DERECHOS DE SALUD SEXUAL TODAS Y TODOS

0800 222 3444
saludsexual@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludsexual

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

200 AÑOS
BICENTENARIO
ARGENTINO

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS **ABORTOS NO PUNIBLES**

Cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos

200 AÑOS
BICENTENARIO
ARGENTINO

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Presidenta de la Nación
Dr. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria
Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Lic. Paula C. Ferro

Buenos Aires, Junio 2010

PRÓLOGO

"EN CIRCUNSTANCIAS DONDE EL ABORTO NO ESTÉ EN CONTRA DE LAS LEYES, LOS SISTEMAS DE SALUD DEBEN ENTRENAR A SUS PROVEEDORES Y TOMAR OTRAS MEDIDAS PARA ASEGURAR QUE EL ABORTO SEA SEGURO Y ACCESIBLE.
DEBEN TOMARSE MEDIDAS ADICIONALES PARA PROTEGER LA VIDA DE LAS MUJERES".

Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Junio de 1999.

Por muchas décadas las mujeres que habitan la Argentina han sido impedidas de ejercer un derecho fundamental que se encuentra reconocido desde el año 1921 en el artículo 86, segundo párrafo del Código Penal: el derecho de acceder a un aborto frente a determinadas circunstancias que lo autorizan.

En el ejercicio de este derecho se ponen en juego numerosos derechos humanos como la igualdad, la autodeterminación, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación. Por consiguiente, el derecho de las mujeres de acceder a los abortos previstos por el Código Penal constituye propiamente un derecho humano de orden constitucional.

El Estado, entonces, está y siempre estará obligado a garantizar el ejercicio real y efectivo de ese derecho. Sin embargo, por décadas este derecho quedó desdibujado, o fue mal interpretado; seguramente también fue tratado mediante la desinformación o la tergiversación. La lucha de las organizaciones de mujeres y sociales frente a diversas situaciones logró modificar ciertas prácticas, pero el cuadro general de aplicación del artículo 86 permaneció ampliamente sesgado.

Evidentemente, una política pública que propenda a garantizar efectivamente el ejercicio de este derecho enfrenta múltiples y complejos desafíos que confluyen en definitiva en un mismo punto: la accesibilidad.

En el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, es el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSSyPR) el órgano de gobierno que debe implementar y construir lineamientos para el desarrollo de una política pública de estado que promueva la garantía de acceso a este derecho por parte de las mujeres en la Argentina.

En ese marco, el lanzamiento, la promoción y la constante actualización de la **Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles** es el puntapié inicial. Esta Guía Técnica está concebida como un instrumento con base normativa, que pueda alcanzar hasta la última sala sanitaria del país. Sólo de esta forma, asignándole un vuelo federal a un derecho de carácter federal, podremos aspirar a una política pública genuina acorde al cumplimiento de la ley vigente.

La promoción de los derechos de los más desprotegidos, y la concepción política de que el Estado debe ejercer un fuerte rol en garantizar y ampliar los derechos del pueblo, son ideas rectoras para el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La Guía Técnica que aquí presentamos, se inscribe en esa dirección.

Lic. Paula Ferro
Coordinadora Programa Nacional
Salud Sexual y Procreación Responsable

Dr. Guillermo González Prieto
Subsecretario de Salud Comunitaria
Ministerio de Salud de la Nación

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN ABORTOS NO PUNIBLES

1> CASOS DE ABORTO NO PUNIBLES

El Código Penal de la Nación Argentina establece que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer no es punible:

a. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1°, Código Penal de la Nación),

b. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1°, Código Penal de la Nación),

c. si el embarazo proviene de una violación (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2°, Código Penal de la Nación),

d. si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2°, Código Penal de la Nación).

2> INTERVENCIÓN MÉDICA

Las mujeres que se encuentren en cualquiera de los supuestos enunciados anteriormente, gozan del derecho de acceder a un aborto.
El Hospital y la/el médica/o tratante tienen la obligación legal de practicar la intervención, siempre que exista consentimiento informado de la mujer (ver punto 3). No deben ni están obligados a requerir la intervención y/o la autorización judicial.
La práctica del aborto no punible se realizará previa constatación por parte de una/un sola/o médica/o de la existencia de alguna de las causales:

a. Cuando exista peligro para la vida o para la salud de la mujer, la/el médica/o tratante debe constatar la existencia de ese peligro, de acuerdo a los conocimientos científicos de la medicina y sobre la base de los estándares vigentes, y en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, de ser necesario. Los estándares en materia de salud establecen que la salud debe ser entendida como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones" y como "el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los estados partes de procurar su satisfacción" (Organización Mundial de la Salud y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

b. Cuando el embarazo sea producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitar a la mujer constancia de la denuncia de la violación o en su caso declaración jurada de la mujer. Cuando el embarazo sea producto de un atentado al pudor de una mujer con discapacidad mental con o sin declaración judicial, debe solicitar a quien la represente constancia de la denuncia del atentado al pudor o en su caso declaración jurada de su representante. No se debe requerir ningún otro tipo de constancia, documentación o información, ni realizar gestión alguna ante otras personas o instituciones.

c. El/la médico/a debe constatar las condiciones para la realización del aborto no punible (ver Capítulo 3) y utilizar el método más seguro de interrupción del embarazo (ver Capítulo 7).

3> CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debe solicitarse a la mujer el consentimiento informado para proceder a la interrupción del embarazo (Ley 26.529).

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. En tanto es un simple acto lícito, que constituye un ejercicio de la propia libertad, indelegable, no se requiere el consentimiento o autorización de un tercero, como marido o concubino. Debe quedar asentado en la historia clínica el tipo de información brindada a la mujer o adolescente, y la constancia de que pudo comprender dicha información. Asimismo, debe existir la debida constancia del consentimiento para efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la mujer y por el/la médica tratante.

En el caso de la mujer con enfermedad o discapacidad mental, se debe seguir el mismo procedimiento con su representante legal.

4> ADOLESCENTES

Las adolescentes poseen capacidad de discernimiento para brindar su consentimiento informado y por lo mismo deben ser apropiadamente informadas acerca de todos los aspectos relativos a los abortos no punibles, en los términos expuestos en el punto 3 a los fines de tomar una decisión, de conformidad con el artículo 3 de la Ley 26.061 de Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes y la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 19 de la Constitución Nacional.

En los casos de niñas y adolescentes menores de 14 años, se requerirá la asistencia de los padres, tutores o encargados para acceder a la práctica del aborto. La presencia de uno solo de los padres es legalmente suficiente.

Sólo en caso de negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados de acompañar la decisión de la niña o adolescente, se procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil que establece "cuando los intereses de los incapaces, en cualquier acto judicial o extrajudicial, estuvieren en oposición con la de sus representantes, dejarán éstos de intervenir en tales actos, haciéndolo en lugar de ellos, curadores especiales para el caso de que se tratare".

5> OBJECIÓN DE CONCIENCIA

Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible. Sin embargo, la objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional, por lo que toda institución a la que se recurra para la práctica de un aborto no punible deberá en cualquier caso garantizar su realización.

En ningún caso, la sustitución de una/un profesional objetora/o de conciencia podrá realizarse en un plazo mayor al de 5 (cinco) días contados desde la constatación de un caso de aborto no punible.

Las mujeres deberán ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médica/o tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen.

6> PLAZO

La evacuación de las medidas necesarias para la determinación de una causal de aborto no punible, y para su realización (consentimiento informado, estudios médicos, estudios psicológicos, recursos técnicos, humanos y farmacológicos, constancia de denuncia, objeción de conciencia, y/o cualquier otra medida pertinente), no debería insumir un plazo mayor de 10 (diez) días siguientes a la solicitud de la mujer o quien estuviera autorizado a solicitarlo.

7> RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de la medicina o la psicología, cuando injustificadamente no se constate la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal de la Nación, cuando existan maniobras dilatorias en el proceso de constatación, cuando se suministre información falsa, y/o cuando exista negativa injustificada en practicar el aborto.

ÍNDICE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 13
2. JUSTIFICACIÓN 15
2.1. *Contexto* 15
2.2. *Marco jurídico* 16
2.3. *Principios* 25
3. DEFINICIONES Y PROCEDIMIENTOS 27
3.1. *Aborto no punible* 27
3.2. *Profesional de la salud* 28
3.3. *Plazos* 29
3.4. *Sanciones* 29
4. OBJETIVOS 30
4.1. *General* 30
4.2. *Específicos* 30
5. POBLACIÓN OBJETO 30
6. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO 31
6.1. *Principios generales* 31
6.2. *Admisión de la mujer que solicita la interrupción del embarazo* 31
6.2.1. *Toma de decisión libre y basada en la información* 31
6.2.2. *Confidencialidad* 32
6.2.3. *No discriminación* 32
6.2.4. *Privacidad* 32
6.3. *Consideraciones especiales* 33
6.3.1. *Adolescentes* 33
6.3.2. *Mujeres víctimas de violación o atentado al pudor* 33
6.3.3. *Objeción de conciencia* 34
6.4. *Asesoramiento, información y consentimiento informado* 34
6.4.1. *Asesoramiento* 34
6.4.2. *Información* 35
6.4.3. *Consentimiento Informado* 36
6.5. *Consulta de primera vez* 37
6.5.1. *Consulta pre-aborto* 37
6.5.2. *Historia clínica* 38
6.5.2.1. *Anamnesis* 38
6.5.2.2. *Examen físico* 39
6.5.2.3. *Análisis de laboratorio* 39
6.5.2.4. *Ecografía* 40
6.6. *Condiciones pre-existentes* 40
6.6.1. *Infecciones del tracto reproductivo (ITRs)* 40
6.6.2. *Embarazo ectópico* 41
6.6.3. *Isoinmunización Rh* 41
6.6.4. *Citología cervical* 41

7. MÉTODOS SEGUROS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO 42
7.1. *Métodos para ser utilizados hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación* 43
7.2. *Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación* 43
7.3. *Preparación cervical* 43
7.4. *Manejo del dolor* 44
7.4.1. *Medicación para el dolor* 45
7.4.2. *Anestesia* 45
7.5. *Aborto quirúrgico* 46
7.5.1. *Aspiración al vacío* 46
7.5.2. *Dilatación y curetaje* 46
7.5.3. *Dilatación y evacuación* 47
7.5.4. *Otros métodos quirúrgicos de aborto para embarazos avanzados* 47
7.5.5. *Evaluación de los tejidos posterior a un aborto quirúrgico* 48
7.6. *Aborto con medicamentos* 49
7.6.1. *Mifepristona y prostaglandinas* 51
7.6.1.1. *Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación* 51
7.6.1.2. *De 9 a 12 semanas completas desde la fecha de la última menstruación* 52
7.6.1.3. *Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación* 52
7.6.2. *Misoprostol* 52
7.6.2.1. *Hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación* 52
7.6.2.2. *Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación* 53
7.6.3. *Medicamentos para interrumpir un embarazo* 53
7.7. *Manejo de las complicaciones del aborto* 53
7.7.1. *Aborto incompleto* 53
7.7.2. *Aborto fallido* 53
7.7.3. *Hemorragia* 53
7.7.4. *Infección* 54
7.7.5. *Perforación uterina* 54
7.7.6. *Complicaciones relacionadas con la anestesia* 54
7.7.7. *Secuelas a largo plazo* 54
8. SEGUIMIENTO 55
8.1. *Período de recuperación* 55
8.1.1. *Métodos quirúrgicos de aborto* 55
8.1.2. *Aborto con medicamentos* 55
8.2. *Provisión de métodos anticonceptivos y asesoramiento para ITS* 56
8.3. *Instrucciones de cuidado para después del aborto* 60
Referencias 61

EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE FUE CREADO EN EL MES DE OCTUBRE DE 2002 POR LA LEY 25.673, REGLAMENTADA EN MAYO DE 2003 POR EL DECRETO 1282/2003. LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA SON:

a. Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;

b. Disminuir la morbimortalidad materno-intantil;

c. Promover la salud sexual de las y los adolescentes;

d. Contribuir a la prevención o detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genital y mamarias;

e. Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

f. Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Entre las diversas acciones implementadas por el Programa para alcanzar los objetivos establecidos en la Ley, se encuentra la de promover en todo el país el derecho que tienen las mujeres, las niñas y las adolescentes de acceder a un aborto no punible (ANP), de acuerdo a las causales que prevé el artículo 86, segundo párrafo, incisos 1 y 2 del Código Penal Argentino.
El Programa promueve que la atención de los ANP sea brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando estándares de calidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada. Asimismo, se pretende que el acceso a este servicio, en tanto constituye parte del derecho a la salud, respete los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General nro. 3.[I]

I. CESCR, Observación Gral. Nro 3, La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párrafo 1 del art. 2 del PIDESC), E/1991/23, 14/12/1990. La Observación define estos conceptos de la siguiente manera. "Disponibilidad: Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: • No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. • Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. •Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. •Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. Calidad: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas".

01

El deber de prestar servicios de ANP de calidad implica ofrecer un trato humanitario que incluya la recepción y orientación para responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres; garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a criterios éticos y legales y con estándares de competencia del proveedor en los distintos métodos; intercambiar información amplia y completa para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado; y ofrecer servicios de planificación y cuidados posteriores a las mujeres.

Con el fin de promover acciones en esa dirección, el Programa convocó a profesionales de distintos campos para elaborar una herramienta técnica y práctica que señale los procedimientos que legal y médicamente se deben seguir ante un caso de aborto no punible. El resultado es la GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ABORTOS NO PUNIBLES.

Esta GUÍA TÉCNICA resulta un paso central para:

- Favorecer las condiciones en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en todos los aspectos relacionados con los abortos no punibles;
- Definir medidas tendientes a reducir y eliminar las barreras en el acceso a los abortos no punibles, en todos los niveles de atención;
- Minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad en la atención de los abortos no punibles.

La GUÍA TÉCNICA está dividida en dos partes:

- ***Primera parte: Aspectos legales***
- ***Segunda parte: Aspectos médicos***

La GUÍA TÉCNICA pretende alcanzar todos los puntos necesarios para la atención adecuada de un ANP, y su implementación será supervisada por el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.*

2.1. CONTEXTO

EL INCREMENTO A NIVEL MUNDIAL EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HA CONTRIBUIDO A UNA DISMINUCIÓN EN EL NÚMERO DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y POR LO TANTO, AL NÚMERO DE ABORTOS, los cuales han caído de una estimación de 45.5 millones en 1995, a 41,6 millones en 2003. Sin embargo, los abortos realizados en condiciones de riesgo sólo disminuyeron de 19.9 millones en 1995 a 19.7 millones en 2003. Por cada mil mujeres en edad reproductiva en el mundo, se estima que 29 han tenido un aborto inducido. De los 42 millones de abortos inducidos en todo el planeta, 35 millones ocurren en países en desarrollo. En lugares donde se dispone de métodos anticonceptivos efectivos y éstos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye drásticamente[1], aunque nunca ha bajado a cero por múltiples razones. Primero, millones de mujeres y hombres no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o bien no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente. Segundo, ningún método anticonceptivo es 100% efectivo. Tercero, las altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica y la guerra, llevan a embarazos no deseados. Cuarto, circunstancias cambiantes, tales como el divorcio y otras crisis, pueden causar que un embarazo deseado se transforme en no deseado.

Se estima que alrededor de 20 millones, o cerca de la mitad de los abortos inducidos anualmente son inseguros. Un aborto inseguro es "un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos". [2] El 98% de éstos ocurre en países en vías de desarrollo[3].

En Argentina mueren alrededor de 80 mujeres por año a consecuencia de complicaciones de abortos inseguros. Estas complicaciones han estado entre las primeras causas de mortalidad materna en los últimos veinte años, representando el 30% de esas muertes.[4] Dado el régimen de legalidad restringida del aborto, muchas mujeres deben recurrir a procedimientos inseguros para interrumpir un embarazo poniendo en riesgo su salud y su vida. Lo hacen –además- en condiciones de clandestinidad legal, social y familiar, lo que las lleva a enfrentarse con barreras que postergan la búsqueda de atención médica. A estas razones debe agregarse además, la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las mujeres que acuden a ellos[5,6].

Por tratarse de una práctica clandestina no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en el país. Las estimaciones recientes indican que ocurren 460.000 abortos inducidos por año.[7,II] La única información disponible es el número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto en los establecimientos públicos del país -en la que no se distingue entre abortos espontáneos y provocados- y representa sólo una fracción del total de los abortos que ocurren anualmente. En el año 2007 se registraron 59.960 hospitalizaciones por aborto en todo el país. En el período comprendido entre 1995 y 2007, las hospitalizaciones de niñas y adolescentes entre 10 y 19 años representaron cerca del 15.5% del total y las hospitalizaciones de jóvenes de 20 a 24 años fueron un 26%

II. El valor resulta del cálculo de estimación del aborto inducido realizado por la Dra. Pantelides y la Lic. Silvia Mario, por medio del método de los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto (Singh, S. y Wulf. D.: "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", en International Family Planning Perspectives, número especial, 1994) y es también el valor promedio del rango estimado por el método residual (Bongaarts, J.: "A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility" en Population and Development Review, vol. 4, N° 1, 1978).

aproximadamente. Juntos, ambos grupos constituyen cerca del 40% del total de los egresos hospitalarios por aborto.[8]

Los servicios de salud deben atender a las mujeres que presentan complicaciones de abortos inseguros, y hacer todo lo que esté a su alcance para preservar su salud y su vida, más allá del carácter legal o ilegal del aborto. Para estas mujeres el acceso a la atención médica y de calidad pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte.[9]

Finalmente, diversos estudios indican que los servicios de salud aún no tienen una estrategia sistemática de consejería anticonceptiva post aborto para ayudar a las mujeres a evitar un nuevo embarazo no deseado y un aborto repetido.[10] Puede suponerse entonces que el proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de aborto está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica. En este marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta situación crítica son con frecuencia víctimas de violencia institucional, violencia contra la libertad reproductiva y/o violencia obstétrica (cfr. Ley 26.485, artículo 6, incisos d y e). [11,12]

En el marco de este crítico contexto general, el derecho de las mujeres de acceder al ANP sufre limitaciones ilegítimas a través de la interpretación restrictiva de las causales de no punibilidad, la exigencia de la intervención de comités de ética o autoridades sanitarias, y la judicialización indebida de la autorización del ANP.[III] Por otro lado, la ausencia de plazos máximos para las decisiones profesionales, administrativas o judiciales, genera demoras en la producción del diagnóstico y la prestación del servicio, lo que puede prolongar el riesgo físico y de muerte y causar serios daños en la mujer por las múltiples instancias y por la prolongación de una gestación que se intenta interrumpir. Además de todo ello, estos condicionamientos suelen potenciarse en ciertas regiones del país, lo que se suma a las limitaciones estructurales propias que existen en cada una de ellas. En consecuencia, esta GUÍA TÉCNICA tiene por fin reducir en todo el país las barreras de acceso al aborto en los casos que no es punible, es decir, en los casos permitidos por el Código Penal de la Nación.

2.2. EL MARCO JURÍDICO

Los abortos no punibles se encuentran contemplados en el artículo 86, segundo párrafo, incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación. El Código Penal es Ley Nacional sancionada por el Congreso de la Nación en el año 1921, y el artículo 86 mencionado se remonta a esa época. Este artículo establece cuatro situaciones en que el aborto está permitido:

(I) SI HAY PELIGRO PARA LA VIDA DE LA MUJER Y ESTE PELIGRO NO PUEDE SER EVITADO POR OTROS MEDIOS;

(II) SI HAY PELIGRO PARA LA SALUD DE LA MUJER Y ESTE PELIGRO NO PUEDE SER EVITADO POR OTROS MEDIOS;

(III) SI EL EMBARAZO PROVIENE DE UNA VIOLACIÓN;

(IV) SI EL EMBARAZO PROVIENE DE UN ATENTADO AL PUDOR SOBRE UNA MUJER IDIOTA O DEMENTE.

El artículo 86, segundo párrafo, incisos 1 y 2 del Código Penal está sustentado por la Constitución Nacional, por los tratados de derechos humanos incorporados a su texto,[13] y por otras leyes nacionales que garantizan el derecho a la igualdad, a la salud, a la

III. Ver al respecto, TSJBA, Causa 715/00 "T., S. C/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ amparo (art. 14, CCBA); Causa Ac. 95.464, "C. P. d. P., A. K. Autorización", sentencia del TSJ Pcia. de Buenos Aires, 27 de junio de 2005; Causa Ac. 98.830, "R., L.M., 'NN Persona por nacer, Protección. Denuncia'", sentencia del 31 de julio de 2006, TSJ Pcia. de Buenos Aires; Causa. Suprema Corte de Justicia de Mendoza, Sala 1ª, "C., S. M. y otros. v. sin demandado p/ac. de amparo s/per saltum", sentencia del 22 de agosto de 2006; Causa 5236. Supremo Tribunal de Entre Ríos "Defensora de P Y.M Nº (en repr. de persona por nacer) s/ medida cautelar de protección de persona", sentencia del 20 de septiembre de 2007; más recientemente autos "FUENTES, Aurora Luisa s/MEDIDA AUTOSATISFACTIVA" (STJ de Chubut, Expte. Nro, 21.912-F-2010, sentencia del 8/3/2010).

autodeterminación, a la privacidad y a la no discriminación. Esto significa que los derechos que tiene la mujer en situaciones de aborto no punible son derechos de orden constitucional y del derecho internacional de los derechos humanos.

CONSTITUCIÓN NACIONAL

IGUALDAD: El artículo 16 establece: "La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento [...] Todos sus habitantes son iguales ante la ley." El derecho a la igualdad, tal como se encuentra formulado en este artículo, incluye la igualdad formal y material. Presupone y contiene el derecho a la no discriminación e impone al Estado promover acciones para el desarrollo de una sociedad más equitativa, sin discriminaciones arbitrarias.

PRIVACIDAD Y AUTONOMÍA: El artículo 19 declara que "Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe". Este artículo garantiza la autonomía personal en cuanto derecho básico de un sistema democrático. De este derecho se deriva que todo individuo es dueño de disponer de sus actos, de su propio cuerpo, de su propia vida, actos dispositivos que sólo se encuentran sujetos a su voluntad siempre que no perjudiquen a un tercero. Las normas arriba mencionadas se complementan con las previsiones de los tratados y documentos internacionales que se citan a continuación y las normas sobre la materia emergentes de las Constituciones provinciales del país.

TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS

Los derechos reconocidos por la Constitución encuentran también protección en los tratados de derechos humanos incorporados a su texto con rango constitucional, según lo previsto en el artículo 75, inciso 22. Así, por ejemplo, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* sienta el principio de no discriminación y reconocen que toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. El artículo 12 de la Declaración Universal consagra el derecho a la privacidad y el derecho a la autodeterminación de cada persona y garantiza el derecho a la protección de la ley contra todo tipo de injerencias arbitrarias en su vida privada. En igual sentido se pronuncia el artículo 5 de la Declaración Americana y el artículo 11 de ésta consagra también el derecho a la preservación de la salud y del bienestar.

Asimismo, el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,* en su artículo 3 establece el deber de los Estados de garantizar a hombres y mujeres la igualdad y en su artículo 6 establece el derecho a la vida, cuestiones que se contraponen con la existencia de muertes de mujeres que procuran evitar seguir con un embarazo. A su vez, el artículo 9 consagra el derecho a la libertad y prevé en el artículo 17 que "nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada". También el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,* en su artículo 12, inciso 1ro., establece que los Estados Parte reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

Por otra parte, la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),* consagra en el artículo 12, inciso 1, "el derecho de la mujer a acceder, sin discriminación alguna, a los servicios de la atención médica." Asimismo, prevé que "los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia". Además, el artículo 14 de la CEDAW dispone que los Estados deberán asegurar el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce el derecho a la libertad y prevé en su artículo 5 que "toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral". A nivel regional, también el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" consagra "el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

Cuando los casos de Abortos No Punibles se refieran a mujeres menores de 18 años, también resulta de aplicación la *Convención sobre los Derechos del Niño.* Esta Convención establece la prevalencia del interés superior de la adolescente o la niña en todos los casos en que se encuentre afectado su derecho (cfr. artículo 3, inciso 1), asegurándole el "más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud." Al mismo tiempo, establece la obligatoriedad de su "asistencia médica", especialmente la "atención primaria de salud", y el desarrollo de "atención sanitaria preventiva… y servicios en materia de planificación de la familia" (cfr. artículo 24).

A nivel regional, la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (Convención de Belém do Pará, 1994), define a la violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". El artículo 2 dispone que esa violencia incluye aquella perpetrada o tolerada por el Estado o sus Agentes, donde quiera que ocurra, mientras que el artículo 6 determina el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, lo que implica la liberación de todo tipo de discriminación en su contra.

OTROS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Además de los tratados de derechos humanos mencionados, existen otros instrumentos internacionales que reconocen y amplían los derechos que tiene la mujer en situación de aborto no punible, y toda vez que establecen los lineamientos básicos a los cuales se deben ajustar las políticas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva son instrumentos legales que deben ser contenidos y contemplados en las políticas públicas sobre la materia.

La Declaración y Programa de Acción de Viena afirma en su artículo 18 que "Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales". En

la declaración se insta a los gobiernos, a las instituciones intergubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos en favor de la protección y reclama se conceda a la mujer el pleno disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y que ésta sea una prioridad para los gobiernos.

En los documentos de la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo,* se define a la salud sexual y reproductiva como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos".

Se declara expresamente que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son derechos humanos y que toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su reproducción.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso.

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente: si tener o no hijos, con quien tenerlos, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres. Sostiene la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios de atención de la salud a todas las personas, y en especial a los grupos más desfavorecidos y vulnerables. Se indica que el aborto es un problema de salud pública que exige servicios y políticas de Estado como parte de su compromiso con la salud de las mujeres y fomenta la realización de un esfuerzo decidido para reducir el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones.

En consonancia con la *Conferencia de El Cairo*, en los documentos de la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, se afirma que el tema del aborto es una problemática de salud pública, haciendo especial referencia a la responsabilidad de los organismos estatales por las consecuencias que tienen para la salud los abortos inseguros. En ambas Conferencias se ha coincidido en que la salud reproductiva incluye el derecho de mujeres y hombres: a) a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo; b) a procrear, con libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia; c) a la información y al acceso a métodos seguros, eficientes y ejecutables de planificación familiar de su elección; d) al acceso a servicios de seguimiento en el embarazo y en el parto sin riesgos, garantizando las mejores posibilidades para tener hijos sanos. La Plataforma de Acción de Beijing exhorta a los gobiernos a asegurarse que todos los servicios y los trabajadores relacionados con la atención de la salud respeten los derechos humanos y sigan las normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a las mujeres.

También en la *Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas* en 1999, los gobiernos decidieron ratificar lo acordado en la Conferencia de Beijing en relación con los servicios de aborto: "En circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres".[14]

Por otra parte, en el 98° período de sesiones de Marzo de 2010, el *Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas* específicamente expresó su "preocupación por la legislación restrictiva del aborto contenida en el artículo 86 del Código Penal, así como por la inconsistente interpretación por parte de los tribunales de las causales de no punibilidad contenidas en dicho artículo. (Artículos 3 y 6 del Pacto)". Por otro lado señaló que "el Estado Parte debe modificar su legislación de forma que la misma ayude efectivamente a las mujeres a evitar embarazos no deseados y que éstas no tengan que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus vidas." Ya en el año 2000 había señalado su preocupación de que "la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite", y recomendó la eliminación de todos los obstáculos al aborto cuando éste no está penalizado por la ley.[IV]

Finalmente, entre los países miembros del MERCOSUR, el Acuerdo N° 06/07, *Recomendaciones para las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva* en los Estados partes y asociados del MERCOSUR, reitera el compromiso de cumplir con las Metas de Desarrollo del Milenio, especialmente la reducción de la mortalidad materna. Este Acuerdo establece en su artículo 1.2.e, el acuerdo de "Instrumentar y protocolizar el acceso a la interrupción del embarazo en los servicios de salud, en aquellos países cuyas legislaciones así lo habilitan". Al ratificar los tratados e instrumentos internacionales mencionados hasta aquí, el Estado argentino ha reconocido y asumido la obligación de promover, proteger y garantizar los derechos previstos en los mismos. En su rol de garante el Estado debe proveer los recursos materiales, legales y humanos adecuados para el ejercicio y goce de estos derechos, lo que presupone la obligación de establecer los procedimientos legales y judiciales correspondientes.

CÓDIGO PENAL

Según lo ya señalado, en el derecho argentino los abortos permitidos por la ley se encuentran regulados en el segundo párrafo del artículo 86 del Código Penal de la Nación que establece que:

"El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1) SI SE HA HECHO CON EL FIN DE EVITAR UN PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER Y SI ESTE PELIGRO NO PUEDE SER EVITADO POR OTROS MEDIOS;

2) SI EL EMBARAZO PROVIENE DE UNA VIOLACIÓN O DE UN ATENTADO AL PUDOR COMETIDO SOBRE UNA MUJER IDIOTA O DEMENTE.

LEY 25.673 DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

La Ley Nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable establece en su artículo 2, inciso f), como uno de los objetivos primordiales "garantizar a toda la población el

IV. Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 70° período de sesiones (16 de octubre al 3 de noviembre de 2000).

acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable".

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ESTÁ ORIENTADA POR UNA SERIE DE PRINCIPIOS ENTRE LOS QUE SE DESTACAN EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO PARTE DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EQUIDAD DE GÉNERO.

Entre los principios y políticas centrales de la política nacional en salud sexual se encuentran las estrategias y metas para la reducción de la mortalidad materna y el incremento de la oferta anticonceptiva para quienes no desean tener hijos.

LEY 26.061 DE PROTECCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En los casos de abortos no punibles requeridos por o en representación de mujeres menores de 18 años, también resulta de aplicación la Ley 26.061. Esta Ley se dictó en el año 2005 a fin de institucionalizar a nivel local la Convención sobre los Derechos del Niño. Se define que el interés superior de la niña, niño y adolescente es la máxima satisfacción, integral y simultánea, de los derechos y garantías reconocidos en la norma. Se dispone que niños, niñas y adolescentes deben ser considerados/as sujetos de derecho; con derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta. Respecto al derecho a la salud, niños, niñas y adolescentes deben tener acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen, siempre que no constituyan peligro para sus vidas o integridad psicofísica.

LEY 26.485 DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES

Esta Ley fue sancionada por el Congreso Nacional en abril de 2009 y tiene como finalidad prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Amplía de forma notoria las previsiones de la ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, al incorporar la definición de nuevos supuestos y modalidades de violencia y extender los deberes de respuesta institucional.

Recoge todo el marco conceptual y jurídico de los instrumentos internacionales de derechos humanos que integran nuestro ordenamiento, y de las normas nacionales aprobadas por nuestro país hasta la fecha de su promulgación, brindando mecanismos eficaces de intervención administrativa y judicial en materia de violencia de género. EL ARTÍCULO 5 REFIERE QUE CUALQUIER ACCIÓN QUE VULNERE EL DERECHO DE LAS MUJERES A DECIDIR VOLUNTARIAMENTE ACERCA DE SU VIDA REPRODUCTIVA CONSTITUYE VIOLENCIA SEXUAL. Al mismo tiempo, el artículo 6 establece que una de las modalidades que puede asumir la violencia contra la mujer es aquella ejercida contra su libertad

reproductiva, es decir "aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable".

LEY 26.529 SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

Esta ley sancionada en 2009 regula todo lo vinculado a los principios que informan los derechos de los pacientes, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Su artículo 2 establece con claridad que constituyen derechos esenciales en la relación entre paciente y profesionales de la salud, agentes del seguro de salud y cualquier efector de que se trate, los siguientes: *a)* Asistencia sin menoscabo ni distinción alguna, prioritariamente respecto de niños, niñas y adolescentes; *b)* Trato digno y respetuoso;
c) Intimidad, observando el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley Nº 25.326 (de Protección de los Datos Personales); *d)* Confidencialidad, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente; *e)* AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD, ESPECIALMENTE CUANDO SE TRATE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, A QUIENES DEBE GARANTIZÁRSELES UNA INTERVENCIÓN PROTAGÓNICA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY 26.061; *f)* Información Sanitaria. *g)* Interconsulta Médica.

LEY 23.592 DE ACTOS DISCRIMINATORIOS

Esta ley sancionada en 1998, tuvo como objeto adoptar medidas para "quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional". El responsable "será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados" (artículo 1). A los efectos del artículo en cuestión "se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos".

OTRAS DISPOSICIONES RELEVANTES

En el documento correspondiente al *Compromiso del Consejo Federal de Salud (COFESA)* para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina[15] se afirma que la mortalidad materna es el indicador más negativo del resultado del proceso reproductivo. En el mismo documento, las autoridades sanitarias provinciales y nacionales se comprometieron a llevar a cabo las medidas adecuadas para asegurar la vigencia de los derechos de las mujeres en el área de la salud, a saber:

a. garantizar que todas las mujeres tengan acceso a los Servicios de Salud, a través de un sistema regionalizado;

b. promover acciones para garantizar a la población el derecho a adoptar decisiones libres de discriminación o violencia en Salud Sexual y Procreación Responsable;

c. que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos;

d. garantizar el acceso a la atención del ANP en los Hospitales Públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el Código Penal.

Asimismo, en la Declaración de los Ministros de Salud realizada en la reunión del COFESA el 24 de Agosto 2006, frente a los problemas surgidos para practicar el aborto a dos jóvenes discapacitadas mentales violadas, los Ministros de Salud de la mayoría de las provincias del país ratificaron el compromiso de seguir trabajando en el fortalecimiento de las políticas y programas sanitarios nacionales puestos en marcha a partir del Plan Federal de Salud, expresando que "el derecho a la atención médica debe ser garantizado por el Estado, propendiendo a asegurar la provisión y el acceso a los servicios de salud de toda la población, asegurando la igualdad de oportunidades".

En la Resolución Nº 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación que aprueba la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, se reconoce que "el aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo" (en Argentina es la primera causa de muerte materna) y "que el abordaje de la atención de las complicaciones debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud". La guía, frente a la atención post aborto, promueve el trato humanizado y la confidencialidad, sin prejuicios ni denuncias.

El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en su Recomendación Nº 2/07, considerando 1.2.13, ha alertado respecto de que la "omisión de la reglamentación de los abortos legales constituye una violación a los derechos humanos básicos de las mujeres, reconocidos y protegidos por nuestra legislación interna, así como también por los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional".

Reconociendo la necesidad de precisar los procedimientos a seguir para garantizar el acceso de las mujeres a los abortos permitidos por la ley, durante el año 2007 la Provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ciudad de Rosario y la Provincia de Neuquén aprobaron normas que regulan el acceso al ANP en sus respectivas jurisdicciones. Más recientemente, la Provincia de Santa Fe aprobó por resolución ministerial la Guía de Atención Integral a los Abortos No Punibles y la Provincia de Chubut se convirtió en la primera jurisdicción en aprobar una ley que reglamenta la provisión de esta práctica.[16]

JURISPRUDENCIA SOBRE ABORTOS NO PUNIBLES

En los últimos cinco años los tribunales superiores de justicia de las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Entre Ríos y Chubut se han pronunciado en casos en los que se requerían abortos no punibles. En sus

decisiones, los tribunales superiores de justicia ratificaron la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal de la Nación y concluyeron que debían realizarse los abortos solicitados en los casos en los que debieron intervenir.

La más reciente jurisprudencia es la del Superior Tribunal de Justicia de Chubut. El 8 de marzo de 2010 el Superior Tribunal dictó sentencia en la causa "F.A.L. s/medida autosatisfactoria", Expte. 21.912-f-2010, mediante la que revocó la decisión del órgano judicial inferior y ordenó que se practicara el aborto a una adolescente de 15 años de edad que había sido violada por su padrastro.

Con su sentencia, el Superior Tribunal de Justicia de Chubut delimitó claramente los casos de abortos no punibles y las responsabilidades que le caben a las distintas autoridades que intervienen. Con base en el derecho internacional de los derechos humanos, el Superior Tribunal de Justicia de Chubut señaló en su sentencia que: "…es el médico diplomado el único dotado del bagaje de conocimientos científicos y técnicos que permite apreciar si se dan las condiciones para la práctica del aborto no punible. La norma así lo indica y no pueden supeditar su actuación a la intervención judicial. Deben asumir sus deberes y las responsabilidades individuales y profesionales que les son propias. El cumplimiento de las normas jurídicas es un deber del profesional, y su incumplimiento es susceptible de sanción legal cuando se nieguen en forma no justificable a la constatación de alguna de las causales previstas en el art. 86 del C.P. y/o la consecuente prestación del servicio. Los casos de Abortos no Punibles, son uno de los tantos componentes que integran el servicio de salud, por lo que se deben respetar los estándares de calidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada. Es por ello, que resulta de vital importancia, que los profesionales de la medicina, a pesar de la vigencia de la norma, cuenten con instrumentos, tales como protocolos, reglas o guías que se ocupen de la atención integral de los abortos no punibles; recordando que esta fue una de las observaciones que hicieron los Comités de Derechos Humanos. Estos instrumentos tienen el fin de reducir y con el tiempo evitar las barreras u obstáculos que se les presentan a las mujeres cuando acuden al servicio de Salud Pública; y los numerosos abortos no punibles que se dan, innecesariamente, en la clandestinidad. De hecho, la Argentina a través del Ministerio de Salud de la Nación, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, adoptando el criterio amplio de interpretación de los abortos no punibles previstos en el art. 86, incisos 1 y 2 del C.P., elaboró la "GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ABORTOS NO PUNIBLES" que de acuerdo a sus contenidos, contempla los aspectos jurídicos (marco jurídico, principios definiciones, etc.) y médicos (características del servicio y métodos seguros de interrupción del embarazo y seguimiento)".

EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, EN EL MARCO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE ELABORÓ LA "GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ABORTOS NO PUNIBLES"

2.3. PRINCIPIOS

El acceso al aborto en los casos permitidos por la ley está respaldado por las disposiciones legales mencionadas y debe guiarse por los siguientes principios rectores:

No Judicialización: Es competencia exclusiva de los médicos tratantes decidir si el caso encuadra en las previsiones de no punibilidad contempladas en el Código Penal.

Favorabilidad: En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, debe adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor se compadezca con los derechos de las mujeres.

Justicia: El profesional de la salud debe actuar con imparcialidad evitando que aspectos sociales, culturales, religiosos, morales u otros, interfieran en la relación con la mujer.

Autonomía: Debe respetarse el derecho de la mujer de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida.

Beneficencia: Debe respetarse la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño (hacer el bien).

No-maleficencia: La acción debe causar siempre el menor perjuicio a la mujer, reduciendo los efectos adversos o indeseables de sus acciones (no perjudicar).

Confidencialidad: El deber de respetar el secreto profesional implica el deber de disponer de todos los medios para que las peticiones o consultas de parte de las mujeres y la información sobre la práctica del ANP no sean divulgadas y la prohibición de usar toda información relacionada con un caso de ANP en provecho propio.

Privacidad: Los servicios de ANP deben respetar la privacidad de las mujeres. Lo anterior incluye por lo menos:

- La adecuación de espacios en las instituciones que presten servicios de ANP para que éstos, incluida la atención previa y posterior al procedimiento, ofrezcan privacidad a las mujeres;
- La creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada a la mujer y aquella que se consigne en la historia clínica;
- La capacitación e información a todos/as los/as empleados/as de las instituciones para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de la información y las mujeres en relación con el ANP.

Integralidad: Los servicios de ANP deberán prestarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demanden la preservación de la salud y el nivel más alto de salud posible para las mujeres.

Oportunidad: Los servicios de ANP deben prestarse en el momento en que las mujeres o quienes en cada caso se encuentren autorizados para requerirlo soliciten la interrupción del embarazo. Todas las personas que participan en un ANP, incluida la atención que debe brindarse antes y después del procedimiento, no deben evadir ni mantener en suspenso e incertidumbre a la paciente que solicita o requiere un ANP.

Celeridad: A las mujeres que soliciten o requieran un ANP se les garantiza una atención ágil e inmediata. La instituciones en las cuales se practiquen deben prestar toda la colaboración necesaria para que el ANP pueda ser brindado lo más pronto posible y se

prohíbe en todo caso la imposición por parte de las instituciones o su empleados/as de requisitos adicionales o innecesarios.

Continuidad: El servicio de salud debe prestarse de manera ininterrumpida. En aplicación de este principio;

- La prestación de los servicios de ANP debe ofrecerse de manera regular y contínua y su garantía es responsabilidad del Estado nacional, provincial o municipal, según corresponda;
- Las instituciones en las cuales se presten servicios de ANP deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir obligaciones que supongan la interrupción injustificada del tratamiento;
- Los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la institución no pueden impedir el acceso al ANP o impedir su finalización si ya ha sido iniciado;
- En caso de que existan dudas acerca de si debe prestarse el servicio o no, o si debe continuarse, por no existir certeza acerca del cumplimiento de los requisitos, siempre debe continuarse.

Seguridad: Los servicios de ANP deben prestarse en condiciones óptimas de seguridad para las mujeres. Para cumplir este deber los servicios de ANP deben al menos:

- Ser prestados por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado;
- Ser practicados mediante técnicas seguras y adecuadas para cada caso;
- Atendiendo los estándares sanitarios y
- Propendiendo porque la terminación se lleve a cabo en la etapa más temprana posible del embarazo.

Solidaridad: En ningún caso, la incapacidad económica de una mujer podrá impedir su acceso a los servicios de ANP y la provisión de los servicios debe hacerse de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad de pago.

3.1. ABORTO NO PUNIBLE

LA PRESENTE GUÍA TÉCNICA ES DE APLICACIÓN A LAS SITUACIONES PREVISTAS POR EL ARTÍCULO 86, SEGUNDO PÁRRAFO, INCISOS 1 Y 2 DEL CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN, NORMA QUE REGULA LOS CASOS EN LOS QUE SE AUTORIZA EL ABORTO EXIMIENDO DE PENA AL MÉDICO Y A LA MUJER QUE LO LLEVAN ADELANTE.

Una interpretación de este artículo en consonancia con los principios citados y las normas nacionales e internacionales de derechos humanos mencionados en el capítulo 2, establece que para el Código Penal de la Nación el profesional de la salud y la mujer no incurren en delito de aborto cuando:

a. se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, inciso 1°, Código Penal de la Nación),

b. se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, inciso 1°, Código Penal de la Nación),

c. el embarazo proviene de una violación (artículo 86, inciso 2°, Código Penal de la Nación),

d. el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2°, Código Penal de la Nación). En este caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

La interpretación de las causales de no punibilidad citadas debe realizarse a la luz de las normas constitucionales y de los tratados de derechos humanos de rango constitucional que reconocen los derechos a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación.

La interpretación del primer inciso del artículo 86 del Código Penal de la Nación supone una perspectiva del derecho a la salud y un enfoque de los determinantes de la salud consistente con una visión integral de la salud que, según lo previsto por la Organización Mundial de la Salud, debe ser entendida como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones".[V] Esa interpretación debe realizarse, de conformidad con lo afirmado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, "a la luz del artículo 10, inciso 3, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" que reconoce "el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los Estados Partes de procurar su satisfacción."[VI]

V. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

VI. Ver al respecto los Considerandos 17° y 18° de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso "Campodónico de Beviacqua Ana c/ Min. Salud – Sec. Programa de Salud y Bco de Drogas Neoplásicas", Fallos 323:3235, (2000).

3.2. PROFESIONAL DE LA SALUD

LA PRÁCTICA DE UN ANP SE REALIZA PREVIA CONSTATACIÓN POR PARTE DE UN SOLO MÉDICO/A DE LA EXISTENCIA DE ALGUNA DE LAS CAUSALES DE NO PUNIBILIDAD PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 86 DEL CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN SEGÚN LO INTERPRETADO EN EL PUNTO 3.1. SUPRA (PÁGINA 25).

Para la constatación de los casos de peligro para la salud o la vida de la mujer (artículo 86, inciso 1ro del CPN), el médico tratante debe fundar su diagnóstico mediante los estudios pertinentes. Si lo considera necesario, el médico tratante puede realizar su diagnóstico en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, según corresponda.

Para la constatación de los casos de violación o atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2do. del CPN), el médico tratante debe pedir que se le exhiba constancia de la denuncia de la violación, o que la mujer suscriba una declaración jurada, según lo previsto en el acápite 6.3.2. supra (página 31) .

Para la constatación de todas las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del CPN, debe interpretarse la expresión "médico tratante" como referida a los médicos con título habilitante según lo previsto en las leyes que regulan el ejercicio de la medicina en las distintas jurisdicciones del país que reciban a la mujer que solicita un ANP.

En el caso de la constatación de un peligro para la salud psíquica de la mujer, la interconsulta puede realizarse a un médico o a un profesional habilitado legalmente para la práctica profesional de la psicología.

A todos los efectos de la presente Guía Técnica se considerará que la expresión "profesional de la salud" abarca al médico tratante, y el médico o el profesional de la psicología con quien se realice la interconsulta.

CUALQUIER IMPOSICIÓN DE EXIGENCIAS ADICIONALES, TALES COMO AUTORIZACIÓN DE MÁS DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD, REVISIÓN O AUTORIZACIÓN POR AUDITORES, COMITÉS DE ÉTICA, JUECES U OPERADORES JURÍDICOS, PERÍODOS Y LISTAS DE ESPERA, Y DEMÁS TRÁMITES QUE PUEDAN REPRESENTAR UNA CARGA PARA LA MUJER, REPRESENTA UNA VIOLACIÓN DEL DERECHO DE LA MUJER A ACCEDER AL ABORTO EN LOS CASOS PERMITIDOS POR LA LEY Y EL EJERCICIO DE VIOLENCIA REPRODUCTIVA Y OBSTÉTRICA EN LOS TÉRMINOS DE LO DEFINIDO POR EL ART. 6 INC. D Y E DE LA LEY N° 26.485.

Condicionar la realización de un ANP a la obtención de autorizaciones adicionales vulnera el derecho de las personas a la autodeterminación e incrementa el riesgo para la salud, configurando a la vez un caso de violencia institucional, conforme la ley antes mencionada. El cumplimiento de las normas jurídicas es un deber del profesional

y se enrola en los contenidos de la ley de Derechos del Paciente Nro. 26.529. Los profesionales de la salud son responsables penal, civil y administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de la medicina o la psicología cuando se nieguen en forma no justificable a la constatación de alguna de las causales previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación y/o a la consecuente prestación del servicio correspondiente.

3.3. PLAZOS

La práctica de un ANP debería realizarse dentro de los primeros 10 (diez) días siguientes a la solicitud de la mujer o quien estuviera autorizado a solicitarlo. Previa la realización de la práctica debe solicitarse:

- La firma del consentimiento informado por parte de la gestante (o de su representante legal en los casos en que así está previsto) y
- La presentación del diagnóstico médico formulado según lo establecido en el punto 3.2. de esta GUÍA o bien una declaración jurada de violación o la denuncia policial o judicial, según el caso.

3.4. SANCIONES

El incumplimiento de las disposiciones de la presente Guía Técnica puede dar lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes que serán impuestas por las autoridades administrativas competentes en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

En términos generales, el proceso sancionatorio debería poder iniciarse de oficio, a solicitud de la parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia, o queja presentada por cualquier persona, o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva.

Si los hechos que son materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañados de las pruebas pertinentes.

04

OBJETIVOS

4.1. **GENERAL**

ESTABLECER LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA PROVISIÓN DE LOS ABORTOS PERMITIDOS POR EL ARTÍCULO 86 DEL CÓDIGO PENAL ARGENTINO.

4.2. **ESPECÍFICOS**

A) PRESENTAR EL MARCO JURÍDICO PARA LA PROVISIÓN DEL ANP.

B) ESTANDARIZAR LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS PARA LA PROVISIÓN DEL ANP DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.

05

POBLACIÓN OBJETO

TODAS LAS MUJERES QUE SOLICITEN LA REALIZACIÓN DE UN ANP EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RESPONSABLES DE LA PROVISIÓN DE ESTA PRÁCTICA.

6.1. PRINCIPIOS GENERALES

Los servicios de ANP deben ser provistos conforme a los principios bioéticos de la práctica médica referidos en el acápite 2.3. Al igual que en otras situaciones en las que una mujer demanda atención para su salud reproductiva, los servicios deben ser capaces de aprovechar esta oportunidad y ofrecer una atención que cubra aspectos físicos y emocionales así como la amplia constelación de servicios preventivos. Una vez más, debe enfatizarse que esta norma se basa en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, entendida como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".[VII] Para cumplir este propósito, puede recuperarse el marco propuesto en 1990 por Judith Bruce para planificación familiar.[17] De este marco, es importante recuperar:

• El intercambio de información entre el/la profesional de la salud y la mujer.

No sólo debe incluirse información sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento, regímenes terapéuticos, contraindicaciones y efectos colaterales de los medicamentos, sino también escuchar y tratar de entender a la mujer, incluyendo sus antecedentes, preferencias por el tratamiento y su historia médica.

• La competencia técnica del prestador.

Incluye conocimientos precisos acerca de la enfermedad, problema o condición que afecta a la mujer. Estos conocimientos son necesarios para prescribir el tratamiento clínico adecuado sin poner en riesgo innecesario la salud o la vida de la mujer, y debe tener conocimiento de los procedimientos para referir los casos que así lo requieran.

• Las relaciones interpersonales.

Incluye el trato respetuoso y receptivo que estimula a la mujer en la toma de decisiones, que evita los juicios morales, los tiempos de espera innecesarios, y respeta la confidencialidad.

•Los mecanismos para estimular la continuidad del cuidado de la salud.

Incluye la información acerca de dónde y cuándo hacer la visita de seguimiento, en la medida de lo posible otros lugares dónde puede recurrir, y las consultas de seguimiento específico de acuerdo al problema de salud.

6.2. ADMISIÓN DE LA MUJER QUE SOLICITA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

La atención a toda mujer que solicita la realización de un ANP debe brindarse de acuerdo con los principios de la bioética y de los derechos humanos, al igual que cualquiera de los servicios que atañen a la atención de su salud integral. Estos principios[18] basados en lo dispuesto en la Constitución, distintos tratados de derechos humanos,[19] y las leyes nacionales antes referidas se expresan en las siguientes condiciones:

6.2.1. TOMA DE DECISIÓN LIBRE Y BASADA EN LA INFORMACIÓN

El principio que rige esta característica de la atención es el de la autonomía (ver punto 6.4.3 de consentimiento informado). Todas las actitudes y prácticas de las/los profesionales de salud deben estar destinadas a que la mujer pueda, en base a información veraz,

VII. OMS (1948), Op. Cit

adecuada y completa, tomar la mejor decisión posible para ella. Es un deber del profesional de la salud proveer información de forma tal que la mujer pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias. La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o de valor por parte del profesional de salud.

6.2.2. CONFIDENCIALIDAD

Al igual que en cualquier práctica médica, la práctica del aborto en los casos permitidos por la ley está protegida por el secreto profesional. Esto significa que nada de lo ocurrido en la consulta debe ser develado a otras personas (otros integrantes del equipo de salud e incluso la familia) salvo en situaciones en las que compartir esta información sea de suma importancia para la atención de la mujer. La historia clínica y toda la información contenida en ella también están protegidas por el secreto profesional. Si se considera necesario compartir la información con terceros, debe hacerse con la autorización expresa de la mujer, otorgada de manera libre y sobre la base de información clara.

SALVO EN LOS CASOS EN LOS QUE LA MUJER LO CONSIENTA EXPLÍCITAMENTE, LA CONSULTA DEL PROFESIONAL CON EL ESPOSO, COMPAÑERO/A, PADRE, MADRE O CUALQUIER OTRA PERSONA ASÍ SEA PARA ASEGURAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y APROPIADA, CONSTITUIRÁ UNA VIOLACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD.

6.2.3. NO DISCRIMINACIÓN

Toda mujer, más allá de su capacidad de comprensión, estado civil, edad, condición socio-económica y etnia, debe ser tratada con respeto y el ejercicio de sus derechos debe ser garantizado. En ningún caso los profesionales de la salud deben adoptar actitudes paternalistas, tomar decisiones por la mujer, inducirla o conducirla según sus propias creencias.

En ningún caso el antecedente de haber solicitado o practicado un ANP en los términos de la presente Guía Técnica, puede constituir una circunstancia de discriminación para la gestante, los profesionales de la salud y los prestadores de servicios de salud. No puede exigirse esta información como requisito para:

a. Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación.

b. Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma.

c. Afiliación a una entidad prestadora de servicios de salud y acceso a los servicios de salud.

d. Ingreso, permanencia o realización de cualquier tipo de actividad cultural, social, política o económica.

e. Contratación de servicios de salud no relacionados con la prestación de los servicios de que trata esta Guía Técnica.

6.2.4. PRIVACIDAD

Las instituciones de salud y quienes trabajan en ellas deben asegurar que, como en cualquier práctica médica, la infraestructura otorgue el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible.

6.3. CONSIDERACIONES ESPECIALES

6.3.1. ADOLESCENTES

Las adolescentes pueden no disponer de toda la información y conocimientos necesarios sobre la prevención de embarazos, los métodos anticonceptivos disponibles, cuáles son los signos de un embarazo y de las infecciones de transmisión sexual. Pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con adultos y en acceder y utilizar los servicios de salud para encarar sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las adolescentes necesitan un ambiente de empatía, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

Los proveedores de servicios de salud deben procurar desarrollar habilidades para el abordaje integral de la sexualidad adolescente y el respeto de sus derechos. Esto incluye una habilidad especial para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, deben ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Pueden necesitar repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración. Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimular a la adolescente a hablar. Es esencial que los proveedores de los servicios garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie.

ES IMPORTANTE CONFORMAR SERVICIOS DE SALUD "AMIGABLES PARA ADOLESCENTES", PARA ASEGURAR QUE ÉSTAS TENGAN ACCESO A LOS SERVICIOS NECESARIOS. FRECUENTEMENTE ESTO SE PUEDE LOGRAR MEDIANTE UNA REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS YA EXISTENTES, ASEGURANDO QUE LOS SERVICIOS ESTÉN ABIERTOS EN EL MOMENTO Y LUGAR DONDE LAS ADOLESCENTES PUEDAN UTILIZARLOS Y QUE LOS MISMOS SEAN GRATUITOS.

Las adolescentes y sus familias deben ser informadas de la existencia de estos servicios y, para ello, es importante contar con el apoyo de la comunidad.

6.3.2. MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN O ATENTADO AL PUDOR

Las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación o un atentado al pudor necesitan un tratamiento particularmente sensible, y todos los niveles del sistema de salud deben ser capaces de ofrecer el cuidado y apoyo apropiados. El manejo general de las sobrevivientes de una violación o un atentado al pudor, incluye la atención física y psicológica, la anticoncepción de emergencia, el tratamiento de las lesiones y las ITSs, la recolección de evidencia forense –cuando la mujer o quien la represente lo consienta-, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento, conforme a lo establecido en las normas aplicables.

Cuando el embarazo se hubiere producido como consecuencia de una violación, se debe solicitar constancia de la denuncia de la violación, si se hubiera interpuesto, o en su caso declaración jurada de la mujer.

Cuando el embarazo se hubiere producido como consecuencia del atentado al pudor a una mujer con discapacidad mental, se debe solicitar a quien la represente constancia de la denuncia del atentado al pudor, si se hubiere

interpuesto, o en su caso declaración jurada de su representante.

Las/los profesionales de la salud no pueden requerir ningún otro tipo de documentación adicional a la declaración jurada o constancia de denuncia mencionada.

6.3.3. OBJECIÓN DE CONCIENCIA

Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica del ANP. Independientemente de la existencia de profesionales de la salud que sean objetores de conciencia, toda institución en la que se lleve a cabo la práctica de ANP debe contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a la mujer, en consonancia con el derecho de todas las personas a recibir asistencia (art. 2 inc. a) y b) de la Ley N° 26.529). Los reemplazos o sustituciones que sean necesarias para obtener dicho fin serán realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda.

Ante la ausencia de un profesional no objetor, ninguna objeción de este tipo, aunque sea fundada en los términos de este punto, puede ser invocada para eludir el deber de participar en un tratamiento que sea de carácter urgente. En ningún caso, la sustitución de un profesional objetor de conciencia puede realizarse en un plazo mayor al de 5 (cinco) días contados desde la constatación de las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación.

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA ES SIEMPRE INDIVIDUAL Y NO PUEDE SER INSTITUCIONAL. ADEMÁS, LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DEBE SER DECLARADA, SEGÚN SE PREVEA EN LAS REGLAS DE CADA JURISDICCIÓN, POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA PRESENTE GUÍA TÉCNICA O AL MOMENTO DE INICIAR SUS ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CORRESPONDIENTE. LA DECLARACIÓN RIGE TANTO PARA SU ACTIVIDAD EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA PÚBLICA COMO EN SU ACTIVIDAD PRIVADA.

Las mujeres deben ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo.

Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento por parte de los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias constituyen actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente.

6.4. ASESORAMIENTO, INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

6.4.1. ASESORAMIENTO

El asesoramiento está dirigido a contener emocionalmente a la mujer, brindarle información sobre todas las opciones posibles y disponibles, y acompañarla en su decisión cualquiera ella sea. El asesoramiento no ocurre en un solo momento en el tiempo sino que debe ser continuo, desde que la mujer toma contacto con los servicios de

salud hasta que haya completado cada una de las etapas de la atención. Todos los servicios involucrados en la atención deben disponer de personal capacitado para brindar asesoramiento. Sin embargo, es decisión de la mujer recibir dicho asesoramiento o no hacerlo. El asesoramiento debe ofrecerse en un ambiente de privacidad y confidencialidad y sólo debe dejarse constancia en la historia clínica de datos que resultan relevantes para la historia médica de la mujer.

El personal que brinda el asesoramiento debe ser conciente que la mujer puede haber estado sometida a situaciones de coerción o violencia, y en ese sentido, el asesoramiento debe resultar un buen espacio para que la mujer pueda compartir y reflexionar sobre esas experiencias.

Si la mujer opta por interrumpir el embarazo, se debe:

a. Ofrecerle asesoramiento e información, con la opción de la presencia de una persona significativa para ella. Es decisión de la mujer convocar a esta persona o no. En caso de sospechar coerción o violencia, se sugiere tener una entrevista a solas y ofrecer consejería de mediano plazo y la derivación a servicios de asesoramiento legal.

b. Hacerle saber de los requerimientos para la constatación de las circunstancias que permiten el ANP según el artículo 86 del Código Penal de la Nación.

c. Informarla de las ventajas de realizar una interrupción del embarazo en determinados plazos, sin presionarla para que tome una decisión rápidamente, y respetando los tiempos que ella necesite.

d. Explorar si la mujer se encuentra bajo presión de su pareja o algún miembro de su familia o entorno cercano, o si la razón por la cual opta por la interrupción se encuentra fundada en información errónea o inadecuada. En este sentido, es importante considerar a las mujeres que requieren el aborto en los casos permitidos por la ley por riesgo para la vida o la salud.

Si la mujer opta por continuar el embarazo debe recibir información sobre adopción, hogares de tránsito y otras opciones disponibles.

6.4.2. INFORMACIÓN

El propósito perseguido es brindar a la mujer un espacio donde se comparta información y donde pueda plantear sus dudas y recibir información veraz, adecuada y completa. Es importante que la mujer se sienta considerada y tratada con respeto y comprensión. Bajo ningún punto de vista deben imponerse opiniones o juicios de valor de las/los profesionales de la salud. La información debe ser brindada apoyando a la mujer en su decisión, de forma simple, sin paternalismos, en un lenguaje fácil de entender y adecuado al contexto cultural de la mujer. Es importante considerar situaciones de vulnerabilidad, tales como discapacidad, mujeres solas o adolescentes, y víctimas de violencia sexual, entre otras.
La información ofrecida debe cubrir los siguientes aspectos:

- *Procedimientos para interrumpir el embarazo (en qué consisten, qué puede sentir y qué ocurre durante y después del procedimiento).*
- *Ventajas y desventajas de cada procedimiento (dolor, anestesia requerida, riesgos, tiempo de internación).*
- *Tiempo que implica cada uno de los procedimientos.*
- *Retorno a la vida cotidiana (indicaciones, seguimiento, signos de alarma).*
- *Retorno a la vida sexual.*
- *Anticoncepción.*

Si se dispone de distintos métodos de interrupción del embarazo, los profesionales deben estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre cuáles son los más apropiados en relación a la edad gestacional, la condición médica de la mujer y los potenciales factores de riesgo.

La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente de anticoncepción, es parte esencial de la atención que debe brindarse a una mujer que busca interrumpir su embarazo. El propósito es evitar un embarazo no deseado en el futuro y también referirla a servicios integrales de prevención de cáncer genito-mamario, y de ITS-VIH/Sida. Todas las mujeres deben recibir información acerca de que es posible quedar embarazada antes del sangrado menstrual posterior al procedimiento. Por ello, es prioritario informarlas acerca de los métodos anticonceptivos y haberlos provisto en el caso que la mujer haya optado por uno de ellos. En todos los casos, la mujer debe recibir información precisa para seleccionar el método más apropiado de acuerdo a su preferencia y necesidad.

Si la mujer solicita una interrupción del embarazo luego de una falla del método, el/la profesional de la salud debe asesorarla adecuadamente en caso que el método haya sido mal utilizado o sugerir cambiarlo si la mujer no está satisfecha con el mismo. Sin embargo, la elección final del método es una potestad absoluta de la mujer. La aceptación de un método anticonceptivo después del procedimiento nunca debe ser una precondición para realizar la interrupción del embarazo.

6.4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al igual que en toda práctica médica, debe solicitarse a la mujer embarazada el consentimiento informado para proceder a la interrupción del embarazo. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

Debe dejarse constancia en la historia clínica de la información brindada, la constancia de la mujer embarazada de haber comprendido dicha información, dejándose debida constancia del consentimiento a efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la mujer y/o representante legal según sea el caso y los/las profesionales responsables.

El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona y por lo mismo, no requiere el consentimiento (autorización) de un tercero, como el marido o la pareja, para acceder a un servicio de salud. Por ende, los servicios de salud no deben imponer como requerimiento la autorización del marido o compañero/a.

En tanto se acepte que el derecho a la salud y su efectivo ejercicio se refiere a derechos personalísimos, se acuerda en la idea de que los actos para efectivizarlo no son susceptibles de ser ejercidos por un representante pues corresponden a la esfera de la autonomía personal y de la libertad, toda vez que implican la facultad de decidir y elegir por sí misma, en tanto no afecte derechos de terceros.

Por ello, en los casos de las personas menores de 14 años, la jurisprudencia ha reconocido que existe, por un lado, la obligación del Estado de adecuar sus políticas públicas para garantizar efectivamente los derechos que se les reconocen y que resultan de la condición humana en sí misma y, por otro, el deber de los padres de ejercer sus prerrogativas para "impartirles en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente convención" (art. 5, Convención de los Derechos del Niño). Como consecuencia de ello, las atribuciones conferidas a los padres o encargados legales de los niños no pueden constituirse en un elemento que permita afectar o suprimir, a través de su ejercicio, los derechos humanos personalísimos de los niños.[VIII] Esto se debe a que no existe en el Código Civil un reconocimiento de las distintas etapas de evolución psicofísica ni una gradación en el nivel de decisión al que pueden acceder para participar en la decisión de cuestiones trascendentes para sus vidas, como las relativas a las cuestiones vinculadas con la salud reproductiva.[IX]

Por lo tanto en los casos de menores de 14 años se debe requerir la asistencia de los padres, tutores o encargados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. La decisión, si la niña tiene capacidad de comprender qué está decidiendo, es de ella, toda vez que se procura conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud, respetando las previsiones del artículo 61 del Código Civil, el artículo 3 de la Ley Nacional N° 26.061 y la Convención sobre los Derechos del Niño.

En caso de negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados a consentir el acto médico o falta de acuerdo entre sus progenitores, se procede de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil.

Según lo mencionado en el punto 6.3.2, si una mujer con discapacidad mental no declarada o declarada incapaz queda embarazada como consecuencia de un atentado al pudor, y su representante legal solicita la interrupción de la gestación, deberá acreditar la denuncia o la declaración jurada de la existencia de violación. Las/los profesionales de la salud no pueden solicitar ningún otro tipo de documentación adicional a la constancia de denuncia mencionada.

En caso de que un sólo progenitor tuviera de hecho a su exclusivo cuidado a la mujer con discapacidad mental o a la mujer menor de 14 años, basta el consentimiento de éste para que quede configurado el consentimiento requerido. En caso de negativa injustificada del representante legal a consentir el acto médico, el profesional interviniente debe procurar que se proceda de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil.

En todo caso de ANP, el formato que adopte el requerimiento de consentimiento informado debe guardar estricta sujeción a lo consignado en este numeral.

6.5. CONSULTA DE PRIMERA VEZ

Cuando una mujer solicita la interrupción de un embarazo deben seguirse las pautas clínicas que el servicio tenga habitualmente. Aún así, se sugiere seguir los siguientes pasos:

VIII. Conf. Gorvein y Polakiewiwz, citado en el fallo Tribunal Superior Ciudad Bs. As, Liga de Amas de Casa (Lexis N° 70014586).

IX. Tribunal Superior. Ciudad Bs. As, Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de la República Argentina y otros v. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Lexis N° 70014586.

6.5.1. CONSULTA PRE-ABORTO

Los primeros pasos en la consulta pre-aborto consisten en establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la duración del embarazo y confirmar que el mismo sea intrauterino. Los riesgos asociados con la interrupción voluntaria del embarazo, a pesar de ser mínimos cuando se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo.[20] Por ende, la determinación de la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método más apropiado. Todo servicio de salud debe contar con personal entrenado y competente para realizar la historia clínica de la mujer y un examen pélvico bimanual. Aquellos centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuado para inducir un aborto deben contar con la posibilidad de derivar a la mujer tempranamente a otro servicio. El personal también debe estar capacitado para ofrecer asesoramiento y así ayudar a la mujer a considerar sus opciones (ver sección 6.4.1).

6.5.2. HISTORIA CLÍNICA

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se les debe preguntar acerca del primer día de su última menstruación, es decir, el primer día de sangrado, y si la menstruación fue normal. Sin embargo, la mujer puede experimentar amenorrea por otras razones diferentes a un embarazo, y algunas mujeres embarazadas pueden no referir la ausencia de un ciclo; por ejemplo, la mujer que está amamantando puede quedar embarazada aún antes de tener su primera menstruación post-parto. Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado no menstrual en etapas tempranas del embarazo y esto puede ocasionar que no se diagnostique el embarazo o que se cometa un error con la fecha. Otros síntomas que las mujeres suelen referir en etapas tempranas de la gestación incluyen tensión y agrandamiento mamario, náuseas -en algunas oportunidades acompañadas de vómitos-, fatiga, cambios en el apetito y aumento del ritmo miccional.

La historia familiar y médica personal de la gestante debe elaborarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos específicos, además de los aspectos generales contenidos en toda historia clínica:

6.5.2.1. ANAMNESIS

Identificación:
Nombre, documento de identidad, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, caracterización del grupo familiar y de la vivienda, cobertura de salud, dirección y teléfono, contacto de emergencia.

Antecedentes Personales:
Patológicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, (medicamentos recibidos), tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas. Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

Historia Reproductiva:

• ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

-Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, embarazos ectópicos, molas.

-Partos: Número de partos (partos vaginales y por cesárea), fecha del último.

• ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Edad de la menarca, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y tiempo de utilización de cada uno, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/Sida, historia y tratamiento de infertilidad.

• ANTECEDENTES FAMILIARES:
Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, diabetes, enfermedades metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias, otras.

Gestación actual:
Edad gestacional probable (fecha de última menstruación, altura uterina y/o ecografía obstétrica). Cefaleas persistentes, edemas progresivos.

Sintomatología infecciosa:
Urinaria o cervicovaginal.

Valoración de condiciones psicosociales:
Indagación acerca de la red familiar y de la contención de la pareja, valoración de interconsulta con psicopatología o servicio social.

Otros motivos de consulta:
Derivación desde otro servicio (cardiología, oncología, etc.). Exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

6.5.2.2. EXAMEN FÍSICO

Se debe confirmar la existencia de embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual.

Los signos detectables de embarazo entre las 6 y 8 semanas mediante el examen pélvico bimanual incluyen reblandecimiento del istmo cervical y reblandecimiento y elongación del útero. El útero de una mujer embarazada que es menor al esperado por su amenorrea puede deberse a un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, a un embarazo ectópico o a un embarazo detenido (aborto retenido); un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, la presencia de fibromas uterinos o un embarazo molar.

El/la profesional debe cerciorarse si el útero está en anteversión o retroversión o en otra posición que pueda alterar la estimación de la edad gestacional o complicar un aborto quirúrgico.

Se deben reconocer los signos de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo, además de condiciones como anemia u otras enfermedades que puedan llegar a requerir procedimientos adicionales o derivación para atención médica especializada.
Igualmente se deben referir al nivel apropiado las mujeres que presenten alguna patología cervical seria.

6.5.2.3. ANÁLISIS DE LABORATORIO

En la mayoría de los casos, las/los profesionales sólo precisan la información obtenida a través de la historia clínica y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración. Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y el profesional no esté seguro si la mujer está embarazada. En ningún caso la realización de exámenes previos puede ser un requisito para la realización de un ANP.[X]

• *Hemoglobina/Hematocrito:* La detección de anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina y hematocrito en áreas donde la misma es prevalente permite comenzar el tratamiento y estar preparados si eventualmente se presenta una hemorragia durante o después de la interrupción del embarazo.

X. Una prohibición explícita como ésta se encuentra contenida también en la regulación de Colombia.

• *Hemoclasificación:* En caso de complicaciones que puedan requerir una transfusión sanguínea, debe realizarse la hemoclasificación. En todo caso se transfundirá sangre segura, conforme a la normatividad vigente sobre la materia.

• *VDRL, prueba para VIH/SIDA:* El prestador debe realizar sin excepción la asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje (ELISA o prueba rápida), en el primer trimestre de embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres. La estrategia de oferta y realización de la prueba recomendada es la siguiente: el/la profesional de la salud efectúa la asesoría pre-prueba, mencionando que se recomienda realizar la prueba a toda gestante y que ella tiene la opción de aceptar o rehusar, firmando un documento. Aquellas que acepten realizarse la prueba, deben firmar el consentimiento informado. Todas las mujeres embarazadas deben tener documentación escrita en la historia clínica de haber recibido la asesoría y el ofrecimiento de la prueba, así como del desenlace de dicho proceso. En ningún caso esta prueba se puede constituir en una barrera de acceso al procedimiento de interrupción del embarazo.

6.5.2.4. ECOGRAFÍA

La exploración ecográfica no es necesaria para la realización de un aborto temprano.[21] En lugares donde se encuentra disponible, la ecografía puede colaborar para la detección de un embarazo ectópico mayor de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento abortivo. En aquellos lugares donde se utilice la ecografía, se debe, si es posible, facilitar distintas áreas físicas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan un aborto de aquellas que reciben cuidados prenatales.

6.6. CONDICIONES PRE-EXISTENTES

En forma conjunta con la confirmación y estimación de la duración del embarazo, las/los profesionales de la salud deben obtener una historia médica completa y valorar otros factores de riesgo que puedan afectar la realización de un aborto. Estos incluyen: alteraciones de la coagulación, alergia a cualquier medicación que será usada durante el aborto e información acerca de cualquier droga que la mujer esté tomando y que pueda interactuar con aquellas que se usarán durante el procedimiento. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a un aborto requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer es VIH positiva, puede necesitar asesoramiento especial (ver sección 6.4.1). En los casos que la mujer solicita la interrupción por condiciones que ponen en riesgo su salud o su vida, estas condiciones preexistentes cobran mayor relevancia aún y deben ser atendidas por los profesionales de la salud que mejor entienden el caso.

6.6.1. INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO (ITRS)

La presencia de infecciones del tracto reproductivo inferior al momento de la realización del aborto es un factor de riesgo para ITRs post-procedimiento.[22] Se ha visto que el uso de rutina de antibióticos al momento del aborto reduce a la mitad el riesgo de infección en el post-procedimiento.[23] Sin embargo, los abortos también pueden llevarse a cabo en aquellos lugares donde no se disponga de antibióticos para profilaxis. En cualquier caso, la estricta observación de los procedimientos de limpieza y desinfección juega un papel

esencial en la prevención de infecciones post-procedimiento. Si hay signos clínicos de infección, la mujer debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto. En aquellos lugares donde se realicen análisis de laboratorio para ITRs de forma rutinaria y si no hay signos visibles de infección, el aborto no debe retrasarse esperando los resultados.

6.6.2. EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico puede ser una amenaza para la vida. Los signos que pueden indicar un embarazo extrauterino incluyen: tamaño uterino menor al esperado según la duración estimada del embarazo y dolor abdominal bajo, especialmente si el mismo se acompaña de sangrado vaginal o spotting, mareos o desmayos, palidez y, en algunas mujeres, una masa anexial. Si se sospecha un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo inmediatamente e iniciar tratamiento o derivar a la mujer tan pronto como sea posible a un centro que tenga la capacidad para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento, la exploración ecográfica es de gran utilidad .[XI] Debe remarcarse que el diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante y después de un aborto con medicamentos dada la similitud de los síntomas. Por lo tanto, si se utiliza el aborto con medicamentos sin la confirmación previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, debe ser evaluada para descartar un embarazo ectópico.

6.6.3. ISOINMUNIZACIÓN RH

Si bien hasta el momento no existe evidencia concluyente sobre la necesidad de la administración de inmunoglobulina anti Rh después de un aborto inducido en el primer trimestre, la inmunización pasiva de todas las mujeres Rh negativas con inmunoglobulina antiRh dentro de las 72 horas del procedimiento fue recomendada en los Estados Unidos en 1961.[24] En aquellos lugares donde la inmunoglobulina Rh se administra de manera rutinaria a las mujeres Rh negativas, la misma debe ser administrada al momento del procedimiento. Para aquellas mujeres que utilizaron un aborto con medicamentos, se ha recomendado la administración de la inmunoglobulina Rh al momento de la administración de las prostaglandinas.[25]

6.6.4. CITOLOGÍA CERVICAL

Algunos centros también pueden ofrecer la realización de un PAP y otros servicios de salud reproductiva. El pedido de aborto puede ser una oportunidad para la evaluación de la citología cervical, especialmente en lugares donde la prevalencia de cáncer cervical e ITSs es alta. La provisión de dichos servicios no es requisito indispensable para llevar a cabo un aborto seguro por lo que no puede ser nunca una condición para que la mujer obtenga un ANP.

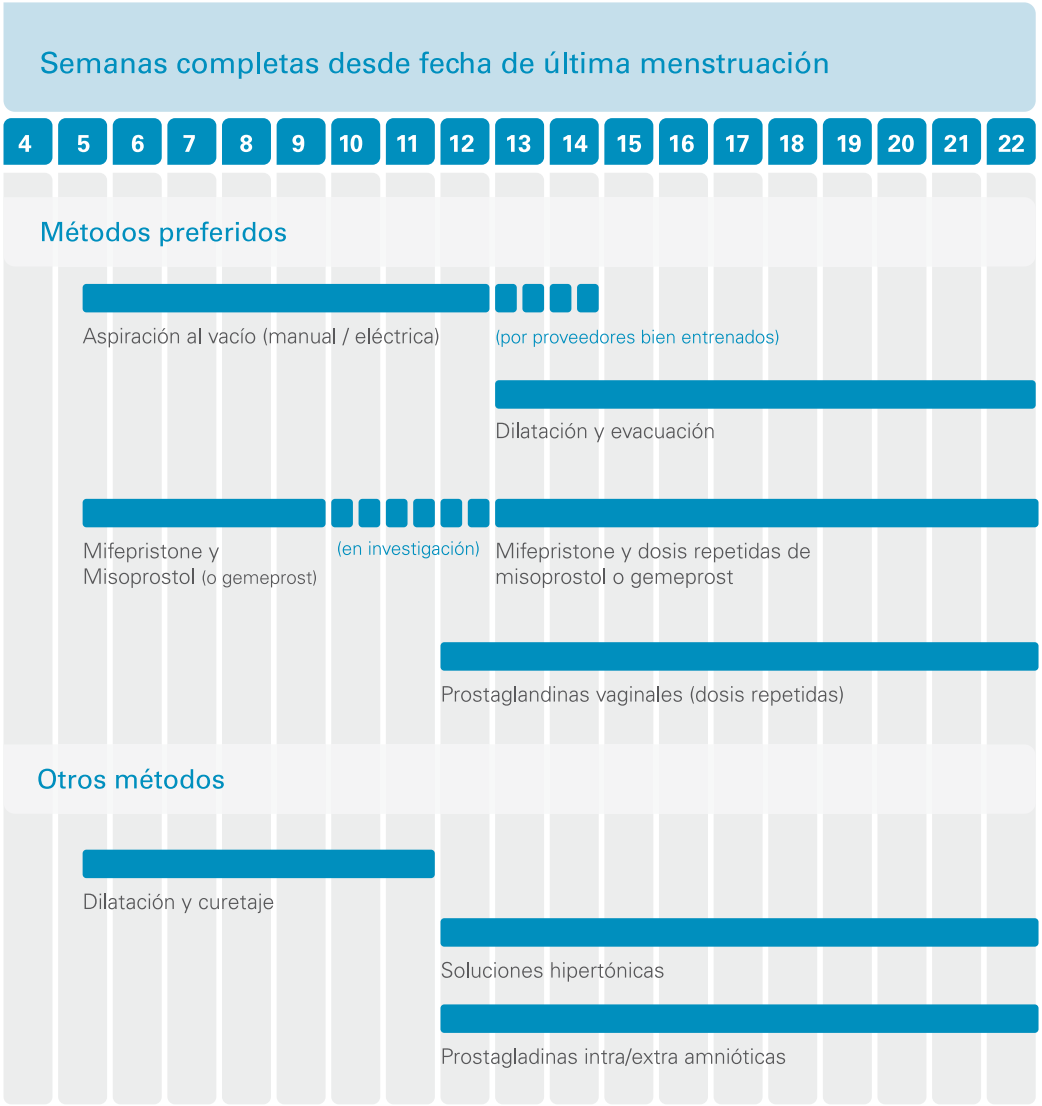
XI. Ver para detalles del tratamiento: World Health Organization. (2000) Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

MÉTODOS SEGUROS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Resumen

La figura 1 resume los métodos más apropiados para interrumpir una gestación acorde a la etapa en que se encuentra el embarazo, basándose en protocolos establecidos y utilizados mundialmente. Es indicativo más que prescriptivo en relación a los límites de tiempo. Por ejemplo, la mayoría de los y las profesionales entrenados/as pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas completas de embarazo, mientras que otros/as especialmente entrenadas, con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este método de manera segura hasta las 15 semanas completas.[26] La disponibilidad de medicamentos efectivos y seguros para inducir un aborto sigue siendo limitada a la fecha. Sin embargo, el rápido desarrollo y la constante investigación podrán hacerlos más accesibles en un futuro cercano.

Figura 1: **Métodos de aborto**[27]



7.1. MÉTODOS PARA SER UTILIZADOS HASTA 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Los métodos de elección son la aspiración manual endouterina (AMEU) o eléctrica, o el aborto con medicamentos tanto en una combinación de mifepristona seguida de una prostaglandina como usando sólo la prostaglandina. La mifepristona seguida de una prostaglandina o la prostaglandina sola han demostrado ser regímenes seguros y efectivos hasta las 12 semanas completas. El uso de medicamentos requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o aborto incompleto. La dilatación y curetaje (DyC) deben ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar la dilatación y curetaje (DyC) por la aspiración.

7.2. MÉTODOS PARA SER UTILIZADOS DESPUÉS DE LAS 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Una variedad de situaciones hace surgir la necesidad de servicios de aborto en etapas más avanzadas del embarazo, y todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar una derivación a centros que tengan la capacidad de llevar a cabo abortos en etapas más avanzadas del embarazo de una manera segura. El diagnóstico de anormalidades fetales por lo general no se realiza hasta después de la semana 12 de embarazo y, por ejemplo, una enfermedad cardiovascular severa o un cáncer requerirán un tratamiento agresivo para la mujer, por lo que puede requerir un aborto tardío por razones médicas. Algunas mujeres, particularmente las adolescentes, pueden tener dificultades para acceder a la atención temprana. Esto puede deberse a la falta de conocimiento acerca de los requerimientos para la realización de un aborto, falta de información o de acceso al sistema de salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, menstruaciones irregulares, ambivalencia inicial en relación a hacerse un aborto, preocupaciones sobre la salud que surgen después del primer trimestre, conflictos familiares o cambios en circunstancias de la vida que pueden hacer que un embarazo previamente deseado deje de serlo. Existen regímenes para el aborto con medicamentos después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación y pueden usarse la mifepristona seguida de dosis repetidas de una prostaglandina, como misoprostol o gemeprost o misoprostol solo. El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas.

7.3. PREPARACIÓN CERVICAL

En algunos países, antes de la realización de abortos quirúrgicos del primer trimestre, se utiliza la preparación cervical con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos, pues hace que el procedimiento sea más fácil y rápido y reduce la incidencia de complicaciones inmediatas comunes en abortos realizados después de la novena semana completa de gestación.[28] La preparación cervical previa al aborto quirúrgico es especialmente beneficiosa para algunas mujeres, tales como aquellas con anormalidades cervicales o cirugías previas,

mujeres jóvenes y aquellas con embarazos avanzados, que tienen mayor riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, que pueden ser la causa de hemorragias.[29,30] Sin embargo, la preparación cervical tiene ciertas desventajas, incluyendo el costo extra y el tiempo requerido. Por ende, se recomienda para embarazos de más de 9 semanas completas en nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos de más de 12 semanas completas.[31,32] Investigaciones recientes sugieren que la administración vaginal de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes de la cirugía es efectiva.[33] La administración oral de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes del procedimiento también es apropiada para la preparación cervical.[34] Otros regímenes efectivos son la toma oral de 200 mg de mifepristona, 36 horas antes del procedimiento,[35] o la administración vaginal de 1 mg de gemeprost, 3 horas previas al procedimiento.[36]

7.4. MANEJO DEL DOLOR

La mayoría de las mujeres refieren algún grado de dolor con el aborto. Los factores asociados con el dolor durante el aborto quirúrgico realizado con anestesia local han sido evaluados en varios estudios observacionales. El grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer.[37] Se ha comprobado que un parto vaginal previo disminuye el dolor.[38] También se ha observado que un intervalo menor de dos minutos entre la administración de la anestesia local y el comienzo del procedimiento, la falta de elección entre anestesia local o general y una historia previa de uso frecuente de analgésicos contribuyen a aumentar el dolor.[39]

Un manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en medicamentos, equipamiento ni entrenamiento. Descuidar este elemento importante, aumenta innecesariamente la ansiedad y molestias de la mujer y compromete seriamente la calidad de la atención. El asesoramiento y tratamiento humanizado pueden reducir los temores y la percepción del dolor.[40]

LA PERSONA QUE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO Y TODO EL PERSONAL PRESENTE DEBE MOSTRAR UNA ACTITUD AMIGABLE Y TRANQUILIZADORA. EN LUGARES DONDE SEA POSIBLE Y SI LA MUJER LO DESEA, PUEDE SER DE AYUDA QUE EL ESPOSO O PAREJA, UN MIEMBRO DE LA FAMILIA O UNA AMIGA QUE PERMANEZCA CON ELLA DURANTE EL PROCEDIMIENTO. SIN EMBARGO, NO DEBE CONSIDERARSE QUE ESTAS CIRCUNSTANCIAS PUEDAN REEMPLAZAR AL ALIVIO MÉDICO DEL DOLOR.

7.4.1. MEDICACIÓN PARA EL DOLOR

Siempre debe ofrecerse medicación para el dolor. Para el manejo del dolor durante el aborto, se utilizan tres tipos de medicamentos, solos o combinados: analgésicos, que alivian la sensación de dolor; tranquilizantes, que reducen la ansiedad; y anestésicos que adormecen la sensación física. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal es suficiente. La mayoría de estos medicamentos son comparativamente de bajo costo. Los analgésicos no narcóticos incluidos en la lista modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, tales como los antiinflamatorios no esteroides generalmente son suficientes para reducir el dolor asociado tanto con el aborto con medicamentos como con el quirúrgico, incluyendo los cólicos.[41,42] En tres estudios randomizados se vio que el paracetamol no es efectivo para aliviar el dolor post-procedimiento.[43,44,45]

En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tales como el diazepan, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil tanto para la mujer como para el profesional. Estos medicamentos pueden provocar amnesia, lo que algunas mujeres podrían querer, pero también puede inducir somnolencia y retrasar la deambulación. El uso complementario de analgésicos narcóticos también puede ser apropiado, pero dada la posibilidad de complicaciones, tal como la depresión respiratoria, es necesario disponer de agentes que reviertan el efecto narcótico y tengan capacidad de resucitación.

7.4.2. ANESTESIA

En aquellos casos en los que se requiera una dilatación cervical para la realización de un aborto quirúrgico, para aliviar las molestias de la mujer debe utilizarse un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína de acción rápida, inyectada por debajo de la mucosa cervical en los cuatro cuadrantes del cérvix. Las ventajas de utilizar una anestesia local en vez de general, incluyen un tiempo de recuperación más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir. La inyección de anestesia local debe realizarse con habilidad, para evitar la introducción endovenosa de la droga.

La utilización de una anestesia local con aspiración ha demostrado ser segura y efectiva.[46] La anestesia general no se recomienda para abortos y aumenta los riesgos clínicos.[47,48,49] También ha sido asociada con mayores tasas de hemorragia que la anestesia local.[50] La utilización de anestesia general aumenta los costos, no sólo para el servicio de salud sino para la mujer, particularmente porque el alta se permite recién a la mañana siguiente. A pesar de esto, algunas mujeres prefieren la anestesia general y su uso también puede ser preferible desde el punto de vista profesional durante procedimientos difíciles. Toda institución que ofrezca anestesia general deberá contar con el equipo especializado y el personal entrenado para administrarla y manejar cualquier complicación.

7.5. ABORTO QUIRÚRGICO

7.5.1. ASPIRACIÓN AL VACÍO

La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos de hasta 12 semanas completas. Algunos profesionales, dependiendo de su entrenamiento, experiencia y cada caso en particular, son capaces de realizar la aspiración al vacío hasta 15 semanas completas. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varios estudios randomizados. Se han reportado tasas de aborto completo entre 95% y 100%.[51] Las tecnologías de aspiración eléctrica o manual son igualmente efectivas.[52]

La aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiración al vacío eléctrica (AVE) utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60 ml sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). Existen aspiradores con cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 12 mm de diámetro. Algunas cánulas y la mayoría de los aspiradores pueden ser utilizados nuevamente una vez que se los ha limpiado y desinfectado o esterilizado perfectamente. También existen bombas mecánicas para ser utilizadas con el pie.

Dependiendo de la duración del embarazo, el aborto mediante aspiración al vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local. En embarazos muy tempranos, la cánula puede ser introducida sin dilatación cervical previa. Sin embargo, generalmente, antes de la inserción de la cánula se requiere la dilatación utilizando dilatadores osmóticos o mecánicos, solos o en combinación con una prostaglandina, o la preparación cervical con un agente farmacológico como la mifepristona o una prostaglandina (misoprostol o gemeprost). La mayoría de las mujeres que tiene un aborto durante el primer trimestre con anestesia local se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con más edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio sobre 170.000 abortos de primer trimestre llevado a cabo en Nueva York, USA (la mayoría mediante aspiración al vacío) indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización.[53] Si bien son infrecuentes, las complicaciones de la aspiración al vacío incluyen infecciones pélvicas, sangrado excesivo, lesión cervical, evacuación incompleta, perforación uterina, complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan.[54] Los cólicos abdominales o el dolor y el sangrado similar al de la menstruación son efectos colaterales de cualquier procedimiento abortivo.

7.5.2. DILATACIÓN Y CURETAJE

La dilatación y curetaje (DyC), también conocido como "legrado o raspado", involucra la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos y la utilización de curetas metálicas filosas para raspar las paredes uterinas. La dilatación y curetaje es menos segura que la aspiración al vacío[55] y considerablemente más dolorosa para la mujer.[56] En la mayoría de los países

industrializados y en muchos otros, la aspiración al vacío ha reemplazado a la DyC en el uso de rutina. Las tasas de complicaciones mayores de la DyC son de dos a tres veces más que aquellas de la aspiración al vacío.[57] Un ensayo clínico aleatorizado que comparó la DyC con la aspiración al vacío reveló que, hasta 10 semanas desde la fecha de última menstruación, la aspiración al vacío es más rápida y se asocia con menor pérdida sanguínea que la DyC.[58]

La tabla 1 resume los requisitos para la aspiración al vacío y la DyC. En aquellos lugares donde la práctica habitual es la DyC, todos los esfuerzos deben estar dirigidos a reemplazarla por la aspiración al vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención. En aquellos lugares donde actualmente no se ofrecen servicios relacionados con el aborto, debe introducirse la aspiración al vacío antes que la DyC. En aquellos otros donde aún se utiliza la DyC, los responsables deben asegurarse de que se sigan todos los procedimientos relacionados con el manejo del dolor, de que el personal esté bien capacitado y reciba una adecuada práctica clínica supervisada para mantener sus capacidades.

7.5.3. DILATACIÓN Y EVACUACIÓN

La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos avanzados.[59] La DyE requiere la preparación cervical con una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar; dilatar el cervix y evacuar el útero utilizando una aspiración al vacío eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo. Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil el uso de ecografía durante el procedimiento de DyE.

La DyE no ha sido comparada con los nuevos métodos médicos como la mifepristona con dosis repetidas de misoprostol. Si el profesional no tiene un entrenamiento supervisado adecuado y un número suficiente de casos para mantener sus habilidades, debe utilizar el aborto con medicamentos. El procedimiento de DyE generalmente puede llevarse a cabo sólo con bloqueo paracervical y una analgesia leve, razón por la cual el procedimiento puede realizarse de manera ambulatoria. Sin embargo, aquellos lugares que ofrezcan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos (ver 6.4.2.). Por lo general, el procedimiento de DyE no lleva más de 30 minutos. Tanto las/los profesionales como la mujer que se somete a este procedimiento deben esperar más pérdidas post-operatorias que en abortos del primer trimestre, incluyendo sangrado, por lo que debe considerarse la administración de oxitocina. Al personal se lo debe capacitar para suministrar asesoramiento especializado a mujeres que requieren un aborto en segundo trimestre.

7.5.4. OTROS MÉTODOS QUIRÚRGICOS DE ABORTO PARA EMBARAZOS AVANZADOS

Las operaciones mayores no deben utilizarse como métodos principales para un aborto. La histerotomía no tiene indicación en el aborto en la actualidad, dado que su

morbilidad, mortalidad y costos son mayores que los de la DyE u otros métodos de aborto con medicamentos. Por lo tanto, la histerotomía sólo debe ser utilizada en mujeres con condiciones independientes del aborto que justifiquen la operación.

7.5.5. EVALUACIÓN DE LOS TEJIDOS POSTERIOR A UN ABORTO QUIRÚRGICO

Después de los métodos de aborto quirúrgico, es importante evaluar inmediatamente los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico. Con la AMEU, después de aproximadamente 6 semanas completas de embarazo, los profesionales entrenados pueden identificar visualmente los productos de la concepción, específicamente el saco coriónico. Si la aspiración no contiene los productos de la concepción esperados, debe sospecharse un embarazo ectópico y la mujer debe ser evaluada tal como fue discutido previamente (ver 5.6.2). Además, los profesionales deben estar alertas a signos sugestivos de un embarazo molar. Si el contenido de la aspiración no corresponde a la duración estimada del embarazo, los profesionales de la salud deben considerar la posibilidad de un aborto incompleto. El análisis rutinario del producto de la concepción por un laboratorio de patología no es esencial.

Tabla 1: **Requisitos para la aspiración al vacío y la dilatación y curetaje**[60]

Característica	Aspiración al vacío	Dilatación y curetaje
Lugar	Quirófano general o quirófano de obstetricia y ginecología	Quirófano general o quirófano de obstetricia y ginecología
Manejo del dolor	Sedación leve y/o anestesia local	Sedación leve o fuerte, analgesia y/o anestesia local
Nivel del profesional	Ginecólogo, obstetra o tocoginecólogo	Ginecólogo, obstetra o tocoginecólogo

7.6. ABORTO CON MEDICAMENTOS [XII]

Por Disposición Nro. 3779 del 24 de Julio de 2009, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) dispuso autorizar la inscripción de la especialidad medicinal de nombre misoprostol con indicación para:

(I) INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO CON FETO VIVO E INDUCCIÓN DEL PARTO CON FETO MUERTO O RETENIDO.

(II) LA MIFEPRISTONA Y EL GEMEPROST NO ESTÁN APROBADOS POR EL ANMAT. CABE DESTACAR QUE EL MISOPROSTOL ESTÁ INCLUIDO EN LA LISTA MODELO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO. LA COMBINACIÓN DE MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA PARA LOS CASOS DE ABORTO LEGAL, Y DONDE SEA LEGAL Y CULTURALMENTE ACEPTABLE.[61]

Se ha probado que los métodos de aborto con medicamentos son seguros y efectivos.[62,63,64,65,66] Los regímenes más utilizados se basan en el antiprogestágeno, mifepristona, el cual se une a los receptores de progesterona inhibiendo la acción de la progesterona y por ende interfiriendo con la continuación del embarazo. Los regímenes de tratamiento conllevan una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción.[67]

Los efectos del aborto con medicamentos son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen cólicos y un sangrado similar al menstrual prolongado. El sangrado ocurre durante 9 días promedio, pero puede durar hasta 45 días en casos infrecuentes.[68] Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Las condiciones que requieren precaución con el uso de mifepristona y una prostaglandina, incluyen falla hepática o adrenal aguda o crónica, alteraciones de la coagulación, tabaquismo intenso y alergia a cualquiera de los medicamentos utilizados. La mifepristona no es un tratamiento efectivo para un embarazo ectópico; la sospecha de tal embarazo, requiere mayor evaluación y, de confirmarse, tratamiento inmediato.[XIII]

El aborto con medicamentos ha sido aceptado en varios países, aún en los de escasos recursos.[69,70] Sin embargo, los medicamentos, en particular la mifepristona, están disponibles actualmente en sólo unos pocos países desarrollados.

XII. Para información actualizada en español sobre aborto con medicamentos, ver: http://www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-health-care-providers/health/?bl=es

XIII. Ver World Health Organization. (2000a) Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization (WHO/RHR/00.7)

Tabla 2: **Regímenes comúnmente usados de mifepristona más misoprostol o misoprostol solo (adaptación)**[71]

Edad gestacional	Dosis y vía de administración de la mifepristona y el misoprostol	Dosis y vía de administración del misoprostol solo
9 Hasta las 9 semanas completas	200 mg de mifepristona oral MÁS 24-48 horas más tarde: 800 µg de misoprostol vaginal, bucal o sublingual Ó 400 µg de misoprostol oral si la edad gestacional no supera las 7 semanas.	800 µg de misoprostol vaginal repetidos cada 6-24 horas. Usar hasta 3 dosis Ó 800µg de misoprostol sublingual repetidos a las 6, 12 o 24 horas. Usar hasta 3 dosis.
12 9 a 12 semanas completas	200 mg de mifepristona MÁS 36-48 horas más tarde 800 µg de misoprostol vaginal MÁS dosis adicionales de 400 µg vaginales, sublinguales u orales de misoprostol en intervalos de horas. Usar hasta 4 dosis.	800 µg de misoprostol vaginal repetidos en intervalos de 6, 12 ó 24 horas. Usar hasta 3 dosis.

Nota: mg=miligramos, µg=microgramos

7.6.1. MIFEPRISTONA Y PROSTAGLANDINAS

7.6.1.1. HASTA 9 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

La mifepristona con misoprostol o gemeprost ha demostrado ser altamente efectiva, segura y aceptable para abortos del primer trimestre.[72] Se han informado tasas de eficacia de hasta el 98%.[73] Aproximadamente 2 a 5% de las mujeres tratadas con un régimen de mifepristona y misoprostol requieren una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, terminar un embarazo que continúa o controlar el sangrado.[74] Varios estudios han establecido que 200 mg de mifepristona es la dosis de elección dado que es tan efectiva como los 600 mg usados previamente reduciendo además sustantivamente los costos.[75,76] El misoprostol, una prostaglandina que también ha demostrado ser efectiva,[77] es considerablemente más barata que el gemeprost y no requiere refrigeración. Por lo tanto, es la prostaglandina de elección para la mayoría de los países. Un régimen efectivo es una dosis oral de 200 mg de mifepristona seguida de 800 µg de misoprostol administrado vía vaginal, bucal o sublingual.[78] El misoprostol por vía vaginal ha demostrado tener mayor efectividad y tolerancia que el misoprostol administrado oralmente.[79] Una dosis oral de 400µg de misoprostol después de 200 mg de mifepristona es efectiva hasta 7 semanas completas de embarazo.[80]

La mayoría de los protocolos requieren que la mujer tome mifepristona y la prostaglandina bajo supervisión clínica, lo que implica una segunda consulta al hospital 1-2 días después de recibir la mifepristona para recibir la prostaglandina. Sin embargo, esto está en revisión y varios protocolos consideran la alternativa de que la mujer tome el misoprostol en su casa. La mujer puede dejar el hospital poco después de recibir la mifepristona, una vez que se le haya dicho que debe esperar el sangrado y la probable expulsión de los productos de la concepción y se le haya explicado cómo reconocer las complicaciones y a quién recurrir en caso de que eso suceda. Los profesionales deben estar disponibles 24 horas para responder a estas situaciones. Después de recibir la prostaglandina en la segunda visita, el período de observación estándar es de 4-6 horas, durante el cual el 90% de las mujeres despedirá el producto de la concepción. Algunas mujeres pueden requerir medicación para los dolores cólicos durante este período (ver 6.4.1).

El 10% aproximado de mujeres que no abortan durante el período de observación deberán consultar nuevamente al centro de salud dos semanas más tarde para confirmar que el aborto se ha completado.

Bajo aquellos protocolos que permiten que la mujer deje el hospital inmediatamente después de recibir la prostaglandina, se le debe explicar que ella probablemente elimine el producto de la concepción en su hogar o en algún otro lugar sin supervisión médica. En estos casos, la mujer deberá consultar al centro de salud a las dos semanas para confirmar que el aborto ha sido completo a través de un examen físico o estudios de laboratorio. Algunos investigadores consideran que la segunda consulta para recibir la prostaglandina es innecesaria y sugieren que se le permita a la mujer tomar la prostaglandina en su hogar.[81] Recientemente, se ha utilizado este enfoque en comunidades de Túnez y Vietnam y ha resultado aceptable para muchas mujeres.[82]

EN CASO DE ABORTO FALLIDO O INCOMPLETO, SE REQUIERE UN ABORTO QUIRÚRGICO. TODO CENTRO QUE OFRECE EL ABORTO CON MEDICAMENTOS DEBE ESTAR CAPACITADO PARA PROVEER LA AMEU EN CASO DE SER NECESARIO. SI NO SE DISPONE DE ESTA POSIBILIDAD EN EL MISMO CENTRO, PUEDEN HACERSE CONVENIOS CON OTROS CENTROS QUE LLEVEN A CABO LA ASPIRACIÓN. EN TODOS LOS CASOS, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBEN ASEGURAR QUE LA MUJER PUEDA LLEGAR A DICHOS SERVICIOS EN CASO DE URGENCIA.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas.[83] Por lo tanto, deben recibir información completa sobre qué esperar y los posibles efectos colaterales del aborto con medicamentos. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que la mujer comprenda la importancia de acatar el protocolo, especialmente si va a tomar por sí sola alguno de los medicamentos, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten.

7.6.1.2. DE 9 A 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Las revisiones indican que el régimen a utilizar para embarazos de entre 9 y 12 semanas es de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida 36-48 horas después por 800 µg (4 tabletas de 200 µg) de misoprostol administradas por vía vaginal, seguida de dosis adicionales de 400µg de misoprostol (2 tabletas de 200 µg), administradas por vía oral, vaginal o sublingual cada 3 horas, hasta un máximo de 4 dosis.[84] Es necesario que la mujer quede en observación varias horas después del aborto. En los casos que sólo se dispone de misoprostol se recomiendan hasta 3 dosis de 800 µg por vía vaginal repetidas en intervalos de 6, 12 ó 24 horas.[85]

7.6.1.3. DESPUÉS DE 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

Un régimen de mifepristona seguido de dosis repetidas de misoprostol o gemeprost es seguro y altamente efectivo.[86] Una dosis oral de mifepristona de 200 mg seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal 36-48 horas más tarde y posteriores dosis de 400 µg por vía oral de misoprostol cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis, ha sido efectiva en 97% de los casos.[87] Una dosis oral de 400 µg de misoprostol cada 3 horas hasta 5 dosis, después de 200 mg de mifepristona también ha sido usada exitosamente.[88] Una dosis vaginal de 1 mg de gemeprost utilizada después de 200 mg de mifepristona y repetida de ser necesario cada 6 horas hasta cuatro dosis también puede ser usada efectivamente.[89] De ser necesario, el tratamiento con gemeprost puede continuar con 1 mg de gemeprost cada 3 horas en cuatro dosis adicionales.[90]

7.6.2. MISOPROSTOL SOLO

7.6.2.1. HASTA 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

El misoprostol solo también ha sido estudiado en términos de efectividad y seguridad. La efectividad del misoprostol solo comparado con el régimen combinado con mifepristona es menor, el tiempo que se requiere para que se complete el aborto es más prolongado, el proceso es más doloroso y ha sido asociado con más efectos colaterales a nivel gastrointestinal.[84,91] Debido a que el medicamento es de amplio acceso y de bajo costo y dado que en algunos lugares se ha informado que su mayor uso contribuye a disminuir las complicaciones de un aborto inseguro,[92] el uso de misoprostol solo es frecuente donde no se dispone de mifepristona.

Los regímenes recomendados son hasta 3 dosis de 800 µg de misoprostol administrados por vía vaginal en intervalos de 3, 6, 12 ó 24 horas alcanzando una efectividad de entre 80-90%. La administración oral parece menos efectiva y la sublingual también salvo que se administre cada 3 horas lo que suele provocar más efectos gastrointestinales.[84,93]

7.6.2.2. DESPUÉS DE 12 SEMANAS COMPLETAS DESDE LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN

El misoprostol es efectivo en la inducción del aborto después de las 12 semanas de embarazo, aunque requiere más tiempo que cuando se usa el régimen combinado con mifepristona. El régimen recomendado es de 400 µg por vía vaginal cada 3 horas hasta un total de 5 dosis en gestaciones de hasta 23 semanas.[94] En varios países se ha registrado la administración vaginal de gemeprost sólo para finalizar embarazos del segundo trimestre. La dosis recomendada es de 1 mg, la cual se da cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis durante el primer día y se repite al día siguiente de ser necesario. Con este tratamiento, entre el 80% y 95% de las mujeres aborta entre las 24 y 48 horas respectivamente.[95]

7.6.3. OTROS MEDICAMENTOS PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO

No se recomienda para inducir el aborto el uso de otros medicamentos diferentes de los recomendados en la presente guía.

7.7. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal capacitado adecuadamente, las complicaciones son infrecuentes. Sin embargo, todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal entrenado en reconocer las complicaciones del aborto y proveer rápida atención o derivar a la mujer durante las 24 horas del día.[96] Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un embarazo son similares a aquellas necesarias para el cuidado de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

7.7.1. ABORTO INCOMPLETO

Cuando el aborto es llevado a cabo mediante la aspiración al vacío por un profesional entrenado, el aborto incompleto no es común. Es más común cuando se utiliza un aborto con medicamentos. Los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico éste no concuerda con la duración estimada del embarazo. El personal de toda institución debe estar entrenado y equipado para tratar un aborto incompleto mediante la re-evacuación del útero con aspiración al vacío, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección.

7.7.2. ABORTO FALLIDO

El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto a un método de aborto quirúrgico como a un aborto con medicamentos. Si en el control post-procedimiento de cualquiera de los dos procedimientos el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración al vacío o DyE para embarazos del segundo trimestre.

7.7.3. HEMORRAGIA

La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cervix u, ocasionalmente, perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento

adecuado puede incluir la re-evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, transfusiones sanguíneas, laparoscopía o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la DyE. El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto a esperar con el aborto con medicamentos. Dicho sangrado raramente es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible.

7.7.4. INFECCIÓN

Las infecciones raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, deberá administrarse un antibiótico y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación. Como se discutió en la sección 6.1.6, el uso profiláctico de antibióticos para las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico ha demostrado una reducción en el riesgo de infecciones post-aborto[97] y debe proveerse cuando sea posible.

7.7.5. PERFORACIÓN UTERINA

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se vio que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopía.[98]

Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. En donde esté disponible, la laparoscopía es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopía y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

7.7.6. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ANESTESIA

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración al vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre.[99,100] Cuando se utiliza anestesia general, los profesionales deben tener la habilidad de estabilizar y manejar convulsiones, así como también el deterioro de la función cardio-respiratoria. Siempre debe disponerse de agentes que reviertan el efecto narcótico.

7.7.7. SECUELAS A LARGO PLAZO

La gran mayoría de las mujeres que se realizó un aborto en condiciones adecuadas no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general y/o reproductiva. La excepción está constituida por una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.[101] Las investigaciones no han demostrado asociación entre un aborto inducido sin riesgos en el primer

trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes.[102] Existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre.[103] De acuerdo a una revisión minuciosa,[104] las secuelas psicológicas adversas se presentan en un número muy pequeño de mujeres y parecen ser la continuación de condiciones pre-existentes.

8.1. PERÍODO DE RECUPERACIÓN

8.1.1. MÉTODOS QUIRÚRGICOS DE ABORTO

Durante el período de observación posterior a un aborto realizado quirúrgicamente, los profesionales deben brindarle a la mujer confort, apoyo y monitorizar su recuperación. Las/los profesionales de la salud deben prestar especial atención a la manifestación de dolor por parte de la mujer, dado que el dolor puede deberse a una perforación uterina o una hematometra -sangre retenida en el útero- la cual puede ser tratada mediante la inducción de contracciones uterinas con una droga oxitócica. Por lo tanto, particularmente con los abortos tardíos, es importante confirmar con examen bimanual el tamaño uterino a través de la pared abdominal. En ausencia de complicaciones, la mayoría de las pacientes pueden dejar el centro de salud tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales. Después de abortos llevados a cabo en etapas tardías del embarazo y después de una sedación importante o anestesia general, los períodos de recuperación pueden ser más largos y la mujer podrá requerir una observación más cercana. Idealmente, las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico deben tener un control con un profesional entrenado 7-10 días después del procedimiento para evaluar su salud en general.

8.1.2. ABORTO CON MEDICAMENTOS

Tal como se describió con anterioridad, los protocolos de tratamiento para abortos con medicamentos utilizados hasta las 9 semanas completas de embarazo generalmente requieren que la mujer permanezca 4-6 horas bajo observación clínica después de tomar la prostaglandina. Los profesionales deben revisar todas las toallas sanitarias y la ropa

de cama utilizados durante la observación, para incrementar la posibilidad de confirmar un aborto durante ese período. Para las mujeres en quienes no se confirma un aborto completo en ese momento, las que toman la prostaglandina en sus casas o aquellas que dejan la institución poco después de tomar la prostaglandina se debe programar una visita de control a los 10-15 días para confirmar que el aborto ha sido completo, que no hay infecciones y que no ha ocurrido ninguna otra complicación. En la mayoría de los casos, se confirmará el aborto completo en esta visita. Si no se confirma, la mujer podrá optar por una aspiración al vacío, aunque no es clínicamente necesario que lo haga, salvo que el examen físico, los síntomas clínicos o los estudios de laboratorio sugieran que el embarazo sigue su curso. En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de 12 semanas completas de embarazo, todas las mujeres en estos casos deberían permanecer en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

8.2. PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ASESORAMIENTO PARA ITS.

Antes de que la mujer deje el centro de salud, las/los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Este derecho está garantizado tanto por la Ley 25.673 como por la Guía de Atención Post-Aborto del Ministerio de Salud de la Nación. Después de un aborto, puede optarse por cualquiera de los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se tenga en cuenta el perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos. El diafragma y el capuchón cervical no deben ser utilizados hasta después de 6 semanas de un aborto del segundo trimestre y existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si el mismo se coloca en el momento de un aborto del segundo trimestre (ver Tabla 3).

Algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto.[105] Debe prestarse especial atención a aquellos casos en los que la mujer había solicitado una ligadura tubaria y ésta no le fue concedida. Si bien podrían existir recaudos para evitar la realización de una ligadura en una mujer que se supone está bajo el estrés de la situación por la que acaba de pasar, la solicitud de la mujer siempre debe tenerse en cuenta y no existe criterio alguno para no brindar esta prestación si la mujer así lo solicita. Los centros donde se practican abortos deben tener la posibilidad de proveer la mayoría de los métodos en sus propias instalaciones. Si un centro no puede ofrecer el método elegido por la mujer (por ejemplo, la ligadura tubaria muy raramente se ofrece en centros de asistencia primaria), se le debe dar información sobre dónde y cómo acceder a ella y ofrecerle un método temporal.

Se debe informar a todas las mujeres sobre la anticoncepción de emergencia y se debe proveer a todas con al menos dos blisters, independientemente del método anticonceptivo elegido. Los profesionales deben discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH y la importancia de la utilización de preservativo.

Se puede ofrecer una prueba voluntaria y asesoramiento, o bien derivar para una prueba de VIH y asesoramiento en otra institución. Se debe promover la doble protección, es decir el uso de métodos que protejan tanto de embarazos como de ITS.

Tabla 3: **Anticoncepción post- aborto**[106]

ABORTO EN EL 1° TRIMESTRE SIN COMPLICACIONES:

- *Iniciar la anticoncepción sin demora.*
- *Puede utilizarse cualquier método.*
- *Se debe considerar el día de la evacuación uterina como el 1° día del ciclo.*

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
Anticonceptivos orales (combinados o píldoras de progesterona sola)	• Puede comenzar el uso de píldoras combinadas o de progesterona sola inmediatamente, inclusive en el día del procedimiento.	• Si no se puede realizar una consejería adecuada posponer el inicio de las píldoras. Proveer mientras tanto preservativos. • No brindan protección contra infecciones por VIH/ITS. • Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección.
Anticonceptivos Inyectables • Valerato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg • Cipionato de estradiol 5 mg + Acetato de medroxiprogesterona 25 mg.	• Puede administrarse inmediatamente.	• Si no se puede realizar una consejería adecuada posponer el inicio de las píldoras. Proveer mientras tanto preservativos. • No brindan protección contra infecciones por VIH/ITS. • Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección.
Implantes	• Pueden aplicarse inmediatamente.	• Si no se puede realizar una consejería adecuada posponer el inicio de las píldoras. Proveer mientras tanto preservativos. • Se requiere un profesional capacitado para la colocación y remoción. • No brindan protección contra VIH/ITS. • Puede colocarse inmediatamente, aún en presencia de infección.

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
DIU	• 1° trimestre sin complicaciones: colocación inmediata. • 2° trimestre sin complicaciones: colocación inmediata.	• Si no se puede realizar una consejería adecuada se debe retrasar la colocación y mientras tanto proveer preservativos. • Se requiere un profesional capacitado para la colocación y remoción. • No brinda protección contra VIH/ITS. • Inserción inmediata: En aborto del 2° trimestre: mayor incidencia de expulsión y perforación uterina. Se sugiere colocar después de la 6° semana. **• Si hay infección, el DIU no debe colocarse al menos hasta 3 meses después del aborto.**
Preservativo masculino y femenino	• Utilizarlos tan pronto como se reinicien las relaciones sexuales.	• Buen método cuando es utilizado en forma correcta y regular. • El preservativo es el único método que ha probado proveer protección tanto para el embarazo, como contra VIH/ITS.

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
Diafragma con espermicidas	• El diafragma puede colocarse inmediatamente después de abortos del primer trimestre. • Después de abortos del segundo trimestre, la colocación del diafragma debe retrasarse hasta que el útero vuelva al tamaño previo al embarazo (6 semanas).	• En mujeres que previamente utilizaban diafragma debe tomarse nuevamente la medida. • Proveer, mientras tanto, de otro método anticonceptivo.
Métodos tomando en cuenta el período fértil	• No se recomiendan para su uso inmediato. • Las mujeres pueden utilizarlo tan pronto como hayan tenido 3 menstruaciones espontáneas.	• Proveer mientras tanto de un método de barrera. • Su efectividad es altamente dependiente del uso correcto. • No brinda protección contra VIH/ITS.
Ligadura de trompas	• La ligadura de trompas (mini laparotomía o laparoscopía) puede llevarse a cabo inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. • En casos de sepsis postaborto o fiebre, hemorragia severa postaborto, trauma severo al tracto genital o hematometra aguda, el procedimiento debe retrasarse hasta completar satisfactoriamente el tratamiento y/o curar la herida.	• Una adecuada consejería y consentimiento informado deben llevarse a cabo antes del procedimiento. • No brinda protección contra VIH/ITS.
Píldoras anticonceptivas de emergencia (levonorgestrel solo o regímenes de estrógenos y progesterona combinados)	• Pueden utilizarse en cualquier momento, por no uso o falla de método anticonceptivo.	• No recomendado como método anticonceptivo regular. • No brinda protección contra VIH/ITS.

8.3. INSTRUCCIONES DE CUIDADO PARA DESPUÉS DEL ABORTO

Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, simples, oralmente y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud, incluyendo cómo reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica.

Mientras esperan que se complete el aborto inducido por un aborto con medicamentos, las mujeres deben tener la posibilidad de ponerse en contacto con un/una médico/a o un/una profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo. Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede experimentar un sangrado similar al menstrual o spotting durante varias semanas.

Con un aborto con medicamentos, se le debe informar que puede tener un sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante. Los síntomas que requieren atención clínica incluyen sangrado excesivo, fiebre que dura más de un día y dolor abdominal.

Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, generalmente se calman a las 24 horas del aborto realizado con medicamentos. El personal debe advertir a la mujer que puede sufrir dolores cólicos, los cuales pueden, por lo general, aliviarse con analgésicos que no requieren prescripción.

La información para reconocer las complicaciones y cómo buscar ayuda debe estar disponible de una manera pictórica para aquellas mujeres que no saben leer.

Después de abortos del primer trimestre, la mayoría de las mujeres pueden retomar sus actividades y responsabilidades habituales dentro de horas o días.

La visita de control es una oportunidad para que el/la profesional hable con las mujeres sobre sus experiencias, si es necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen un aborto por razones médicas o como producto de una violación pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o desear asesoramiento adicional.

REFERENCIAS

1. Bongaarts J and Westoff CF. (2000). The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family Planning* 31: 193-202.

2. World Health Organization (1992). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization (WHO/ MSM/92.5).

3. World Health Organization (2007). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva, World Health Organization.

4. Ministerio de Salud (2009). *Información Básica 2008.* Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

5. Faúndes, A. y Barzelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso,* Bogotá, Tercer Mundo.

6. Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; del Río Fortuna, C. et al. (2004). *Para que cada muerte materna importe,* Buenos Aires, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

7. Pantelides, E.; Mario, S; (2007). *Estimación de la magnitud del aborto inducido,* Resumen Ejecutivo. Disponible en: http://www.cedes.org/areas/salud-es/index.html.

8. Ministerio de Salud (2009). Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Dirección de Estadísticas e Información en Salud ,Ministerio de Salud .

9. Zamberlin, N. (2007). *El aborto en la Argentina.* Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/03_Zamberlin.pdf

10. Romero,M.; Zamberlin, N. y Gianni, M. C. (2010). La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud Colectiva* 6(1) 21-35. Enero-abril.

11. INSGENAR y CLADEM (2003): *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos.* Disponible en http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc

12. Steele, S. y Chiarotti, S. (2004). "With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina", en *Reproductive Health Matters,* volume 12, N° 24.

13. Artículo 75, inciso 22 de la Constitución Argentina.

14. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/temas/beijing/index.htm.

15. Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina. Consejo Federal de Salud (COFESA) Octubre de 2004. Disponible en: http://despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%ECticas_Publicas/Compromiso_para_la_reduccion_de_la_mortalidad_%20materna.pdf

16. Ver al respecto, el "Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles," Resolución N° 1.174, Ciudad de Buenos Aires, 2007; el "Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no punible," Municipalidad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Ordenanza N° 8166, 2007; el "Protocolo de aborto no punible", Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Marzo 2007; el "Protocolo de acción ante víctimas de violación", Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Marzo 2007; "Procedimientos para la atención profesional frente a las solicitudes de prácticas de aborto no punible artículo 86 incisos 1 y 2 del Código Penal", Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Neuquén, 28 de noviembre de 2007; Resolución 887/2009 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe..

17. Bruce, J. (1990). Fundamental elements of quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning,* 21(2):61-91.

18. Organización Mundial de la Salud (2003). Aborto sin riesgos. *Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.*

19. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer.
20. Grimes DA and Cates W Jr. (1979). Complications form legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34: 177-191.
21. RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion.* Evidence-based guideline No. 7. London, RCOG Press.
22. Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imrie M. (1998) A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 599-604.
23. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87: 884-890.
24. Finn R, Clarke CA, Donohoe WTA, McConnell RB, Sheppard PM, Lehane D and Kulke W. (1961) Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1: 1486-1490.
25. Urquhart DR and Templeton AA. (1990): Reduced risk of isoinmunisation in medical abortion. *Lancet* 335: 914.
26. RCOG (2000) *Op cit*
27. Organización Mundial de la Salud (2003) *Op cit*
28. *World Health Organization. (1997) Medical methods for termination of pregnancy.* WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.
29. Grimes DA, Schulz KF and Cates W Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251: 2108-2112.
30. Schulz KF, Grimes DA and Cates W Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1: 1182-1184.
31. RCOG (2000) *Op cit.*
32. World Health Organization. (1997) *Medical methods for termination of pregnancy.* WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.
33. Singh K, Fong YF, Prasad RNV and Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92: 795-798.
34. Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prioi to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8: 2139-2142
35. Organización Mundial de la Salud (1993).*Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad.* Organización Mundial de la Salud
36. Henshaw RC and Templeton AA. (1991). Preoperative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU486). British Journal of Obstetrics and Gynaecology 98: 1025-1030.
37. INSGENAR y CLADEM (2003) *Op cit*
38. Borgatta L and Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42: 287-293.
39. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70: 145-149.
40. Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8: 45-51.
41. Suprapto K and Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 108: 1168-1173

42. Matambo J, Moodley J and Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89: 816.
43. Cade L and Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anesthesia & Intensive Care* 21: 93-96.
44. Hein A, Jakobson J and Ryberg G. (1999) Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologia Scandinavica* 43: 245-247.
45. Dahl V, Fjellanger F and Raeder JC (2000). No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anesthesia. *European Journal of Pain* 4: 211-215.
46. Thonneau P, Fougeyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M and Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81: 59-63.
47. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Schulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.
48. MacKay HT, Schulz KF and Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66: 661-665.
49. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A and Stazi MA. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6: 416-422.
50. Grimes y Cates (1979) *Op cit*
51. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.
52. Westfall JM, O´Brien-Gonzalez A and Barley G.(1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women´s Health* 7: 991-995.
53. Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76: 129-135.
54. Grimes y Cates (1979) *Op cit*
55. Cates W, Grimes DA and Schultz KF. (2000) Abortion surveillance at CDC: creating public health light of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19 (Suppl1): 12-17.
56. Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC-a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies.* New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.
57. Grimes y Cates (1979) *Op cit*
58. Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ET. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 14:481-486.
59. RCOG (2000) *Op cit.*
60. Adaptado de Greenslade y col. (1993) *Op cit*
61. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. 16th List (updated). March 2010. Disponible en: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf
62. Spitz IM, Bardin CW, Benton L and Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338: 1241-1247.

63. Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. (1998a) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human reproduction* 13: 2962-2965.
64. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ullmann A and Baulieu EE. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21: 1509-1513.
65. Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ and Popperna S. (1999) Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Journal of Family Practice* 44: 353-360.
66. Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Xiao B, Gu S, Du MK, Krishna UR, Eschen A and Ellerston C. (1997) Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristonemisoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176: 431-437.
67. Swahn ML and Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogestin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 95: 126-134.
68. Creinin MD and Aubény E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L,Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician´s guide to medical and surgical abortion.* New York, Churchill Livingstone, pp. 91-106.
69. Elul B, Ellerston C, Winikoff B and Coyaji K. (1999) Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception* 59: 107-114.
70. Ngoc NN, Winikoff B, Clark S, Ellerston C, Am KN, Hieu DT and Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25: 10-14 & 33.
71. Organización Mundial de la Salud (2003) *Op cit*
72. RCOG (2000) *Op cit*
73. Trussell J and Ellerston C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60: 119-135.
74. Organización Mundial de la Salud (2000). *Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad,* Organización Mundial de la Salud.
75. McKinley C, Thong KJ and Baird DT. (1993) The effect of dose mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8: 1502-1505.
76. Organización Mundial de la Salud (1993).*Op cit*
77. RCOG (2000) *Op cit*
78. RCOG (2000) *Op cit*
79. El- Refaey H and Templeton A. (1995) Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10: 475-478.
80. Organización Mundial de la Salud (2000).*Op cit*
81. Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH y Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44: 353-360.
82. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellerston C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357: 1402-1405.
83. Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology 183 (Suppl 2): S26-S33.
84. Kulier R et al (2010). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No. CD002855. DOI: 10.1002/14651858. CD002855.pub3.

85. IPAS (2009). *Medical Abortion Study Guide.* Chapel Hill, NC. Ipas.
86. RCOG (2000) *Op cit*
87. El-Refaey y Templeton (1995) *Op cit*
88. Ngai SW, Tang OS and Ho PC. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15: 2205-2208.
89. Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC and Ho PC. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebocontrolled trial. *Contraception* 54:23-25.
90. Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of the second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 79: 702-706.
91. Bugalho A, Mocumbi S, Faúndes A and David E. (2000) Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61: 47-50.
92. Costa SH and Vessy MP. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341: 1258-1261.
93. Von Hertzen H, et al. (2009)Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy; a randomized factorial controlled equivalence trial, BJOG 116 (3): 381-9.
94. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. Cochrane Database for Systematic Reviews 2010, Issue2. Art. No. CD005216.DOI: 10.1002/14651858.CD005216.
95. Thong KJ, Robertson AJ and Baird DT. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16, 16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44: 65-74.
96. World Health Organization. (1994) Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization. (WHO/FHE/MSM/94.1)
97. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87: 884-890.
98. Kaali SG, Szigetvari IA and Bartfai GS. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161: 406-408.
99. Osborn y col. 1990 *Op Cit*
100. MacKay y col 1985 *Op Cit*
101. World Health Organization. (2000a) *Managing the complications of pregnancy and childbirth:* a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)
102. Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL and Peipert JF. (1999) Answering questions about long-term outcomes. In Paul M, Lichtenber ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PD (eds). *A clinician´s guide to medical and surgical abortion.* Philadelphia, Churchill Livingstone, pp. 217-228.
103. Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K and Andersen PK. (1997) Induced abortion and he risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336: 81-85.
104. Dagg PKB. (1991) The psychological sequelae of therapeutic abortion- denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148: 578-585.
105. World Health Organization. (2000b) Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive methods. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.02)
106. Organización Mundial de la Salud (2000) *Mejorar el acceso a cuidados de calidad en Planificación Familiar - Criterios de Elegibilidad Médica para el uso anticonceptivo.* Segunda Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR/00.2)