métodos alternativos eficaces hasta su realización.

La vasectomía consiste en cortar y atar los conductos deferentes, que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra. Se puede realizar con anestesia local y la recuperación es rápida. No afecta a las erecciones, y se produce líquido seminal, pero sin espermatozoides. En general, puede ser reversible con mayor facilidad que la ligadura tubaria. Sin embargo, también puede ser irreversible pasado mucho tiempo. Cuando la persona elija la vasectomía como método anticonceptivo, deben ofrecerse métodos alternativos hasta su realización y durante los tres meses posteriores a la cirugía. Es ideal realizar un análisis de semen (espermograma) para confirmar el éxito del procedimiento.

Debido a la relevancia de este tema, se recomienda utilizar como documento de referencia la **“Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud”** (DNSSR 2021b).

REFERENCIAS





REFERENCIAS

Ariza Navarrete S, Ramón Michel A, Formia S, Gómez M, Lutman C, Repka D, Kohen N (2021). *La enfermería en la interrupción del embarazo. Guía para armar un taller*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES.

Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4670>.

Agencia Nacional de Discapacidad (2017). *Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022*. Presidencia de la Nación, Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_discapacidad_imagenes_04-2018.pdf.

Bedsider y UCSF School of Medicine Bizby Center (2019). *Qué tan bien funcionan los anticonceptivos*. Disponible en: <https://beyondthepill.ucsf.edu/sites/beyondthepill.ucsf.edu/files/Tiers%20of%20Effectiveness-Spanish-043019.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Contraception* (3.3) [Aplicación móvil]. Apple Store y Google Play. Disponible en: <https://apps.apple.com/us/app/contraception/id595752188?l=es> y https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mhriley.spendingtracker&hl=en_US

Código Civil y Comercial de la Nación [CCyC]. Ley 26.994 de 2014 [Congreso de la Nación Argentina]. 1 de octubre de 2014. Boletín Oficial N° 32985. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CPDP] (2016). *Observación General N°3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*. 25 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPFRiAqhKb7yhsnbHatuFkZ%2Bt93Y3D%2Baa2oLCHc5Ye5y0yX37Gpo%2FkmBZl1QeKTg7cNEuS%2FzKc3xGM7PD4P8YrjsNLHbSyyH3%2BpDNGpobvX%2B6Zw74L1Z2GWT>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2011). *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica*. Párr. 70. 9 diciembre 2011. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf>.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2021). *Caso Manuela* y Otros vs. El Salvador*. Sentencia de 2 de noviembre de 2021 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf.

Corte Suprema de Justicia de la Nación [CSJN] (2012). F.,A.L. s/medida autosatisfactiva, sentencia del 13 de marzo de 2012. Recuperado de: <http://www.sajj.gov.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>.

Decreto 516 de 2021 [Ministerio de Salud de la Nación]. Por el que se reglamenta la Ley No 27.610 de Acceso a la Interrupción del Embarazo. 13 de agosto de 2021. DCTO-2021-516-APN-PTE. Boletín Oficial N° 34.725. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gov.ar/detalleAviso/primera/248191/20210814>.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2019). *Métodos anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud*. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>.

Dirección de Adolescencias y Juventudes [DIAJU] (2021). *Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud*. 3a ed. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina y UNICEF. Disponible en: https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2021-06/Atencion_Menores_de_15_embarazadas_6-2021.pdf.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2020). *Nota técnica N°2: Aspiración Manual Endouterina (AMEU)*. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/nota-tecnica-2-aspiracion-manual-endouterina-ameu>.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2021a). *Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto*. Sandra Formia y Gabriela Luchetti. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/guia-de-recomendaciones-para-la-calidad-e-integralidad-de-los-cuidados-durante-el-0>.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2021b). *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2021-12/Guia_AIPEO_Anticoncepcion%20inmediata_pos_evento_obstetrico.pdf.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2021c). *Interrupción del embarazo con medicamentos*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2021-05/Interrupcion_del_embarazo_con_medicamentos.pdf.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2022a). *Nota técnica N°7: Estándares para la atención posaborto - Ley 27.610*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/nota-tecnica-7-estandares-legales-para-la-atencion-posaborto-ley-27610>.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2022b). *Nota técnica N°6: Mifepristona y misoprostol para la atención del aborto con medicamentos*. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-07/nota_tecnica_6_15-7-2022.pdf.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2022c). *Interrupción del embarazo con medicamentos (misoprostol solo)*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/82jfwf8c07yctr3/Folleto%20Miso%20Aborto.pdf?dl=0>.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR] (2022d). *Interrupción del embarazo con medicamentos (tratamiento combinado: mifepristona y misoprostol)*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/thqu8gvl9sefa2e/Folleto%20Mife%20Miso%20Aborto.pdf?dl=0>.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [FLASOG] (2013). *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. Hoover O. Canaval Erazo y Edgar Iván Ortiz Lizcano. 3ra ed. FLASOG. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/images/Usode-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecologia-FLASOG-2013.pdf>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNPFA] (2018a). *Cinco cosas que no sabías sobre la discapacidad y la violencia sexual*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/news/cinco-cosas-que-no-sab%C3%ADas-sobre-la-discapacidad-y-la-violencia-sexual>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNPFA] (2018b). *Jóvenes con discapacidad: estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Report_SP.pdf.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNPFA] (2011). *El análisis Causa-Raíz: Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/maternoinfantil/files/2012/08/Guia-ACR.pdf>.

Ipas (2006). *Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador AMEU Plus y las cánulas Easy-Grip: folleto instructivo*. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/322/IPAS%20AMEU%20Plus.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Para consultar sobre el aspirador AMEU, se sugiere revisar los documentos más actualizados que elaboró Ipas a partir del 2019, que fueron referenciados debajo.

Ipas (2019a). *Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip*. Ipas.org. Disponible en: https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/PROPLUS_S19_lowres.pdf.

Ipas [Ipas México] (2019b). *AMEU ¿Qué es? Manual de Procedimiento* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JOzVlc8G1T0>

Ipas (2021a). *Presencia de cicatriz uterina: régimen recomendado*. Ipas.org. Disponible en: <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-para-el-aborto-a-las-13-semanas-o-mas-de-gestacion/aborto-con-medicamentos/presencia-de-cicatriz-uterina-regimen-recomendado/>.

Ipas (2021b). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Ipas.org. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/>.

Ipas (2021c). *Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos (AM)*. Ipas.org. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/ma-sp/>.

Ipas (2022). *Calculadora Ipas de AMEU*. Ipas.org. Disponible en: <https://www.ipas.org/mva-calc-sp/>.

Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Protocolos y Guías*. Argentina.gob. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia/documentos/protocolos-y-guias>.

Ley 27.610 de 2020 [Congreso de la Nación Argentina]. *Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 30 de diciembre de 2020. Boletín Oficial N° 34.562. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.

Oficina de Violencia Doméstica [OFD] (2022). *Datos abiertos de la Oficina de Violencia Doméstica correspondiente al 2021*. Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). Disponible en: <http://datos.csjn.gov.ar/dataset/violencia-domestica>.

ONU: Asamblea General, *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Resolución aprobada por la Asamblea General*, 24 Enero 2007, A/RES/61/106: Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

ONU: Asamblea General, *Convención sobre los Derechos del Niño*, 20 Noviembre 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Violencia contra la mujer*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565400>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Seguridad del paciente*. Disponibles en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Servicios sanitarios de calidad*. Disponible en: <https://bit.ly/3BMqpb5>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: resumen. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/es/>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *La OMS publica la versión digital de su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-02-2020-who-launch-e-empl>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Directrices sobre el aborto*. Disponibles en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

Ramón Michel A, Luchetti G, Ladenheim R, Repka D (2022). *Tareas compartidas: una oportunidad para la atención del aborto en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). *El aborto en la formación de la salud* - Nro: 3. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4698>.

Resolución 65 de 2015 [Ministerio de Salud de la Nación]. Documento de acuerdos elaborados en la "Mesa de Trabajo del Nuevo Código Civil y Comercial". Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649>.

Resolución 1535 de 2021 [Ministerio de Salud de la Nación]. *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo*. Edición 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf.

Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM) (2019). *Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM). Resultados 2013-2018*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/rucvm_03_19.p



www.redaas.org.ar
www.ela.org.ar
www.cedes.org