

**GUÍA PROVINCIAL**

---

**ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS  
PERSONAS CON DERECHOS A LA  
INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO**

---

Actualización 2020



**LA PAMPA**

Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

## AUTORIDADES GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA

Gobernador

**Sergio ZILLOTTO**

Vicegobernador

**Dr. Mariano A. FERNÁNDEZ**

Ministro de Salud

**Dr. Mario Ruben Kohan**

Subsecretario de Salud

**Dr. Gustavo Raúl Vera**

Subsecretario de Administración

**CPN Fernanda Rizzi**

Subsecretario de Salud Mental y Adicciones

**Lic. Martín Malgá**

ENERO DE 2020.

SANTA ROSA - LA PAMPA - ARGENTINA.

### **GUÍA PROVINCIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO | ILE**

Actualización 2020

#### **Dirección de Maternidad e Infancia**

##### **Subsecretaría de Salud Ministerio de Salud Gobierno de La Pampa.**

9 de Julio N° 382 | Santa Rosa | La Pampa  
Tel: (02954) **456706** | **388900** - Int. **3041**  
e-mail: msocial@lapampa.gov.ar

Jefa | **Lic. Cintia Jacobi**

##### **Colaboradoras**

Programa de Salud Sexual y Reproductiva  
Programa Salud Integral en la Adolescencia

**Lic. Noelia Davini**

##### **Comunicación | Área de Diseño Gráfico**

Ministerio de Salud - Gobierno de La Pampa.

Diseño Gráfico: **Martín, ARTEAGA**

Dirección: 9 de Julio n° 382 - Santa Rosa - La Pampa.

Telefax: (02954) **388944** e-mail: **areadgraficosalud.lp@gmail.com**

#### **Dirección General de Asistencia Social y Comunitaria**

##### **Subsecretaría de Salud Ministerio de Salud Gobierno de La Pampa.**

Lisandro de la Torre | Santa Rosa | La Pampa  
Tel: (02954) **388900** - Int. **3023**  
e-mail: CoordinacionTS@lapampa.gov.ar

Directora | **Lic. Cintia Zalabardo**

Salud  
MINISTERIO

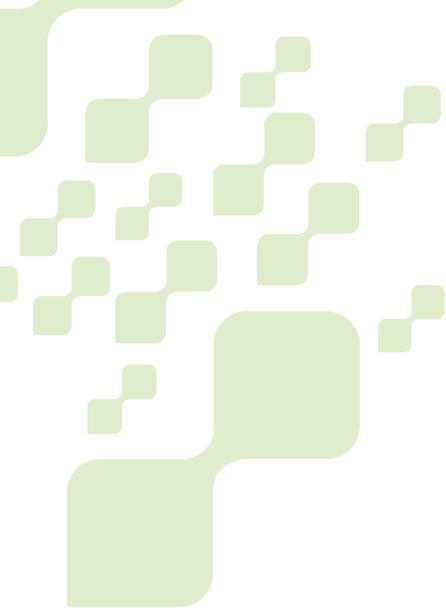


**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción



**GUÍA PROVINCIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL  
DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA  
INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO | ILE**

Resolución N° 1789/18 | Actualización 2020



A fines prácticos en la presente Guía se amplia el uso del término “**Mujer/es**” para incorporar a todas las “personas gestantes” o “personas con capacidad de gestar”, es decir niñas, adolescentes y varones trans.

Es obligación de todo el equipo de salud registrar en la HC de mujeres en situación de aborto cualquiera sea su clasificación, a través del SIP (Sistema Informático Perinatal – Aborto); que permitirá una gestión ágil de políticas públicas tendientes a implementar mejoras en la atención de las mujeres.

Código: Z 64.0/004  
Z 64.0: ecografía por embarazo no deseado.  
004: aborto médico

## PRESENTACIÓN DE LA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS



**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

# 1

## PRESENTACIÓN DE LA GUIA

La Guía de Procedimiento para la atención de solicitudes de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) que a continuación desarrollaremos responde a la necesidad de establecer dispositivos adecuados que favorezcan la accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud, a la necesidad de que todo el sistema de salud de la provincia de La Pampa (*Público, privado, prepagas y obras sociales*) aborde la problemática que representa la práctica de “abortos en condiciones inseguras” promoviendo una mejoría en la calidad de vida de quienes solicitan una interrupción de embarazo.

Todas las personas con capacidad de gestar – es decir, mujeres, niñas, adolescentes y varones trans– tienen derecho a la interrupción legal del embarazo cuando este se encuadre en alguna de las causales que la ley establece para solicitar la práctica:

- \*Riesgo para la vida de la mujer,
- \*Riesgo para la salud de la mujer,
- \*Embarazo producto de una violación o una relación sexual no consentida.

A través de esta Guía se procura que el Equipo de Salud:

- Garantice información en opciones, derechos y riesgos.
- Evite períodos de espera o rutinas administrativas que retrasen el procedimiento.
- Elimine requisitos no establecidos.
- No realice denuncia penal a la usuaria.

Esta Guía pretende promover en todo el territorio provincial el derecho que tienen las mujeres, de acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando este se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo vigente, haciendo foco principalmente en las acciones implementadas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) para alcanzar los objetivos establecidos en su ley de creación (25.673).

Las normas internacionales de derechos humanos reconocen el acceso a la interrupción legal y segura del embarazo como fundamental para el disfrute y el ejercicio efectivo de los derechos.

En la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se ha establecido que el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación para que las personas adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción; incluyendo la planificación familiar.

### Sugerencia de Lectura

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Segunda edición 2019. Ministerio de Salud. Rep. Argentina. pág. 6 “*Situación del aborto en el mundo y en la Argentina*”.



## PIRÁMIDE

*Representación gráfica de la estructura del ordenamiento jurídico.  
En la parte superior se ubica la norma de máxima jerarquía: La constitución Nacional y Tratados Internacionales de Derechos Humanos.  
Las demás normas se ubican en forma descendente. Las mismas no pueden ir en contra de las normas ubicadas en los estratos superiores.*

Fallo “F.A.L. s/medida autosatisfactiva” 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en su carácter de último intérprete de todo el sistema normativo de país, estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 inc. 2 del Código Penal “(...) no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible”.

# 2

## MARCO NORMATIVO

- **Constitución Nacional** art. 75 inc. 22
- **Convención sobre los Derechos del Niño.**
- **Tratados Internacionales de Derechos Humanos** (con rango constitucional).

### LEYES NACIONALES

- **Código Civil y Comercial de la Nación.**
- **Ley 25.326/00** de Protección de los datos personales.
- **Ley 25.673/03** de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- **Ley 26.061/05** de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- **Ley 26.130/06** por la que se establece el Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, donde toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud.
- **Ley 26.150/06** por la que se crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- **Ley 26.364/ 08** de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a la Víctima.
- **Ley 26.485/09** de Protección Integral a las Mujeres Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- **Ley 26.529/09** de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- **Ley 26.774/12** de Ciudadanía Argentina, por la que se modifican las leyes N° 346; 17.671; 19.945; 23.298; 25.932; 26.215 y 26.571 estableciendo los derechos políticos a los 16 años de edad.
- **Ley 26.743/12** de Derecho a la Identidad de Género de las personas.

### RESOLUCIONES NACIONALES

• **Resolución N° 989/05** Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación por la que se aprueba la guía para el mejoramiento de la atención post-aborto y se la incorpora al Programa Nacional de Garantía de calidad de la atención médica.

• **Resolución N° 65/2015 del Ministerio de Salud.**

Documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos”, que como Anexo I forma parte integrante de la presente resolución. Se Incorpora al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica.

• **Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud.**

De aprobación del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Segunda edición 2019. Ministerio de Salud. Rep. Argentina.

### LEYES PROVINCIALES

• **Ley N° 1363/91** de creación del Programa Provincial de Procreación Responsable.

• **Ley N° 2.703** de Adhesión a los artículos 1° a 41 de la Ley Nacional N° 26.061 y a los artículos pertinentes a su Decreto Reglamentario N° 415/06.

### RESOLUCIONES PROVINCIALES

• **Resolución N°656/12 y su modificatoria Resolución 1789/18 Ministerio de Salud de la provincia de La Pampa**, que establece el protocolo de procedimiento para la atención de pacientes que soliciten prácticas de aborto no punible.

• **Protocolo de Abuso Sexual Infantil, Consejo Provincial de Niñez y Adolescencia, 2017.**

**SIEMPRE SE DEBE TOMAR LA  
NORMA QUE GARANTICE  
MAYOR ALCANCE Y PROTECCIÓN  
DE LOS DERECHOS.**

PRINCIPIOS  
RECTORES



**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

# 3

## PRINCIPIOS RECTORES

Guían la interpretación de las normas.

- \*Principio de autonomía
- \*Accesibilidad
- \*No judicialización
- \*Confidencialidad
- \*Privacidad
- \*Celeridad/rapidez
- \*Transparencia activa

Estos principios surgen de la normativa internacional de derechos humanos con rango Constitucional para nuestro país (art. 75, inc. 22), de la propia Constitución y la legislación argentina. Entre las más importantes se encuentran la Ley de Derechos del Paciente (26.529), el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina (Ley 17.132) y la Ley de Protección Integral a las Mujeres (26.485).

La realización de ILEs debe guiarse fundamentalmente por el **principio de autonomía**. Todas las actitudes y prácticas de las/los profesionales de la salud deben estar destinadas a que, en base a la información veraz, adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella. Por esto, es deber de las/los profesionales de la salud proveer la información necesaria para que pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias.

Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida. Las/los médicas/os tienen la función pública y el rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas sobre sus conductas íntimas y personales. Este principio es la base del secreto médico. Otros principios que guían la atención de ILEs son los de **accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/rapidez y transparencia activa**.

**Accesibilidad.** No deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una ILE, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica.

**No judicialización.** La interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin intervenciones adicionales innecesarias, sean médicas, administrativas o judiciales. Judicializar significa dar intervención de cualquier forma a organismos judiciales o policiales, dando estado público a una situación privada y confidencial de quien acude al servicio de salud. El mandato de no judicialización implica que con la intervención de un médico/a es suficiente para decidir si el caso se encuadra en las

circunstancias que legalizan la interrupción. En este sentido, en su fallo la CSJN afirma: “[...] hacer lo contrario, significaría que un poder del Estado, como lo es el judicial, cuya primordial función de velar por la plena vigencia de las garantías constitucionales y convencionales, intervenga interponiendo un vallado extra y entorpeciendo una concreta situación de emergencia sanitaria, pues cualquier magistrado llamado a comprobar la concurrencia de una causal de no punibilidad supeditaría el ejercicio de un derecho expresamente reconocido por el legislador en el artículo 86, inciso 2º, del Código Penal, a un trámite burocrático, innecesario y carente de sentido” (CSJN, 2012: considerando 19). La Corte afirmó, en relación con este principio, que “[...] media en la materia un importante grado de desinformación que ha llevado a los profesionales de la salud a condicionar la realización de esta práctica al dictado de una autorización judicial y es este proceder el que ha obstaculizado la implementación de los casos de abortos no punibles legislados en nuestro país desde la década de 1920” (CSJN, 2012: considerando 18).

**Confidencialidad.** Es derecho de la mujer, que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, guarde la debida reserva. Al igual que en cualquier práctica médica, nada de lo ocurrido en la consulta debe ser comunicado a otras personas (como integrantes del equipo de salud, familia o funcionarios judiciales o policiales). La Historia Clínica (HC) y toda la información contenida en ella son de titularidad exclusiva de la mujer y su divulgación configura una violación a su derecho a la intimidad y al secreto profesional. Si se considerara necesario compartir la información con terceros – incluido esposo, compañero/a, padre, madre– debe hacerse con la autorización expresa de la mujer, otorgada de manera libre y de forma clara.

**Privacidad.** Los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las mujeres durante todo el proceso. Esto incluye, la adecuación de los espacios de consulta y realización de las prácticas médicas, garantizar la privacidad de la información solicitada a la usuaria y toda aquella que se consigne en la Historia Clínica.

Es necesaria la capacitación del equipo de salud de la institución para que conozcan sus obligaciones de respetar la privacidad de las mujeres y de brindar información en relación a la interrupción del embarazo.

**Celeridad/rapidez.** A las usuarias que soliciten o requieran que se les realice una ILE se les debe garantizar una atención ágil e inmediata. Las instituciones en las cuales se practique deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el proceso de atención integral sea brindado lo más pronto posible. Asimismo, se prohíbe la imposición de requisitos adicionales por parte de las instituciones o de sus empleados.

**Transparencia activa.** Los profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible.

CIRCUNSTANCIAS QUE  
HABILITAN LA INTERRUPCIÓN  
LEGAL DEL EMBARAZO ÍILE



**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

# 4

## CIRCUNSTANCIAS QUE HABILITAN LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

A continuación, se plantean los permisos otorgados en la Ley Argentina (artículo 86 del Código Penal de la Nación Incisos 1 y 2) para realizar la práctica de aborto. Los indicadores para su evaluación se adjuntan en el anexo “Instrumento para la evaluación del riesgo para la mujer a causa del embarazo”.

### 4.1.- CAUSAL SALUD

La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la OMS, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud. Las pautas para identificarlas son:

► **EL RIESGO PARA LA SALUD** debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto.

► **LA SALUD ES UN CONCEPTO INTEGRAL** que tiene tres dimensiones: física, mental-emocional y social, de acuerdo a lo establecido por la OMS. (Ver anexos Causal Física, Emocional y Social)

► **LA AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL** puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

El concepto de riesgo no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.

► **LA DECISIÓN DE LA MUJER** sobre qué tipo de riesgo está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.

Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud, pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte.

### 4.2.- CAUSAL VIOLACIÓN:

Toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no una discapacidad intelectual o mental, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violencia sexual. En estas situaciones es importante considerar que:

La violación es una expresión de la violencia sexual y esta es una manifestación de la violencia de género. Puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido o pareja), por personas de su conocimiento de otros ámbitos o por extraños.

Los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar su interrupción legal. En los casos de violación, **el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.**

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de la ILE, esta valdrá como la declaración jurada. **En ningún caso la recolección de material genético como evidencia forense puede convertirse en una barrera o generar dilaciones en el acceso a la práctica.** La declaración jurada debe ser simple, sin

formalidades legales, y no se podrá exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. El fallo de la CSJN también aclara que aún ante una duda sobre la veracidad de la violación es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso al servicio de ILE: “[...] si bien este Tribunal advierte la posibilidad de configuración de 'casos fabricados', considera que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud” (CSJN, 2012). Las mujeres con un embarazo consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, y es importante que todos los niveles del sistema de salud sean capaces de ofrecerles el cuidado y apoyo apropiados, además de considerar la derivación oportuna, de ser necesario. Para más información, ver el “Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud” (PNSSyPR, 2015). Ver anexo Declaración Jurada en caso de Violación.

#### 4.3.- NIÑAS Y ADOLESCENTES (NyA):

##### *ver anexo de autonomía progresiva*

La atención de niñas y adolescentes implica tener en cuenta dos aspectos: por un lado, la edad a partir de la cual son consideradas por el artículo 26 del Código Civil y Comercial, como personas plenamente autónomas, capaces de otorgar un consentimiento completo y suficiente por sí mismas, y, por otro lado; su derecho a ser escuchadas e informadas cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención.

En este sentido a las niñas y adolescentes se les garantizará el derecho a la interrupción legal del embarazo teniendo en consideración su voluntad y participación en la toma de decisión basada en la información que reciba de la evaluación que el equipo de salud realice de cada situación.

Según lo expresa el artículo 14 de la Ley Nacional 26.061 y Provincial 2.703, los organismos del Estado deben garantizar el acceso a los servicios de salud a niños, niñas y adolescentes. En este sentido, toda institución de salud de la provincia de La Pampa, deberá atender prioritariamente a esta población.

Las NyA tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Se les debe ofrecer una consejería integral e informada que las sitúe en el centro de las decisiones sobre sus cuerpos y sus futuros

Respecto a las ILE, ni autorizaciones judiciales ni denuncias policiales previas son exigibles en ningún caso, se trate de la causal salud o de la causal violación. Deben garantizarse la información y la confidencialidad a la usuaria. Deben evitarse procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas. Debe brindarse a las víctimas de violencia sexual, de forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva.

Es importante tener presente en nuestras prácticas, que la Convención de los Derechos del Niño reconoce a niñas y adolescentes como **sujetos de derecho**, ya no más como objeto de protección o tutela. Eso implica que se las considere “titulares de derechos” capaces de ejercerlos autónomamente.

El sistema de salud debe asumir el compromiso de velar por el interés superior de estas NyA, lo que implica abandonar el paradigma que las revictimiza sometiendo a una maternidad forzada.

## CONSIDERACIONES

*Las causales descriptas surgen como una recomendación de las Naciones Unidas entendiéndose que, quien debe tomar la decisión de continuar o de interrumpir el embarazo es la mujer, niña, adolescente o persona con capacidad de gestar, ejerciendo su autonomía individual. El rol de los profesionales de la salud es aportar información clara y completa sobre las alternativas existentes.*

La articulación con los organismos de protección de derechos es fundamental en caso de requerir medidas de protección integral de derechos.

Para el abordaje de las situaciones de ILE en niñas y adolescentes, se deberán tener en cuenta los siguientes **PRINCIPIOS RECTORES**:

### Participación Directa

(Art. nro.12 y 13 de la CDN).

Se debe garantizar que niñas y adolescentes puedan participar directamente y de forma significativa en sus asuntos, para erradicar así, prácticas de “sustitución de la voluntad” derivadas de la constante y exclusiva intervención de los progenitores y/o representantes en la toma de decisiones que involucran a niñas y adolescentes.

Se deben desarrollar mecanismos para garantizar que niñas y adolescentes participen de forma efectiva, de acuerdo con su edad y autonomía progresiva.

Se debe asegurar que cuenten con la información necesaria para tomar decisiones y que tengan el acompañamiento que necesitan para ese proceso. La necesidad de este acompañamiento decrece de acuerdo con el aumento del grado de autonomía.

### Autonomía Progresiva

Es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida, en que se va consolidando progresivamente su capacidad de discernimiento. Es decir la capacidad para comprender la información, aplicarla a una situación particular para poder decidir alternativas de actuación y , finalmente, tomar decisiones.

Resulta importante destacar que las edades fijadas en las normas son indicativas, las normas nos marcan generalidades, pero se debe y puede realizar excepciones cuando las características de caso lo requieran.

El respeto a la autonomía impone la obligación de atender las consultas de toda persona menor de 18 años, con o sin acompañamiento, siempre que se presenten de forma voluntaria al servicio.

### Interés Superior del Niño

(Art. nro. 3 Ley Nacional N° 26.061)

Es la “máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley”. Este principio toma mayor trascendencia cuando surgen desacuerdos entre la opinión de niñas y adolescentes y quienes acompañan el proceso de toma de decisiones (con base en el principio de autonomía progresiva). Guía la resolución de conflictos hacia la opción que garantice de la mejor manera el ejercicio de sus derechos. Por ejemplo, una niña o adolescente solicita una práctica de ILE y quienes ejercen tareas de cuidado no están de acuerdo en que se la realice, su solicitud deberá ser aceptada por los equipos de los servicios de salud siempre que se garantice que se trate de una decisión tomada luego de haber sido informada en forma clara y transparente y sea beneficiosa para las niñas y adolescentes.

### Igualdad y No Discriminación

Este principio implica la obligación de tomar medidas especiales para garantizar la igualdad de oportunidades y para remover estructuras de poder que impidan ejercer sus derechos. Tanto el Estado, la familia y la sociedad en general tienen el deber de desarrollar mecanismos flexibles y amplios que acompañen y permitan el desarrollo integral de niñas y adolescentes para que consoliden su autonomía progresivamente.

**Es necesario al trabajar con niñas y adolescentes poder abordar las consultas desde una mirada integral de las situaciones presentadas, teniendo en cuenta los vínculos familiares, y su contexto social inmediato.**

## DERECHOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD

*(Reconocidos en la Constitución Nacional, en los tratados internacionales sobre derechos humanos y en el ordenamiento jurídico argentino)*

**La SALUD es un DERECHO HUMANO fundamental, por lo tanto, no se puede garantizar la salud física sin garantizar la mental y social.**

Los derechos que se describen a continuación deben ser garantizados especialmente durante la atención de niñas y adolescentes:

### Derecho a la Salud

*(Art. 24 CDN, art. 14 Ley 26.061)*

El Estado está obligado a promover, proteger y garantizar la salud de niñas y adolescentes de forma prioritaria e integral.

Se debe brindar una atención interdisciplinaria e interinstitucional, que conecte la salud con la satisfacción de otros derechos como la educación, la vivienda, el medio ambiente sano, acceso a la tecnología, la información, libertad de pensamiento y expresión. Siempre dentro del marco del respeto de los principios generales de autonomía progresiva, participación directa, interés superior del niño y no discriminación.

**Toda niña o adolescente que se presente al servicio de salud sin acompañamiento DEBE SER ATENDIDA.**

**La Ley N° 26529 de Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, en su artículo 2 inciso a), reconoce el derecho a la atención prioritaria de la salud de niñas y adolescentes. Es por eso que nunca se puede negar la atención en función de la edad de la paciente o por concurrir sin el acompañamiento de una persona mayor de edad.**

En caso de que la adolescente concurra acompañada, es fundamental, que se le ofrezca un momento a solas con el/la profesional en la consulta.

### Derecho a la Privacidad:

Se observa en dos sentidos: por un lado, en la privacidad que se debe respetar en el marco de la consulta y en la protección de la información que se brinda en ese contexto.

La Ley de derechos del Paciente en su art. 2 inc. C, establece que “toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la

dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles...”.

**En caso de que debido al grado de autonomía de la niña o adolescente, se requiera acompañamiento, se le debe preguntar si cuenta con alguna persona de su confianza que pueda ser convocada y esta persona se convocará sin que ello retrase la atención requerida. La necesidad de acompañamiento para el consentimiento informado de una práctica médica no implica que la/s persona/s convocada/s deban estar presentes durante la consulta.**

La necesidad del ACOMPAÑAMIENTO decrece de acuerdo con el grado de autonomía de las niñas y adolescentes, por lo cual en la infancia se requiere un mayor acompañamiento.

### Derecho a la Confidencialidad

Se trata del derecho a la conservación en “secreto” de la información relacionada con el estado de salud y cualquier otra situación relevada en el marco de la consulta médica.

Para poder garantizar la demanda de las adolescentes a los servicios de salud, es fundamental que se respete este derecho.

La revelación del secreto profesional únicamente puede ser para:

- Evitar un peligro inminente para sí o para un tercero
- Orden de una autoridad judicial competente
- En caso de urgencia, cuando no se pueda contar con la autorización de la adolescente, y, deba pedírsela a un/a representante.

Para el equipo de salud, es muy importante tener en claro que:

-En todas las situaciones se requiere autorización de la NyA para la intervención de otras personas en la consulta, de acuerdo con su capacidad de discernimiento.

-En todas las situaciones debe contar con la autorización de la NyA para la revelación de información sobre la consulta a otras personas, incluyendo progenitores y otros miembros del equipo de salud.

-Todas las personas, incluyendo NyA, tienen derecho a designar a la/s persona/s de su confianza que las acompañen para la toma de decisiones sanitarias.

-En los casos en que NyA se nieguen a permitir la participación de sus progenitores o quienes ejercen tareas de cuidado, se debe escuchar y tener en cuenta su opinión para diseñar estrategias de acompañamiento.

## Derecho a la decisión sobre el cuidado del propio cuerpo.

Se trata de un derecho personalísimo, no puede ser ejercido por otra persona.

En materia sanitaria, este derecho implica la aptitud de NyA no solo para consentir a todas las prestaciones sanitarias (Consultas, tratamientos y prácticas), sino también para disponer de su cuerpo para el desarrollo de sus planes y proyectos de vida.

Régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo (art. 26 CCyC)	
NIÑAS HASTA 13 AÑOS	Brindan su consentimiento con asistencia de persona adulta referente. Debe considerarse el interés superior y autonomía progresiva.
ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS	Tienen aptitud para decidir por sí sobre toda práctica que no implique riesgo grave para su salud o su vida. (Práctica no invasiva).
ADOLESCENTES A PARTIR DE 16 AÑOS	Tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta.

## Situaciones en las que se requiere acompañamiento

En general, antes de los 13 años se considera que las personas requieren algún tipo de asistencia para la toma de decisiones sanitarias. No se está hablando de sustitución sino de asistencia. En los casos en que una niña o adolescente no pueda expresar su voluntad es necesario que se adopte una decisión por quienes ejercen responsabilidades de cuidado o las acompañan, con la guía del equipo médico o profesional tratante.

En los casos excepcionales en los que se requiera adoptar decisiones sin la participación de niñas y adolescentes se debe usar el criterio del Interés Superior del Niño, para elegir la alternativa que garantice en mayor medida el ejercicio de sus derechos.

Las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la decisión en el periodo entre los 13 y los 16 años (prácticas invasivas) son aquellas en que existe **evidencia científica** que muestra una probabilidad considerable (alta) de riesgo o que se generarán secuelas físicas. Esta probabilidad se mostrará con estudios clínicos, estadísticas sanitarias y otras fuentes autorizadas y de reconocida calidad.

## Derecho a la participación directa en la toma de decisiones

La atención sanitaria de adolescentes bajo el paradigma de protección integral de derechos supone un desafío para los/las profesionales de la salud del derecho, que deben ejercer su labor dentro de marcos mucho más flexibles. A su vez, tienen la ventaja de contar con los/as adolescentes como sujetos participantes y en ejercicio de sus derechos, por tanto, pueden contar con aliados/as de primera mano para la protección de la salud en la adolescencia: sus propios titulares.

## Consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso que se inicia desde el comienzo de la atención y se prolonga durante toda relación sanitaria. Tiene por finalidad garantizar que el/la persona tome decisiones basadas en la información. Para ello, es necesario que reciba y comprenda toda la información relacionada con su estado de salud, las alternativas disponibles y adecuadas a su situación particular, los riesgos y beneficios asociados a cada una, así como el marco legal que le protege y los derechos que le asisten en el cuidado de su propio cuerpo y su salud.

El consentimiento informado no se trata por tanto de un momento, sino de un proceso de expresión de la voluntad que se va dando a través de la consulta y durante toda la relación sanitaria. Según lo establece la Ley de Derechos del Paciente, el consentimiento será verbal por regla general, salvo las siguientes excepciones previstas en el art. 7 de dicha ley, en las que será por escrito y con firma del/la paciente:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos;
- e) Revocación del consentimiento informado.

### El consentimiento lo emite la persona titular del derecho.

En el caso de NNyA este proceso de consentimiento informado resulta especialmente importante, porque se trata, no sólo de una garantía de sus derechos, sino también de una oportunidad para el ejercicio de la autonomía progresiva y la formación de ciudadanos/as plenos/as.

Es responsabilidad del/la profesional entregar toda la información médica (procedimientos, riesgos, cuidados posteriores, etc.) y no médica (marco legal, apoyo institucional, servicios sociales, etc.) que esté a su alcance, así como hacerlo de manera neutra, para que le permita comprender las opciones disponibles y tomar una decisión de acuerdo a sus convicciones y necesidades individuales. Así también, los/las profesionales deben diseñar una estrategia que permita a NNyA tomar las decisiones de manera informada. Para ello se podrá, simplificar el lenguaje, adecuar la forma y el tiempo empleado en la explicación de toda la información pertinente; fomentar el acompañamiento de personas de confianza con o sin responsabilidades de cuidado, como progenitores, familiares, amigos/as, etc.

• Las niñas menores de 13 años podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos.

Estas/os deberán participar, en conjunto con la niña, en la toma de decisiones y deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña.

• A partir de los 13 años, podrán consentir de manera autónoma, sin acompañamiento, todas las prácticas sanitarias que no pongan en riesgo grave su salud o su vida; esto incluye todos los métodos anticonceptivos reversibles disponibles y la Interrupción Legal del Embarazo en condiciones seguras.

• Se requiere acompañamiento hasta los 16 años para las prácticas que pongan en riesgo grave la salud o la vida de NNyA, a menos que se tratara de prácticas de urgencia y no pudiera obtenerse el consentimiento de forma inmediata.

• Desde los 16 años, la/os adolescentes serán considerado/as personas adultas y totalmente autónomas para la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

La resolución del procedimiento de ILE, sea ambulatorio o en el ámbito de la internación, **dependerá de la evaluación de la situación particular de cada NyA.** En ambas situaciones, se deberá procurar un **acompañamiento de confianza** que pueda estar presente durante todo el proceso, **brindar contención** y detectar **señales de alarma.**

En caso de implementar una ILE ambulatoria, se deberán evaluar los factores contextuales (*barreras geográficas, tiempo de traslado*) que incidan en el acceso pronto y seguro a una guardia hospitalaria.

## Algunas definiciones a tener en cuenta para la evaluación de una situación de ILE en adolescentes

### CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN

Ley 26.994

#### TITULO VII

#### RESPONSABILIDAD PARENTAL

##### CAPITULO 1

#### Principios generales de la responsabilidad parental

ARTICULO 638.- Responsabilidad parental. Concepto. La responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado.

ARTICULO 639.- Principios generales. Enumeración. La responsabilidad parental se rige por los siguientes principios:

- a) el interés superior del niño;
- b) la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo. A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos;
- c) el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

##### CAPITULO 3

Deberes y derechos de los progenitores. Reglas generales.

c) respetar el derecho del niño y adolescente a ser oído y a participar en su proceso educativo, así como en todo lo referente a sus derechos personalísimos;

##### CAPITULO 7

Deberes y derechos de los progenitores e hijos afines

ARTICULO 672.- Progenitor afin. Se denomina progenitor afin al cónyuge o conviviente que vive con quien tiene a su cargo el cuidado personal del niño o adolescente.

#### SECCION 2ª

Persona menor de edad

ARTICULO 26.- Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.

No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede

intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

#### RESOLUCIÓN 65/2015

#### 2.2. Sobre los criterios de interpretación del art. 26 a efectos de indicar criterios etarios para la presunción de autonomía en adolescentes

“... en aquellos casos en los que sea necesaria la asistencia para el consentimiento de la NNyA, la interpretación adecuada del término “progenitores” del artículo 26 del CcyC (según el contenido del artículo 59 del CcyC; ley de derechos del paciente; decreto de la ley de salud sexual), en cuanto se refiera a las prácticas relacionadas con el cuidado del cuerpo, debe ser interpretado de forma que permita que las personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado puedan participar y acompañar a NNyA en el proceso de consentimiento informado y toma de decisiones sanitarias. Esto por cuanto se trata de un derecho personalísimo como la atención y el cuidado de la salud. De esta manera, cualquier “allegado” (artículo 59 del CcyC) o referente afectivo (artículo 7 Decreto 415/2006 reglamentaria de la Ley 26.160) podría asistir a la NNyA en el consentimiento de dichos actos.

#### DECRETO 415/06. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Artículo 7: Se entenderá por “familia o núcleo familiar”, “grupo familiar”, “grupo familiar de origen”, “medio familiar comunitario”, y “familia ampliada”, además de los progenitores, a las personas vinculadas a los niños, niñas y adolescentes, a través de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada. Podrá asimilarse al concepto de familia, a otros miembros de la comunidad que representen para la niña, niño o adolescente, vínculos significativos y afectivos en su historia personal como así también en su desarrollo, asistencia y protección. Los organismos del Estado y de la comunidad que presten asistencia a las niñas, niños y sus familias deberán difundir y hacer saber a todas las personas asistidas de los derechos y obligaciones emergentes de las relaciones familiares.

Según la Ley provincial N° 2226/05 en su art. 2° se considerará persona con discapacidad “a toda aquella persona que presente una alteración funcional permanente o prolongada, motora, visceral, mental, sensorial o múltiple que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”; la Convención Universal por los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada en la Argentina por Ley 26.378), se consideran personas con discapacidad a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. La normativa vigente (Código Penal y sentencia “F., A. L.” de la CSJN) alude como causal de ILE un “atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”; esta referencia debe comprenderse como la situación de violación a una persona con discapacidad mental o intelectual.

Como fue reconocido por la Convención y la Ley 26.378, las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto de las personas. El servicio sanitario no debe actuar sin tener en cuenta o suprimiendo la voluntad de las mujeres discapacitadas, sino que, por el contrario, y, en primer lugar, debe proporcionarles las herramientas que aseguren su participación en todo acto.

En las situaciones en las que la mujer con derecho a acceder a una ILE (ya sea por riesgo para la salud, la vida o por violación) tenga discapacidad psicosocial o mental, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía. Para esto, debe proveerle toda la información necesaria, de forma accesible y adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las circunstancias. Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles. Una alternativa posible es que se solicite a la mujer que elija una o más personas de su confianza para que le presten el apoyo necesario. En caso de no contar con ellas, lo más adecuado y conveniente es designar, con acuerdo de la mujer, a una persona idónea para esto. De esta forma, el procedimiento del consentimiento informado cumplirá con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad. Todo lo actuado debe ser documentado en la HC.

En el caso de las personas declaradas incapaces judicialmente deberá asistirles en el proceso de la consulta y la toma de decisiones su representante legal, quien debe firmar también el consentimiento informado.

Por otro lado, bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de la discapacidad intelectual-mental; en este sentido, la CSJN dice que la solicitud de cualquier tipo de acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada en caso de violación, es

considerada como una práctica burocrática dilatoria de la ILE que encubriría la denegación ilegal del aborto (CSJN, 2012: considerando 24).

#### Conservación de los tejidos

En los casos en que la ILE se haya realizado por causal de violación es conveniente conservar el material para un eventual estudio de ADN.

El material deberá preservarse, tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación, para ello debe garantizarse la esterilidad de los recipientes contenedores de las muestras y la utilización de guantes al momento de la manipulación de las muestras biológicas a ser analizadas.

El material puede ser recolectado de dos maneras:

1. Colocar el material obtenido en un frasco con sal gruesa, preparado previamente para este fin, el cual debe ser rotulado con la identificación del tipo de muestra y asociado a la paciente a la cual se practicó la ILE. Esta forma de recolectar la muestra es la recomendada ya que el material puede ser preservado a temperatura ambiente hasta el momento de remitirse al laboratorio de ADN.

2. Colocar el material en frasco estéril, sin ningún tipo de conservante ni líquido, el cual debe ser rotulado con la identificación del tipo de muestra y asociado a la paciente a la cual se practicó la ILE. Colocar inmediatamente en freezer hasta el momento del envío al laboratorio, el cual debe realizarse manteniendo la cadena de frío.

En ambos casos debe completarse el correspondiente **formulario de cadena de custodia** que acompañara, sin excepción, la muestra en todo proceso. En caso de no contar con los recipientes antes mencionados remitirse al siguiente contacto: **laboratorio-gen@juslapampa.gob.ar**

DE LOS EQUIPOS  
DE SALUD



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

# 5

## DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Según se expresa en la Resolución N° 1789/18 del Ministerio de Salud, es de vital importancia contar con equipos interdisciplinarios para llevar de manera integral el abordaje de las solicitudes de ILE, pero es necesario aclarar que, el no contar con el equipo constituido y/o que faltare alguno de sus miembros, **NO RESULTA CONDICIONANTE PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**; el profesional que recibe la solicitud de ILE debe abordarla teniendo en cuenta los principios rectores que en la presente Guía se establecen.

Los profesionales de la salud tienen imposibilidad de eludir sus responsabilidades profesionales. Si algún profesional insiste en sus conceptos personales, religiosos y/o morales no puede ser considerado más que como una barrera al acceso a los servicios de salud. Para garantizar el derecho a acceder a ILEs es necesario que los efectores de salud generen las condiciones necesarias para brindar el servicio, que tengan pleno conocimiento de la legislación existente y sus exigencias. En este sentido ofrecer una atención integral para la interrupción legal del embarazo implica:

- **Brindar un trato humanitario** que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física;
- **Garantizar la atención clínica adecuada** de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos en vigencia;
- **Intercambiar información amplia y completa** con las personas involucradas para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado;
- **Ofrecer consejería** en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento. Las personas que tienen un embarazo producido en un contexto que les da derecho a la ILE atraviesan momentos difíciles, que requieren una atención integral y de calidad.

Asimismo, el abordaje de las situaciones que requieren una ILE puede resultar complejo para los profesionales de la salud. Por esto, es recomendable que los servicios que realicen esta práctica cuenten con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas que brinden una atención conjunta, generen espacios de discusión y efectúen interconsultas cuando sea necesario.

Los equipos que realicen ILE deberían incluir médicos/as tocoginecólogas/os, generalistas, clínicas/os, anestesiólogas/os y pediatras; psicólogas/os; trabajadoras/es sociales; obstétricas; enfermeras/os. Asimismo, que el personal administrativo esté sensibilizado con la temática y facilite la accesibilidad de las personas. También es importante que el equipo establezca vínculos con los diferentes servicios del establecimiento de salud para facilitar las interconsultas y las derivaciones oportunas.

En situaciones que requieran de una derivación, por alguna dificultad; la mujer debe concurrir con una copia del consentimiento informado para que el profesional que la recibe tenga la información necesaria y se tome en consideración la evaluación de los profesionales de salud que derivan, evitando la presencia de maniobras dilatorias.

Cabe destacar que la presencia de los profesionales mencionados dos párrafos arriba representan la situación de máxima de un equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud, pero la ausencia de cualquiera de ellos no debe representar un factor obstaculizador para el abordaje de las situaciones que requieren una ILE.

## 5.1.-RECEPCIÓN-ORIENTACIÓN- INFORMACIÓN:

El contacto con el sistema de salud de una persona en condiciones de acceder a la interrupción legal del embarazo puede darse a partir de distintas situaciones. Si bien es posible que sea la mujer la que se acerque para solicitar la ILE, en muchos casos es el equipo de salud el que detecta que la persona que está atendiendo presenta alguna de las causales que le dan derecho a solicitar la práctica. En estos casos, el profesional interviniente debe ofrecer a la mujer una consejería o referenciarla donde pueda realizarla, para que ella pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si ella lo decide, se debe disponer la realización de la ILE lo antes posible. Algunas de las situaciones posibles son:

Que una mujer embarazada que conoce su derecho de acceder a una ILE solicite la práctica.

Que exista una consulta o derivación desde un servicio especializado sobre una mujer con una enfermedad de base que se ha embarazado.

Que durante el curso del embarazo se realice el diagnóstico de una enfermedad que pueda poner en riesgo la salud o la vida de la mujer.

Que en la guardia o en cualquier consulta una mujer exprese que el embarazo que cursa es producto de una violación.

Que se presente a la consulta una persona con discapacidad intelectual o mental, sola o acompañada, embarazada producto de una violación.

Que los profesionales de la salud detecten en una embarazada un caso de violencia de género o de violaciones intramaritales.

. Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo pueda representar un riesgo para la salud física, psíquica o social de la mujer.

Los riesgos asociados con la interrupción del embarazo, si bien son mínimos cuando se realiza adecuadamente, aumentan con la edad gestacional. Asimismo, los procedimientos que pueden ser utilizados para la interrupción durante el primer trimestre son menos invasivos y pueden realizarse de manera ambulatoria.

Todos los profesionales de la salud tienen un rol fundamental en la información y orientación a las mujeres amparadas por el derecho a la interrupción legal del embarazo. En muchos casos, la intervención puede comprender el dar información, contención emocional, orientación y derivación asistida a un equipo que en ese u otro efector de salud pueda realizar la consejería y el procedimiento médico.

Cursar un embarazo en el contexto de una de las causales que describe la ley (*tanto de salud como de violación*) representa una vivencia que, por lo general, implica angustia, sufrimiento, dudas, ambivalencia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento.

Los casos encuadrados en la causal salud pueden tratarse de embarazos deseados, lo que suma una dificultad para tomar la decisión y a veces origina sentimientos de culpa. A todo esto, puede agregarse la preocupación por ser juzgada, a que se le niegue la atención o a sufrir maltrato.

# ESQUEMA DE ATENCIÓN | PERSONAS EMBARAZADAS

RECEPCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

CONSEJERÍA EN DERECHOS  
TRANSPARENCIA ACTIVA

CAUSAL ILE  
INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN

RIESGO PARA LA VIDA

RIESGO PARA LA SALUD

VIOLACIÓN

¿DECIDE INTERRUPIR?

SI

NO

- ⦿ APERTURA DE H.C.
- ⦿ CONSENTIMIENTO INFORMADO
- ⦿ EN CAUSAL VIOLACIÓN; DECLARACIÓN JURADA
- ⦿ EVALUACIÓN MÉDICA
- ⦿ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

CONTROL DEL EMBARAZO

PROCEDIMIENTO DE INTERRUPCIÓN

**AMBULATORIO**  
EN CENTROS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA U HOSPITAL

**CON INTERNACIÓN**  
EN LAS SITUACIONES QUE  
LA REQUIERAN

SEGUIMIENTO POS EVENTO

## 5.2.- CONSEJERÍA EN OPCIONES:

La Consejería en Opciones representa un espacio institucional de información basada en los principios de la toma de decisiones informada y voluntaria; la autonomía en la toma de decisiones; la no discriminación; la confidencialidad y privacidad.

En la situación de las mujeres que tienen derecho a acceder a la ILE, la consejería consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo, y en los casos en que los hubiera, los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones.

Es necesario que la persona que toma la decisión cuente con la información adecuada para poder evaluar las diferentes opciones. Esta información debe ser válida, oportuna y expresada en términos sencillos y claros. Se recomienda la utilización de materiales didácticos para hacer más comprensibles las explicaciones.

Algunos de los ejes para el desarrollo de la consejería, según la situación y las necesidades de la mujer, son:

- **Informar sobre los requisitos necesarios** para acceder a una ILE según causales.
- En los embarazos encuadrados en la causal salud, **describir los riesgos asociados** a la continuación del embarazo.
- En los casos de violación, **informar sobre la opción de denunciar**, pero aclarando que no es un requisito para poder acceder a la práctica de una ILE.
- **Detallar los procedimientos posibles** para la interrupción del embarazo
- **Interiorizarse sobre la red de apoyo** con la que cuenta la mujer.
- **Ofrecer y acordar anticoncepción post aborto.**

Se debe ofrecer a la mujer una atención ágil, integral y de calidad. Es recomendable que la misma se realice en forma interdisciplinaria o que quien la efectúe trabaje en equipo. En los casos encuadrados en la causal salud, cuando se trate de riesgo físico, es importante contar con el aporte de los especialistas correspondientes.

Es importante aclararle a la mujer que no se realizará ninguna práctica sin su consentimiento y ofrecerle, si lo desea, que puede acompañarla en la consulta la persona que ella elija.

Es fundamental que en la entrevista la mujer se sienta cómoda y contenida, y que vea que no se están juzgando ni recriminando sus acciones.

La consejería fortalece la dimensión psico-social de la atención en salud, que, junto a la dimensión clínica, procura que la persona se constituya en sujeto de la salud, es decir, protagonista de la consecución de su propio estado de completo bienestar físico, mental y social.

### 5.2.1.- Escucha:

El espacio de Consejería representa una consulta educativa que se realiza a través de la escucha activa. Escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la mujer y estar atento/a al motivo por el cual solicita la interrupción de embarazo. Se requiere de una actitud libre de prejuicios para que la mujer se sienta contenida y cómoda, lo cual es imprescindible para que el equipo de salud pueda establecer una buena y fluida relación con ella.

### 5.2.2.- Primera entrevista:

Cuando se realiza la primera entrevista, la mujer puede tener una decisión tomada con respecto a la continuidad o no de su embarazo, o encontrarse en pleno proceso de reflexión.

En el primer caso, si la opción elegida es la interrupción, el equipo de salud debe garantizar que el procedimiento se lleve a cabo lo antes posible. Si la persona no ha tomado aún una decisión es fundamental acompañar y respetar su proceso.

Según la edad gestacional, en el momento de la consejería se podrá esperar los tiempos propios de la persona en el proceso de toma de decisión o será necesario informarle sobre los riesgos que involucran dilatar el procedimiento y acompañarla para agilizar la toma de decisiones.

Si bien se debe intentar realizar las interrupciones durante el primer trimestre del embarazo, diversas situaciones pueden hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas; por ejemplo, cuando se presenta una enfermedad grave en una edad gestacional avanzada. También puede tratarse de un caso de abuso o violación en el que la mujer consulte tardíamente por lo dificultoso que suele ser develar estas situaciones o por miedo, vergüenza o algún otro motivo.

### 5.2.3.- Consultas de adolescentes:

Es importante que los equipos de salud respeten sus derechos y desarrollen capacidades para el abordaje integral de la sexualidad con la población de esa franja etaria. Esto incluye una habilidad especial para recabar los datos necesarios para completar la Historia Clínica. Se sugiere ser especialmente amable, formular preguntas simples en un lenguaje entendible, repitiéndolas de ser necesario, 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 estimularlas a hablar. Como en el caso de los adultos, es esencial que se les garantice claramente la confidencialidad y que la/el médica/o les asegure que no compartirán con nadie la información de la consulta.

Ante la constatación de determinantes de riesgo para la salud psicosocial de la mujer y si lo estima necesario, el/la médico/a tratante podrá realizar una interconsulta con un profesional del campo de la salud mental y/o del trabajo social, según el caso.

## 5.3.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En relación con las/los profesionales de la salud es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les pueden corresponder en caso de no cumplirlas, así como el derecho a presentar una objeción de conciencia.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) plantea que las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una ILE, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto.

## 5.4.- OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica de ILE, siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica (CSJN, 2012). **La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional.** De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica.

En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a la autoridad que corresponda; es decir que solo podrá ejercerlo cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes. Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están **obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE** si constatan alguna de las causales que lo justifican. En ese caso el/la profesional debe referenciarla inmediatamente a un/a profesional no objetor para que continúe la atención. De no existir alguien encuadrado en esa categoría (“no objetor”), debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE.

## CONSIDERACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

La atención de mujeres embarazadas que solicitan la ILE implica **PARA LOS EQUIPOS DE SALUD LA RESPONSABILIDAD DE OFRECER UNA ATENCIÓN DE CALIDAD, que garantice el respeto de sus derechos.** Sin embargo, la atención de las personas en esta situación suele poner en juego tensiones y conflictos que involucran al conjunto del equipo de salud tanto en lo personal como en el aspecto institucional. Esto puede influir negativamente en el acceso a la atención, la calidad de la misma, y la salud actual y futura de las mujeres. La reflexión y el debate en el equipo pueden contribuir a detectar y analizar estas tensiones y conflictos. Esto puede permitir que se genere un espacio donde consensuar procedimientos y mecanismos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos tanto de las usuarias como de las/los profesionales de la salud. Esta práctica también facilita que se puedan repensar percepciones, prácticas y actitudes de las/los integrantes del equipo de salud en la atención de las personas que se encuentren en la situación descrita. **El principal desafío reside en construir un vínculo con las mujeres en un ámbito de contención física y emocional, de respeto hacia la situación particular de cada una y a la decisión que tome, y que garantice la confidencialidad.** Algunas herramientas para avanzar en ese camino son:

- Tener en cuenta que, más allá de que se pueda compartir o no la elección de interrumpir o continuar el embarazo, es importante considerar que el contexto en que las mujeres deben tomar sus decisiones es complejo y muchas veces estas pueden implicar contradicciones y sufrimiento. **Una escucha abierta, que RESPETE LOS SENTIMIENTOS Y LAS DECISIONES, mejora el vínculo y permite una mejor atención.**
- Considerar que la intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. **Una ACTITUD DESPREJUICIADA, PACIENTE Y RESPETUOSA es determinante para que la persona pueda tomar la decisión que considere más adecuada para su vida y adoptar prácticas de cuidado para su salud.**

MOMENTOS QUE  
SE DESPRENDEN  
DE LA CONSEJERÍA



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

# 6

## MOMENTOS QUE SE DESPRENDEN DE LA CONSEJERÍA EN OPCIONES (ver esquema de atención en situaciones de ILE Espág 22)

### 6.1.- HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental que en la HC se consignen todos los pasos realizados durante el proceso de atención: consejería en opciones, anamnesis, evaluación física, realización de estudios complementarios en los casos en que sea necesario, interconsultas si las hubiere, etc. También debe adjuntarse la documentación requerida para acceder a la práctica: el consentimiento informado y, en los casos de violación, la declaración jurada en la que la persona manifiesta haber sido víctima de un hecho de ese tipo.

Si bien pertenece a la mujer, la Historia Clínica completa es el documento que avala y respalda todas las acciones realizadas por el equipo de salud. Es recomendable que cuando la causal salud se deba a una enfermedad de base, se asienten en la HC las interconsultas, en caso de que se realicen, o se cuente con una derivación por escrito del médico tratante, si es que existen. Todas las prácticas e intervenciones que se realicen, ya sea de manera ambulatoria o con internación, deben registrarse tanto en la HC como en los otros sistemas de registro establecidos según la institución o jurisdicción correspondiente.

### 6.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como se dijo, el consentimiento informado recorre todo el proceso de atención e implica que la persona pueda contar con toda la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. La/el profesional debe brindar información y generar el espacio para que la mujer realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos. El resultado del proceso de consentimiento informado es el documento escrito, que debe constar en la HC, donde la persona manifiesta haber recibido información y decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente las posibilidades y riesgos de interrumpir el embarazo que cursa. Este documento debe ser firmado por la persona a quien se le realizará la práctica (*Ver Anexo Solicitud – Consentimiento Informado*)

Las niñas menores de 13 años, podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos. Estas/os deberán participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña. (*Ver anexo de autonomía progresiva*).

En los casos de personas con discapacidad intelectual o mental, se recomienda que la mujer cuente durante todo el proceso con el apoyo de alguien de su confianza (*que puede o no ser el representante legal*) que la acompañe y asista para que pueda llegar a una mejor comprensión y a una decisión autónoma e informada. Si la mujer está declarada judicialmente incapaz, el consentimiento informado debe ser firmado por ella y por el representante legal.

### 6.3.- DECLARACIÓN JURADA

Cuando la mujer que consulta manifieste que el embarazo que cursa es producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitarle que realice una declaración jurada en la que exprese haber sido víctima de un hecho de ese tipo. Bajo ninguna circunstancia es necesario que describa los hechos y detalles, incluso si en el modelo de HC o consentimiento que se utilice se solicitan. En ningún caso corresponde pedirle otro tipo de constancia, documentación o información que la declaración jurada, ni que realice gestión alguna ante otras personas o instituciones. Tampoco es requisito la denuncia policial o judicial. En el Anexo se adjunta un modelo de declaración jurada, pero en caso de no disponer del mismo, basta con unas líneas firmadas por la mujer en la Historia Clínica en las que afirme que el embarazo es resultado de una violación.

En el caso de menores de 13 años, como la ley considera que siempre una relación sexual con una niña es una violación, se podrá realizar la declaración jurada, pero esta no es necesaria. En el caso de mujeres declaradas judicialmente incapaces también debe firmar el representante legal.

**El consentimiento informado y la declaración jurada son los únicos requisitos que se debe solicitar a la mujer para realizar una ILE producto de una violación.** (Ver Anexo declaración jurada).

#### 6.4.- EVALUACIÓN MÉDICA

En los casos en que la mujer opte por realizar la interrupción del embarazo, la/el médica/o tratante debe valorar cuál es el método más apropiado para realizarla. El procedimiento a utilizar dependerá de la edad gestacional, el deseo de la mujer y las posibilidades del centro asistencial. Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar la fecha de la última menstruación, el examen pélvico bimanual, abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse el análisis de laboratorio o una ecografía (OMS, 2012).

#### 6.5.- ANAMNESIS

El objetivo de la anamnesis es poder estimar la edad gestacional y a su vez, identificar las posibles contraindicaciones para los distintos procedimientos y aquellos factores que puedan suponer un mayor riesgo de complicaciones. Debe incluir:

**Antecedentes de situación actual:** fecha de la última menstruación (*FUM*). Edad gestacional. En caso que la causal salud sea por una enfermedad de base, estado clínico y tratamientos que realiza.

**Antecedentes médicos y quirúrgicos:** vacunación (incluida la antitetánica y la isoimmunización anti-RHO), trastornos de sangrado o coagulación, antecedentes de otras enfermedades, alergias a medicamentos, medicaciones que toma en el momento de la consulta, etc.

**Antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes:** embarazos anteriores y sus resultados, antecedente de embarazo ectópico, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando alguna ITS o si vive con VIH y está realizando algún tratamiento.

**Antecedentes psicosociales:** indagar si cuenta con una red de contención, ya sea familiar, de una pareja o social. Detectar si ha sido víctima de violencia doméstica o si presenta consumo problemático de sustancias, patologías psicológicas o psiquiátricas. En caso de considerarse pertinente, realizar la interconsulta correspondiente.

#### 6.6.- EXAMEN FÍSICO

Antes de iniciar el examen físico, explicarle a la persona en qué va a consistir y cuál es el propósito. En especial durante el examen ginecológico es importante informarle lo que se va a realizar, qué puede sentir y tranquilizarla. Es indispensable solicitarle siempre a la mujer su aprobación y cuidar la privacidad durante todo el examen. También, ofrecerle la opción de estar acompañada, si lo desea. El examen debe incluir:

Examen físico general completo.

Examen ginecológico. Suele ser más preciso y confiable si la mujer orina antes; permite orientar la edad gestacional.

#### 6.7.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si las características clínicas y los antecedentes personales (como por ejemplo, de embarazo ectópico, cirugía tubaria o presencia de DIU) generan la sospecha de un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo o derivar a la mujer a un centro que tenga la capacidad para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

#### 6.8.- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

**Laboratorio:** se sugiere solicitud de identificación de ITS (V.D.R.L.- HIV- Hepatitis C, Hepatitis B, etc.)

**Ecografía:** La solicitud de esta práctica debe estar codificada de la siguiente manera:

*Se sugiere la siguiente codificación  
Z64.0 – embarazo no deseado/ILE.*

*“Ante diagnósticos de embarazos ecográficos no certeros (Huevo Muerto y Retenido, Embarazo ectópico, anembrionado, etc.); considerar la espera necesaria para la continuidad del abordaje”*

PROCEDIMIENTO  
PARA REALIZAR  
LA INTERRUPCIÓN  
LEGAL DEL EMBARAZO



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

# 7

## PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

Como se mencionó, las opciones terapéuticas para realizar una ILE dependen de la edad gestacional, el deseo de la mujer y las posibilidades del establecimiento asistencial. Es esencial realizar una adecuada consejería previa en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la persona pueda tomar su decisión basada en una información completa.

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres que requieren una ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria. Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para ILEs en todos los establecimientos asistenciales que componen el sistema de salud para atender a mujeres que presenten eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica estricta.

Aquellos establecimientos asistenciales que no cuenten con equipos interdisciplinarios para abordar las distintas situaciones de solicitud de interrupción del embarazo deben garantizar la recepción, información y orientación (*según lo establece el punto 4 de la presente Guía en su totalidad*) y solicitar la asistencia técnica al Ministerio de Salud quien establecerá los dispositivos adecuados para cada situación.

Aquellos establecimientos asistenciales que no cuenten con el equipamiento adecuado para realizar el procedimiento instrumental de la interrupción del embarazo (*luego de haber realizado el procedimiento medicamentoso*) deben garantizar una derivación asistida y acompañada de la mujer a un establecimiento asistencial que cuente con el equipamiento; de manera ágil y sin retrasos y/o barreras para que reciba la atención integral tempranamente (*OMS, 2012*)

# 8

## VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH

### VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH

La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoimmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (*9 semanas*). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de ILE en embarazos tempranos. Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes o durante el procedimiento (*OMS, 2012*). Por su parte, la International Planned Parenthood Federation recomienda que si una mujer Rh-negativa va a administrarse misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina anti-Rh el día en que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular (*IPPF, 2012*). Si la mujer no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto.

# 9

## EVALUACIÓN UTERINA

### EVACUACIÓN UTERINA

Esquema de presentación de opciones terapéuticas para la interrupción de embarazo de acuerdo a las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Anexo Esquema métodos recomendados para la interrupción de embarazo OMS.

PROCEDIMIENTO  
MEDICAMENTOSO



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

# 10

## PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible en todos los países y en esos casos habitualmente se emplean regímenes de misoprostol solamente, que es el caso de la Argentina y la provincia de La Pampa, por lo que en el presente guía se describe el esquema de la administración del misoprostol.

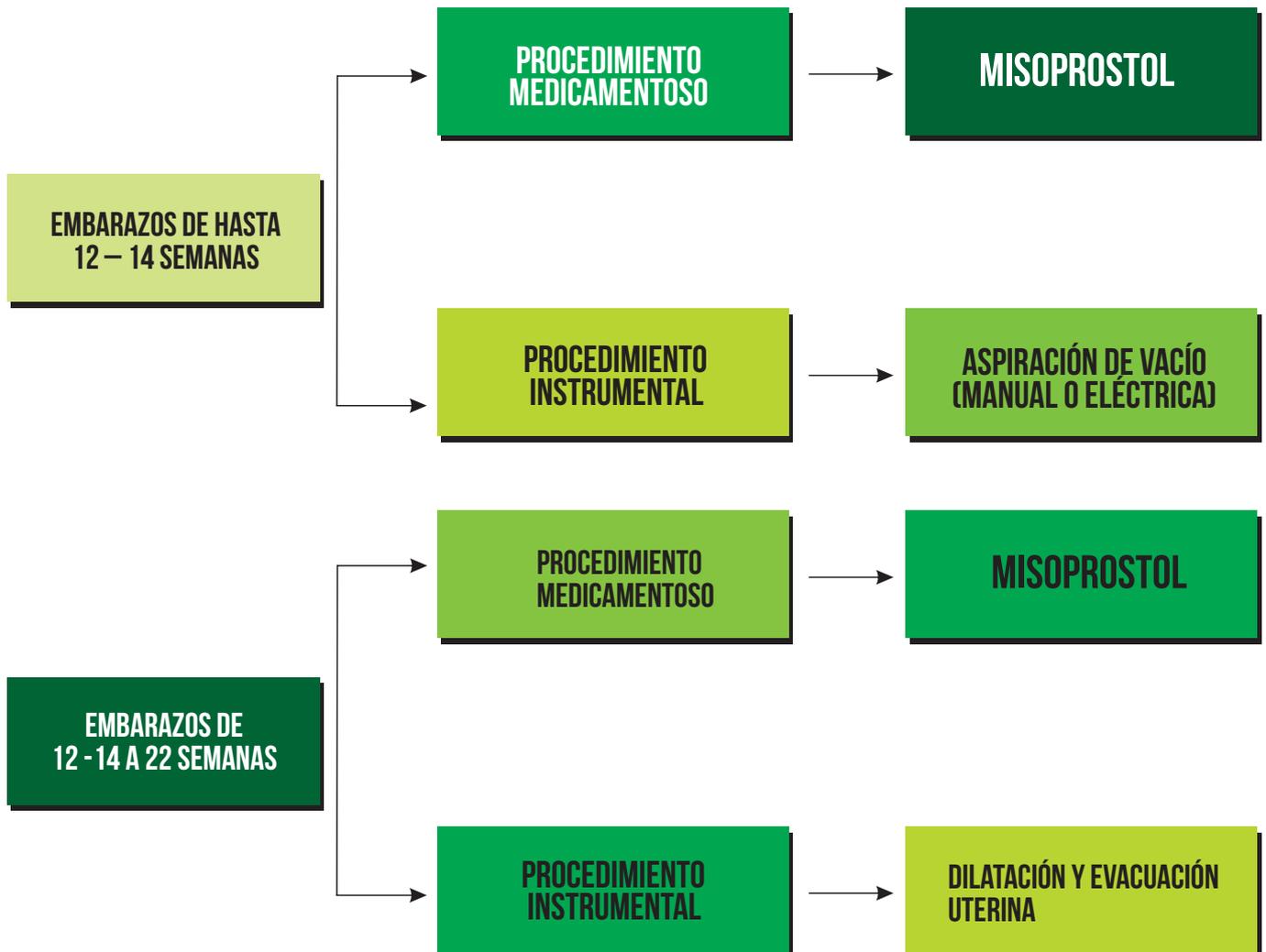
Los efectores de salud deben contar con el instrumental adecuado para realizar procedimientos de evacuación una aspiración de vacío.

La medicación recomendada (*misoprostol*) y el instrumental para aspiración de vacío (*AMEU*).

La provincia de La Pampa cuenta con **misoprostol**, el mismo debe ser solicitado por el **Sistema Informático de Salud (SIS)** al Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud. (*Ver Anexo Código de Medicación Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia*).

### 10.1.1- Manejo ambulatorio

#### Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2012)



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

“La OMS y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), recomiendan el uso de misoprostol en el hogar en embarazos menores o iguales a 9 semanas, (63 días) a partir de la FUM. De acuerdo a FLASOG, en gestaciones menores de 12 semanas, el tratamiento puede ser implementado sin requerir hospitalización, dependiendo de las condiciones particulares de cada mujer (FLASOG, 2013).” Para que la mujer pueda llevar a cabo el procedimiento médico en el hogar, es indispensable que el equipo tratante:

- Brinde la consejería previa para que la mujer pueda decidir informadamente realizarlo de esa forma. Garantice a la mujer la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos, por si llegara a requerirlos.

- Cumplimente todos los requisitos administrativos: Historia Clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.

- Corrobore que comprenda las consignas y las pautas de alarma.

- Evalúe que no presente comorbilidades que pudieran poner en riesgo su salud.

## MISOPROSTOL

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada. Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINES, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, hasta fines de 2014 la ANMAT no había

avalado estas indicaciones. Sin embargo, en muchos países los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro

original. Este uso, conocido como off label o “fuera de etiqueta”, es una práctica bastante común y aceptada. Por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice: “La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas [...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos” (citado en Gynuity, 2009b y FLASOG, 2013). Acuerde visitas de seguimiento post procedimiento

Una vez que se establece que es posible llevar a cabo el tratamiento en el hogar y la mujer acepta esta opción, se le debe explicar cómo debe realizarlo, brindando información clara y precisa sobre qué esperar en relación con la hemorragia vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer las complicaciones. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería. Es muy importante establecer un vínculo personalizado entre la mujer y el profesional o equipo de salud que la asiste. De esa manera ella cuenta con un referente a quien recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier inconveniente.

### 10.1.2.- Manejo en internación

Se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas mujeres que presenten las siguientes situaciones:

- Embarazos mayores a 12 semanas.
- Embarazos menores a 12 semanas que no cumplan con los requisitos para tratamiento ambulatorio.
- Mujeres víctimas de violación que han realizado una denuncia policial, en cuyo caso es necesario garantizar las medidas necesarias para conservar el material para un estudio de ADN.
- Mujeres cuya condición clínica haga necesario un control estricto durante el procedimiento.

“

### MISOPROSTOL

El misoprostol, por ser un análogo de la prostaglandina E1, que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada. Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINES, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, hasta fines de 2014 la ANMAT no había avalado estas indicaciones. Sin embargo, en muchos países los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro original. Este uso, conocido como off label o “fuera de etiqueta”, es una práctica bastante común y aceptada. Por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice: “La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas [...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos” (citado en Gynuity, 2009b y FLASOG, 2013).”

### **10.1.3.- Esquema médico**

En la siguiente tabla se detallan las dosis recomendadas para realizar el procedimiento medicamentoso con el esquema de misoprostol.

*(Ver anexo Procedimiento medicamentoso con misoprostol).*

## PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO CON MISOPROSTOL

SOCIEDAD CIENTÍFICA	EDAD GESTACIONAL	DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y ESQUEMA
Organización Mundial de la Salud (OMS 2018)	< 12 semanas <u>Ambulatorio</u> (90 días)	Misoprostol dosis 800 mcg vaginal, sublingual o bucal. <b>4 comprimidos de 200 mcg = 1 ciclo de Misoprostol cada 3 horas</b> Si no se efectúa la expulsión, <b>repetir otro ciclo entre las 24 y 72 hs.</b> Si lo indicado no resulta, derivar a nivel de mayor complejidad.
	< 12 semanas <u>con Internación</u> (90 días)	Misoprostol dosis 800 mcg vaginal, sublingual o bucal. Completar un ciclo. Repetir dosis hasta expulsión.
	>12 semanas (Se sugiere Internación)	Misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 hs. <b>(Sin máximo de dosis)</b>
Ipas (2018)	< 13 semanas	Misoprostol 800 mcg sublingual o vía vaginal* cada 3 horas
	> 13 semanas	Misoprostol 400 mcg vía sublingual o vaginal* cada 3 horas hasta la expulsión de feto y placenta.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2017)	< 13 semanas	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 horas o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo)***
	> 13 semanas	13 a 24 semanas: Misoprostol 400 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 3 horas **** (En casos con antecedentes de cesárea o cicatriz uterina, usar la mitad de la dosis).

1- Otros esquemas: 25 a 26 semanas: 200 mcg vía vaginal\*\*, sublingual o bucal, cada 4 horas, 27 a 28 semanas: 200 mcg vía vaginal\*\*, sublingual o bucal, cada 4 horas, >28 semanas: 100 mcg vaginal\*\*, sublingual o bucal cada 6 horas.

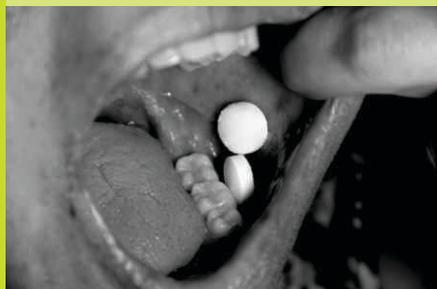
\* En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (Ipas, 2018).

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

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

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

## VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.



### 10.1.4.- Vías de administración

Si bien las vías recomendadas por OMS, FLASOG y FIGO son la sublingual, la oral y la vaginal, también es posible utilizar el misoprostol por vía bucal. Diferentes estudios han demostrado que esta forma de administración es tan eficaz como la vaginal (IPAS, 2013). En la administración por vía bucal, el comprimido de misoprostol c/diclofenac se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal (Figura 1), mientras que por la vía sublingual se aplica bajo la lengua (Figura 2). El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos (FLASOG, 2013).

Cuando se utiliza la vía vaginal, se recomienda humedecer las tabletas con agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la absorción, previo al momento de su colocación en el fondo de saco vaginal (FLASOG, 2013). En los casos en que se utilicen comprimidos de misoprostol asociado a diclofenac, se recomienda que antes de aplicarlo se extraiga el núcleo del comprimido, compuesto por diclofenac, y se descarte. Es importante considerar que algunas mujeres prefieren evitar la vía vaginal. Tener esto en cuenta especialmente en niñas y adolescentes, y cuando el embarazo es producto de una violación o abuso, ya que esta forma de aplicación podría implicar una situación traumática. En estos casos ofrecer especialmente la vía sublingual o bucal.

### 10.1.5.- Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo (FLASOG, 2013). Es importante resaltar que el resultado dependerá del tiempo de espera para obtener el efecto deseado. Así, entonces, la tasa de abortos en las primeras 24 horas es superior al 80% y se incrementa a medida que transcurre el tiempo, hasta lograrse resultados muy exitosos alrededor de las 72 horas posteriores a la administración. En la mayoría de los casos la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

### 10.1.6.- Precauciones para el uso de misoprostol

Si la mujer tiene colocado un DIU, se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol. Y si se encuentra amamantando, es importante recomendar que deseché la leche materna durante las primeras horas después de la administración de misoprostol (Gynuity, 2009a). No se recomienda el uso de misoprostol en mujeres con las siguientes condiciones (FLASOG, 2013):

- Disfunciones hepáticas severas, dado que el misoprostol se metaboliza principalmente en el hígado.
- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatías o tratamiento en curso con fármacos anticoagulantes.
- Alergia reconocida a las prostaglandinas

*Se requiere precaución y la interconsulta con un especialista en el caso de las mujeres que usan corticoesteroides a largo plazo, así como con las que tienen trastornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatías preexistentes o factores de riesgo cardiovascular.*

### 10.1.7.- Profilaxis antibiótica

Luego de una interrupción realizada con un procedimiento médico, el riesgo de infección intrauterina es muy bajo; por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2012).

### 10.1.8.- Información y recomendaciones para la mujer

Es importante informar a la mujer sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle cuando se encuentre en su domicilio. Estos incluyen:

**Sangrado:** normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.

**Dolor o cólicos abdominales:** normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma del misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno.

**Síntomas gastrointestinales:** pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros.

**Fiebre/escalofríos:** ocurren ocasionalmente y son pasajeros, suele ser una febrícula y cede con dosis habituales de AINES.

• También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos, como ibuprofeno.
- Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos.

### 10.1.9.- Seguimiento

En los casos en que se realice el tratamiento ambulatorio utilizando misoprostol solo, se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores, no antes para permitir que pueda completarse el proceso de expulsión. No se recomienda la realización de examen físico de rutina o de ecografías antes de la fecha mencionada. Debe realizarse solo ante la presencia de síntomas que lo ameriten (OMS, 2019). Igualmente, en algunos casos puede resultar importante mantener una consulta antes de este tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.

Si en el momento de la visita de seguimiento se constata que la mujer se encuentra cursando un aborto incompleto,

según el criterio médico y la preferencia de la mujer, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una evacuación instrumental. En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarlo o de derivar a la mujer a otro efector de salud donde cuenten con esta opción.

Se recomienda la espera de 7 días luego de la administración del tratamiento medicamentoso para realizar un procedimiento instrumental (AMEU), a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección.

Estas pautas también deben tenerse en cuenta en los casos de mujeres con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación.

En los casos de embarazos mayores a 12 semanas, luego del tratamiento medicamentoso, si se constata un aborto incompleto, se procederá a completar la evacuación uterina mediante un procedimiento instrumental.

Para más información, ver la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” (PNSSyPR, 2015) o actualizaciones posteriores.

## 10.2 EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL

La práctica de ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental, de aspiración de vacío. La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.

El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos.

**Por recomendación de la OMS (2018b), el legrado o raspado uterino debe ser usado cuando ninguno de los otros métodos está disponible.**

En la presente Guía se desarrollará la técnica de aspiración de vacío, que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica (mediante una bomba eléctrica), o manual (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano [AMEU]). Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer en qué consiste y cómo es el seguimiento posterior (duración; posibles efectos secundarios, como dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos; tipo de anestesia que se utilizará; tiempo de recuperación; posibles complicaciones). Este procedimiento NO debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

**En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarla por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.** Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

**Ver anexo** Técnica de aspiración de vacío

### 10.2.1.- Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Deben aplicarse las precauciones habituales para el control de las infecciones, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos. Si hay signos clínicos de infección, la mujer debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto.

#### Sugerencia de Lectura

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Segunda edición 2019. Ministerio de Salud. Rep. Argentina. pág. 52 “Tabla 5: Esquemas para profilaxis antibiótica para la evacuación instrumental”.

### 10.2.2.-Preparación cervical

Previamente al procedimiento instrumental, se recomienda la preparación del cuello uterino en todas las mujeres que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación, y en el caso de las mujeres nulíparas con gestaciones mayores a 9 semanas completas. Igualmente, la preparación cervical puede considerarse para cualquier edad gestacional, en especial para las mujeres con un riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero (*por ejemplo, aquellas que presentan anomalías cervicales o cirugías previas*) (OMS, 2012). Puede prepararse el cuello en forma eficaz con la administración de 400 mcg de misoprostol vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

### 10.2.3.- Manejo del dolor

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la mujer puede presentar dolor de distinta intensidad, desde cierto grado de molestia hasta un malestar muy incómodo. Esta percepción del dolor y la consecuente reacción pueden variar en cada mujer en función de distintos factores.

Es importante explicarle a la mujer que, si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un

trato amable y respetuoso. A continuación, se detallan los medicamentos orales y sus efectos.

**Analgésicos:** el paracetamol y el ibuprofeno disminuyen el dolor.

**Opiáceos:** deben usarse cautelosamente dado que, en el caso de tratamientos realizados en forma ambulatoria, se han registrado incidentes, tales como caídas de escaleras y accidentes de tránsito. Para evitar esto, la mujer debería estar acompañada por alguien que pueda ayudarla.

**Tanquilizantes (ansiolíticos):** reducen la ansiedad y la memoria, pero no el dolor, y relajan los músculos. Al usar benzodiazepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones que para los opiáceos.

Con respecto a la anestesia, el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural) o general.

## 10.3. CUIDADOS INMEDIATOS LUEGO DEL PROCEDIMIENTO

La duración del período de recuperación varía según el estado clínico de la mujer, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado. En la mayoría de los casos de procedimientos de ILE realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local, la mujer se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general. Durante la recuperación la mujer debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar del establecimiento de salud, hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella misma manifieste que se siente en condiciones para retirarse de la institución. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal. En este período es fundamental:

Controlar los signos vitales mientras la mujer está en la camilla.

Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.

Evaluar el sangrado y los cólicos, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarramiento cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematometra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.

Confirmar que la mujer pueda orinar.

Ofrecer consejería en anticoncepción en caso de que la mujer lo desee y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno. La consejería puede efectuarse durante el período de recuperación o antes de dar de alta a la mujer. Es posible que ella se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en ese momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Lo ideal es que la mujer se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.

#### 10.4. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

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

**Aborto incompleto.** En los procedimientos de AMEU realizados por un profesional entrenado es poco frecuente que se presente un caso de aborto incompleto, que es más común cuando se utiliza el procedimiento medicamentoso. Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección. El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer.

**Interrupción fallida.** El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto al procedimiento instrumental como al medicamentoso. En ambos casos, si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración de vacío o dilatación y evacuación.

**Hemorragia.** La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cervix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir un nuevo procedimiento de evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten

el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, de transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de casos de hemorragia con el procedimiento de aspiración de vacío, no se recomienda la utilización de ocitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la práctica de dilatación y evacuación. El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia de la forma más rápida posible.

**Infección.** Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente. Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación.

**Perforación uterina.** Cuando se sospecha la existencia de una perforación uterina durante un procedimiento instrumental, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se requiera. Donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia 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.

Complicaciones relacionadas con la anestesia. La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. En caso de utilizar anestesia general, debe realizarla un médico anestesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario para realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar.

Para más información consultar la “**Guía de atención integral de mujeres que cursan un aborto**”. (PNSSyPR, 2015) o actualizaciones posteriores.

#### Sugerencia de Lectura

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Segunda edición 2019. Ministerio de Salud. Rep. Argentina. pág. 50 “Tabla 4: Esquemas de uso de Misoprostol en diversas situaciones clínicas”.

## RECOMENDACIONES PARA ILEs EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

De acuerdo a la experiencia de los equipos de salud que realizan ILEs en nuestro país, en las interrupciones del segundo trimestre se recomienda la combinación de los tratamientos medicamentoso e instrumental.

Primero se realiza el procedimiento medicamentoso con misoprostol a las dosis indicadas para el segundo trimestre, y luego, una vez que se produjo la expulsión del contenido intrauterino, se completa la evacuación uterina mediante procedimiento instrumental.

Las interrupciones del segundo trimestre serán evaluadas, teniendo en consideración el riesgo que conlleva la práctica; siendo la evaluación médica y la del equipo de salud interviniente la que determine el riesgo de continuar con el embarazo o realizar la interrupción.

## 10.5. INDICACIONES PARA EL MOMENTO DEL ALTA

En el momento de darle el alta es importante explicarle a la mujer lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (paracetamol o AINES, como ibuprofeno), y con compresas o baños tibios.

Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento de ILE.

Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo.

Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que mientras dure el sangrado evite el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.

Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.

Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción (*ver apartado "Anticoncepción post interrupción del embarazo" de la presente guía*). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega del método en caso de que haya seleccionado uno.

Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas); cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes; dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal; mareos o desmayos; náuseas o vómitos; fiebre y/o escalofríos; flujo de mal olor o purulento; otras situaciones que le generen preocupación. Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.

Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).

Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.

Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud: patología mamaria, patología cervical y salud reproductiva.

En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.

**El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en muchos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones. Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.**

Entendiendo que cada situación abordada debe tener un seguimiento acorde a las necesidades y demandas de la mujer.

## CONSIDERACIÓN

*Cuando se ofrecen diferentes métodos anticonceptivos y la mujer puede elegir libremente entre ellos, es más probable que los acepte y los utilice adecuadamente.*

## ANTICONCEPCIÓN POST INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO



**LA PAMPA**

Gobierno en Acción

MINISTERIO

**Salud**  
MINISTERIO

# 11

## ANTICONCEPCIÓN POST INTERRUPTCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

El objetivo de la consejería en anticoncepción es brindar a las mujeres la información necesaria para que puedan elegir libremente, si lo desean, un método anticonceptivo (MAC) entre las opciones posibles, sin coerción o presión alguna.

En muchos casos puede ser beneficioso realizar la consejería antes del procedimiento de ILE. Si no fuera posible o apropiado, es conveniente efectuarla enseguida de concluido el tratamiento. La consejería en Anticoncepción debe efectuarse una vez concluido el tratamiento, a fin de darle a la misma el marco y la importancia que requiere. En esta instancia se evaluarán los métodos que la mujer puede usar inmediatamente, teniendo en cuenta que luego, cuando concurra al control médico, puede cambiarlo si así lo desea.

Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la mujer si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción. Se recomienda mantener el encuentro en un espacio que garantice la privacidad. Es importante que al inicio el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y, además, le pregunte en forma privada si desea que su pareja o acompañante esté presente durante la conversación.

Si la mujer considera que no está lista para tomar una decisión sobre un método anticonceptivo a utilizar a largo plazo, es importante ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección enseguida de la interrupción. Igualmente, si el método que la mujer prefiere no puede ser suministrado de inmediato debido a su situación clínica, es importante ofrecerle uno provisional hasta que se resuelva la situación.

Unas consideraciones especiales merecen las niñas con antecedentes de embarazo por abuso sexual o violación, ya que en su mayoría no desean mantener relaciones sexuales. En estos casos es muy importante evaluar en cada situación particular si es adecuado o no ofrecerles asesoramiento en anticoncepción.

Las circunstancias en que se encuentran las personas que reciben atención integral de ILE son diversas. Es importante que el equipo de salud trate de evitar hacer cualquier tipo de suposiciones sobre la situación de las mujeres que asiste.

**La consejería en anticoncepción será más eficaz si se basa en las necesidades individuales de cada mujer. Por lo tanto, el equipo de salud debe valorar la situación de cada una de ellas, incluidas sus características personales y la capacidad del sistema de salud local para garantizar el acceso a los MAC.**

- Durante el encuentro, se recomienda que la/el profesional:
- Evalúe las necesidades de la mujer mediante preguntas abiertas y cuidando de no hacer suposiciones.
- Converse con ella sobre su interés en usar anticonceptivos.
- Evalúe con los criterios médicos de elegibilidad, a partir de la situación clínica de la mujer, cuáles son los métodos anticonceptivos seguros para ella.
- Informe a la mujer sobre los métodos anticonceptivos disponibles y accesibles para ella y le explique las características, uso, efectos secundarios y eficacia de cada uno.
- Valore las barreras que podrían restringir el uso exitoso de algunos métodos y considere junto con la mujer posibles formas de resolverlas o trabajar alrededor de ellas.
- Acompañe a la mujer en la selección del método que sea más adecuado para su situación particular y preferencias.
- Brinde información sobre cómo funciona el método elegido, su modo de uso, la eficacia, qué hacer ante distintas situaciones como olvidos o uso de otras medicaciones, los posibles efectos secundarios, etc. Y, de ser posible, reforzar la información con folletería.
- Informe donde obtener el método elegido y realizar el seguimiento que requiera.

## 11.1.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POSTABORTO

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

### 11.1.1.-Criterios médicos de elegibilidad

A través de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, la OMS propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar determinado método anticonceptivo en forma segura.

Estas condiciones se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según el siguiente detalle:

1. Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2. Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Condición en la que los riesgos teóricos o probados, generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Condición que representa un riesgo para la salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente la situación singular de la mujer y el método que está eligiendo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en dos posibilidades de uso del método. (*Ver Guía Métodos Anticonceptivos, Nación 2012 . Cap IV “Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos”*).

### 11.1.2.- pautas para el comienzo de la anticoncepción

A continuación, se presentan las especificidades para el inicio de cada método luego de una interrupción del embarazo, según lo establece la ley nacional N° 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, priorizando los métodos de larga duración:

**Dispositivo intrauterino.** El DIU puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones realizado en el primero o segundo trimestre de embarazo. En estos casos, los estudios no indican diferencia en el riesgo de complicaciones en la inserción inmediata en comparación con la diferida. Por otra parte, se ha observado un mayor índice de expulsión cuando el DIU se insertó después de un aborto ocurrido en el segundo trimestre que en los casos de primer trimestre. No hubo diferencias en la seguridad o en las expulsiones en la inserción post aborto del dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel (*DIU-LNG*) en comparación con el DIU con cobre (*OMS, 2009*). Igualmente, si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuadas, se recomienda aplazar la inserción y suministrar mientras tanto otro método anticonceptivo provisional. La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (*aborto séptico*), ya que se trataría de un caso de categoría 4 de la OMS. Posponer la inserción hasta que la mujer se haya curado de la infección.

**SIU:** Sistema Intrauterino de liberación Hormonal. (*Idem DIU*).

**Implante subdérmico.** Se puede colocar antes del alta si la paciente está internada o post aborto inmediato en caso que sea ambulatorio.

**Preservativos.** No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales post interrupción. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

**Otros métodos.** (*Ver Guía Métodos Anticonceptivos Nación. Año 2012*)

### 11.1.3.- Provisión de los métodos anticonceptivos

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces en la misma institución o a través de la referencia efectiva a otro efector.

Es importante que las/los profesionales ofrezcan e informen sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual que aseguren la entrega de métodos y realicen consejerías, tanto en el mismo establecimiento de salud como en otros cercanos a él.

Solicitar los métodos y otros insumos a través de las farmacias de los establecimientos asistenciales con el sistema SIS por código de métodos a la Dirección de Maternidad e Infancia – Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable- Ministerio de Salud La Pampa (*Ver Anexo Códigos de Métodos Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable*)

## ELEGIR UN MÉTODO

Los criterios de elegibilidad permiten que la mujer pueda elegir, según sus preferencias y condiciones de vida, el método que prefiere entre las opciones que son seguras para su salud. Igualmente resulta importante que post interrupción de embarazo y según lo establece el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – Ley 25.673- toda mujer luego de una ILE debe salir con anticoncepción.

## CONSIDERACIONES GENERALES



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

# 12

## CONSIDERACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA

### A MODO DE RESUMEN DE LA PRESENTE GUÍA, CONSIDERAMOS IMPORTANTE RESALTAR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- Que las prestaciones de las prácticas de interrupción legal del embarazo se realizarán en todos los establecimientos que componen el sistema de salud de la provincia de La Pampa.
- Que los/las profesionales intervinientes en las solicitudes de ILE deben garantizar el acceso a los servicios de salud; brindar información amplia y completa en opciones – derechos y riesgos; brindar un trato humanitario; una atención clínica adecuada; ofrecer el espacio de consejería previo, durante y posterior al procedimiento.
- Que la intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. Basada en una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que las personas puedan tomar decisiones que considere más adecuada para su vida y adoptar prácticas de cuidado para su salud.
- Que como Estado provincial y autoridades sanitarias tenemos la responsabilidad de establecer políticas públicas en materia de salud para la prevención de los embarazos no deseados, la promoción y el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva de la población.
- Que como autoridad sanitaria de la Provincia consideramos indispensable unificar criterios operativos para los efectores de la red sanitaria provincial, a fin de garantizar la universalidad, equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad y sustentabilidad de los derechos de mujeres, adolescentes y niñas.

ANEXO



**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

**SALUD  
(OMS)**

**Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o afecciones.**

**Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, hoy la SALUD también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a una persona.**

ANEXO  
CAUSAL  
SALUD



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

## INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PARA LA MUJER A CAUSA DEL EMBARAZO.

Para evaluar el riesgo de la salud de las mujeres tenemos que tener presente las siguientes premisas:

- La pérdida de calidad de vida y de años de vida saludable.

- La combinación de causas remotas (pobreza, situaciones de vulneración, abusos/ violencias) que actúan a través de causas intermedias (condicionantes del contexto inmediato, acceso limitado a servicios de salud) y que se expresan ante causales recientes (*patologías, pérdida de estabilidad, multiparidad*).

¿Cuándo hay riesgo?

- Posibilidad: indica que un evento puede ocurrir

- No existe un daño concreto, pero sí existen probabilidades que suceda.

- Probabilidad: grado de certeza que el daño se produzca. Se refiere a la frecuencia con que se obtiene un resultado. Es probable un resultado adverso por la presencia de un factor que aumenta esa posibilidad.

Entendemos que el riesgo es un concepto relativo; tiene que ver con la posibilidad de riesgo en la salud en todas sus dimensiones. No significa lo mismo para todos, ni todas las situaciones son identificadas de la misma manera (vulnerabilidad)

Por lo cual para aplicar la causal salud se requiere constatar la presencia de riesgo que afectará la salud en cualquiera de sus dimensiones (*física, psíquica y social*).

*HTA crónica, enfermedades inmunodepresoras, cardiopatías, trastornos psiquiátricos, etc.*), causas obstétricas INDIRECTAS de riesgo a la salud.

- Riesgo de complicaciones médicas del embarazo que pueden generar enfermedades o agravar una enfermedad preexistente o constituirse en una amenaza para la salud y el bienestar (anemia, HTA, preeclampsia, hemorragia obstétrica, riesgo quirúrgico, trombosis, etc.) Causas obstétricas DIRECTAS de riesgo de salud.

- Hay afección de la integridad física por violencia

- Tiene efectos físicos sobre la salud de la mujer un diagnóstico de malformación fetal incompatibles con la vida extrauterina (*diagnóstico que se hace después de las 14 y antes de las 22 semanas*), en las cuales el feto aunque continúe su desarrollo no tiene ninguna alternativa de sobrevivir antes de nacer o muere al poco tiempo de nacer como Anencefalia, Holoprosencefalia, Encefalocele severo, Agenesia renal bilateral (*Síndrome de Potter*) o Riñones poli-/multiquisticos bilaterales asociados a hipoplasia pulmonar, gemelos acárdicos Triploidias (*trisomía 13/18, otras malformaciones complejas de muy baja frecuencia*).

## RIESGOS PARA LA SALUD FÍSICA DE LA MUJER CONSECUENCIA DEL EMBARAZO

- En esta causal, el criterio fundamental es proteger la salud de la mujer, no exponerla a una situación de riesgo vital, demorando innecesariamente la interrupción del embarazo

- Riesgo vital (*embarazo, o condiciones asociadas, que amenazan la salud/la vida de la mujer*).

- La presencia de tejido placentario es la causa directa o indirecta del riesgo vital (*mola hidatidiforme, coriocarcinoma*),

- Corioamnionitis Clínica

- Descompensación de una patología preexistente (*Insuficiencia Renal Crónica; Insuficiencia hepática severa y progresiva con ictericia en ascenso*).

- Enfermedades susceptibles de agravarse, o que de hecho se agraven con el embarazo en virtud de los cambios fisiológicos producidos durante la gesta normal (*anemia,*

## RIESGO PARA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER A CONSECUENCIA DEL EMBARAZO.

La afectación de la salud mental de la mujer a causa de un embarazo puede resultar de un trastorno mental o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado a la pérdida de integridad personal y la autoestima. El padecimiento psíquico se diferencia de la patología mental en que se refiere a un malestar producido en el sujeto a causa de los conflictos que deviene de la vida cotidiana y las interrelaciones sociales. **Cuando hay sufrimiento psíquico hay riesgo a la salud y a la vida.**

- El embarazo no deseado podría producir un sufrimiento psíquico de tal gravedad que afecta la percepción de bienestar.
- El embarazo no deseado podría producir un sufrimiento psíquico que puede desencadenar en actos autoagresivos.
- La continuación forzada del embarazo podría producir un riesgo de desencadenar daño o patología mental.
- Se trata de un embarazo temprano o tardío (*en función del momento vital particular*) que puede producir sufrimiento psíquico.
- La mujer se encuentra atravesando una situación traumática (*duelo, estrés postraumático, crisis accidental, etc.*).
- Se presenta un sufrimiento psíquico como consecuencia de ser víctima de violencia de género.
- La mujer se encuentra atravesando el puerperio y esta situación de embarazo no planificado no puede ser asumida ni corporal ni emocionalmente ya que se están llevando adelante los cuidados que implica tener un bebé.
- Sufrimiento psíquico por diagnóstico de una enfermedad.
- Sufrimiento psíquico derivado de un diagnóstico de malformación fetal.
- Se observa una historia de compromiso severo de la salud mental de la mujer en el postparto.
- Existen trastornos graves o crónicos (*Del estado de ánimo, depresivos, de ansiedad, de despersonalización, etc.*).
- Otras causas que no se encuentren en las mencionadas y a criterio profesional incidan en el embarazo como por ejemplo: Falencias en el registro del propio cuerpo, ausencia de autocuidado, tratamientos psicofarmacológicos con dificultades para ser discontinuados, embarazos generados en un marco de situaciones de violencia, sobretodo física, sexual y psicológica; tendencia a la impulsión o pasaje al acto, entre otras.

## EVALUACIÓN DEL ESTADO PSICOEMOCIONAL

### ÁREA AFECTIVA

- Sin alteración
- Tranquila
- Angustiada
- Triste
- Confundida
- Desorientada
- Ansiosa
- Agotada/Cansada
- Con miedos
- Hostil
- Desesperada
- Aplanada afectivamente
- Desesperanzada
- Impotente / Desbordada
- Sentimiento de inutilidad
- Otros

### ÁREA COGNITIVA

- Sin alteración
- Dispersa
- Pensamientos negativos frecuentes
- Autorreproches / Culpa
- Dificultad para resolver problemas
- Dificultad para tomar decisiones
- Dificultades para concentrarse
- Ideas de persecución / Alucinaciones
- Ideas de autoagresión
- Ideas de muerte
- Otros

### ÁREA RELACIONAL

- Sin alteración
- Agresiva
- Irritable
- Aislada
- Inhibida
- Paralizada
- Sentimiento de soledad
- Dificultades para realizar actividades cotidianas
- Otros

### ÁREA SOMÁTICA

- Sin alteración
- Dolor / Malestares físicos
- Autolesiones/ autoagresiones
- Alteración del sueño
- Alteración del apetito
- Abuso de sustancias
- Debilidad / desgano / fatiga
- Mareos
- Hiperactividad
- Ahogo/ falta de aire
- Palpitaciones
- Otros ... ..

## DETERMINANTES SOCIALES QUE SUMADOS AL EMBARAZO PONEN EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER.

**Situación Laboral:** Trabajo en su rol básico y central en la vida de las personas, no solo por la cantidad de tiempo que se le dedica al trabajo, sino también porque permite la satisfacción de necesidades económicas y sociales y por su interrelación con otras esferas de la vida. El trabajo es el único dato estable de la sociedad. El trabajo en su consideración de derecho humano social. Especificar redes de apoyo a la situación laboral.

- Imposibilidad de continuar el vínculo laboral actual a causa del embarazo.
- Desempleo: el embarazo no le permitiría encontrar un empleo.
- Empleo informal, imposibilidad de tomarse licencias necesarias para el cuidado de su salud y de la de un futuro bebe.
- Dependencia económica. Depende de otras personas para su subsistencia, y éstas no se encuentran en condiciones de apoyar económicamente el embarazo y un futuro hijo.
- Ingresos nulos, bajos o insuficientes, como para mantener económicamente un nuevo integrante en el grupo familiar.

**Educación:** en su rol de hecho humano universal por el cual un sujeto, en interacción con su medio, y a partir de las propias posibilidades, desarrolla capacidades que le permiten la formación de una personalidad autónoma. La educación como herramienta de transformación en el proyecto de vida de cada persona.

- Educación en proceso, que se terminaría o postergaría s causa de este embarazo, con sus consecuencias en el retraso en el ingreso al mercado laboral.
- Baja escolaridad, con las limitaciones que esto implica para acceder a un trabajo digno.
- Necesidad de interrumpir la escolaridad a causa del embarazo.

**Situación de hábitat:** la noción de hábitat comprende el espacio territorial ocupado por un sujeto, en el que realizan las actividades esenciales para la vida, y la influencia que el hábitat tienen. Especificar redes de apoyo.

- Precariedad habitacional: malas condiciones de la vivienda actual (*predominancia de los materiales de construcción*)
- Dificultades para pagar el alquiler de la vivienda, y el riesgo constante a quedar sin un lugar donde vivir y criar un hijo.
- Dependencia habitacional. Vivienda cedida con su consecuente incertidumbre respecto de no contar con un lugar para vivir y criar un hijo.
- Vivienda compartida con otros grupos familiares de forma permanente o eventual y la incapacidad habitacional para albergar otro integrante.

**Condiciones familiares para la crianza de un hijo:** entendiendo que la crianza requiere tener en consideración varios aspectos importantes que hacen a la realidad cotidiana, a la forma de vincularse con los demás y el entorno. No todas las personas cuentan con recursos personales propios que les permita llevar adelante la crianza de otro.

- Ausencia de pareja o de un padre que apoye la crianza de un hijo
- Falta de apoyo por parte de la pareja o del padre para llevar adelante la crianza del hijo.
- Inexistencia de red familiar ampliada para la crianza.
- Cantidad de hijos a cargo y la consecuente imposibilidad de afrontar tareas de cuidado de otro
- Problemas de salud de hijos o familiares a cargo, que ocupan gran parte del tiempo cotidiano de la mujer y no le permitirían ocuparse del cuidado de un nuevo integrante.
- Imposibilidad de encargarse de un hijo o de otro hijo por inestabilidad laboral, incluso el no remunerado y el cuidado en el hogar.

**Violencia de género:** entendiendo que la violencia de género es un problema social innegable y fácilmente palpable, que afecta diferentes espacios vitales, que deriva tanto en estructuras sociales muy profundas como el aprendizaje que se den en el hogar, en la escuela, en la calle y en múltiples espacios (*relación con el hábitat*). Especificar redes de apoyo.

- Mujer víctima de violencia de género por parte de su pareja, expareja u otros.

- Situación de violencia de género de la que es víctima que se agravaría con el embarazo.

- La mujer no consintió las condiciones para la anticoncepción en que se mantuvo esa relación sexual

- Embarazo forzado producto de la negligencia del sistema de salud que le negó o retrasó el acceso a un método anticonceptivo.

### **Causal Violación y agresión sexual**

Obligar a una mujer a soportar un embarazo no deseado producto de una agresión sexual viola sus derechos a la salud y a su integridad psíquica; por ello, debiera realizarse la ILE ante la solicitud de la víctima. Esta causal genera una fuerte resistencia entre los legisladores y entre los profesionales de la salud, que se expresa por el condicionamiento de la atención de la salud a la demostración fehaciente de la agresión sexual. Se prioriza la persecución y penalización del agresor a la atención integral de las víctimas (*reparación de sus derechos personales en la agresión sexual*).

*Fuente consultada: Material elaborado por la médica Carolina Bassini y las licenciadas Paula Cruz, M. Cecilia Carulli, Rosa Mahffuz y Daniela Dosso. "Determinantes sociales que sumados al embarazo ponen en riesgo la salud de la mujer".*

ANEXO  
SOLICITUD Y  
CONSENTIMIENTO  
INFORMADO



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

## INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO / ABORTO NO PUNIBLE

### Datos de la persona declarante\*

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Documento (tipo y N°) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N° de historia clínica \_\_\_\_\_

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1° y/o 2° del Código Penal. A los fines referidos manifiesto expresamente:

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

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

Firma de la persona interesada \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

### Datos de la/el representante legal o allegado/a o sistema de apoyo (de corresponder)

Señalar lo que corresponda:

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

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

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

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

Firma del o de las/los profesionales médicos \_\_\_\_\_ Matrícula N° \_\_\_\_\_

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

ANEXO  
DECLARACIÓN JURADA



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

## Datos de la persona declarante\*

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Documento (Tipo y N°) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de historia clínica: \_\_\_\_\_

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

### MANIFIESTO:

Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).

Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 86, inc. 2 del Código Penal y sentencia "F.,A.L. s/medida auto-satisfactiva", marzo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación).

-----  
Firma de la persona declarante

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

---

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

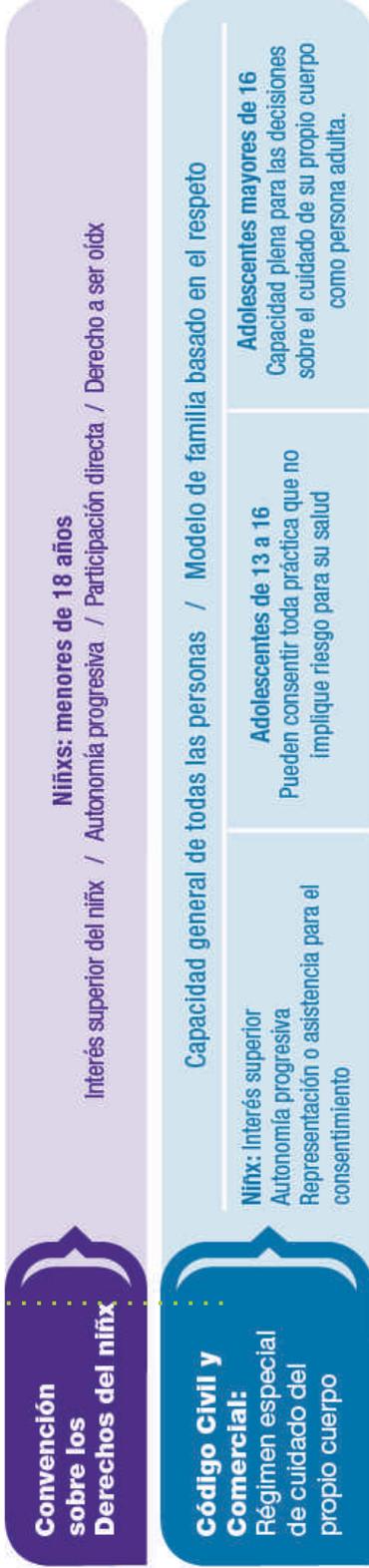
ANEXO  
CUADRO AUTONOMÍA  
PROGRESIVA



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

## DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ACCESO AUTÓNOMO A LA ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL



Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación: Marco interpretativo del CCyC.



- Ley 26.061** Protección integral de niños y adolescentes
  - Ley 26.529** Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado
  - Ley 26.150** Programa Nacional de Educación Sexual Integral
  - Ley 25.673** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Niños y adolescentes: personas menores de 18 años. Son sujetos de derechos - Autonomía progresiva**
- Interés superior: la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley
- Derecho a la Confidencialidad, Intimidad, Autonomía e Información.
- Derecho a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos de todo el país.
- Derecho al acceso a la atención de salud sexual y salud reproductiva. Información clara, completa y oportuna

Fuente: Modificado de Nelly Minyevsky, PNSA y PNSSYP

ANEXO  
DECLARACIÓN JURADA  
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA



**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

## DECLARACIÓN JURADA

### OBJECIÓN DE CONCIENCIA

La Objeción de Conciencia es la negativa a obedecer una norma debido a la existencia de un imperativo de conciencia contrario al comportamiento pretendido. Eso ha pasado a constituir un derecho reconocido por numerosas legislaciones en el caso de los profesionales sanitarios.

La Objeción de Conciencia es una **decisión personal** por lo cual no es un derecho absoluto, está sujeto a condiciones y limitaciones que deben asegurar que las pacientes que demandan un procedimiento reciban información completa y sean respetadas en sus decisiones y en casos de urgencia.

Aún si existiese tal objeción del médico, la gestante deberá ser atendida en forma inmediata e impostergable.

Las instituciones de salud no son libres de establecer normas propias de acuerdo a consensos o códigos de ética institucional para denegar el derecho de las personas gestantes a acceder a la interrupción del embarazo.

O sea que no se distingue entre los efectores públicos y privados, “ el Estado deben cumplir con la Ley particularmente con este tema que es un Derecho de la Mujer, entendiéndolo como una política pública de salud, y en ese marco”, nuestros establecimientos médicos asistenciales independientemente de las Objeciones de Conciencia que algún profesional pueda presentar deben garantizar las prácticas porque así lo indica la Ley”.

El que suscribe..... y en uso de sus Derechos;  
 DNI N°.....que me desempeño como del Servicio de Salud.....  
 dependiente de ..... N°delegajo.....Planta.....Declaro en  
 carácter de juramento que por razones.....  
 Hago **OBJECIÓN DE CONCIENCIA** en todos los niveles y sectores de la salud en los que me desempeño para realizar o participar en llevar adelante las prácticas que en relación a la Salud Sexual y Reproductiva, detallo a continuación; teniendo derecho en el futuro y con suficiente antelación a rectificar lo detallado en la presente. Que he leído y comprendido previamente los alcances e implicancias de la resolución ministerial N.º1789.

(\*) Marcar con una cruz el método con el que no acuerda en el casillero SI. Si con algún método no acordara en alguna circunstancia, pero en otras sí, marcar sólo una cruz en SI EN ALGUNOS CASOS y aclare cuales son los casos en que objeta en el casillero “CASOS EN QUE OBJETO”. Por lo tanto, Usted marca con SI la objeción. Si marca el casillero NO estará diciendo que acuerda con realizar dicha práctica. No se admiten tachaduras, correcciones o cualquier alteración en este documento para su validez.

En ..... a los ..... día del mes de .....del año .....

**Se firman 3 ejemplares de un mismo tenor (Firmar cada una de las páginas).**

La misma debe ser presentada ante el Subsecretario de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Pampa.

TIPO DE PRÁCTICA	NO (*)	SI (*)	SI EN ALGUNOS CASOS (*)	CASOS EN OBJETO (*)
Anticoncepción hormonal oral				
Anticoncepción hormonal IM				
Otras formas de Anticoncepción Hormonal				
DIU con cobre				
DIU c/progesterona				
Ligadura tubaria				
Vasectomía				
Aborto no punible especificando si hay límites de conciencia en que se presente el caso				
Atención post Aborto				
Atención de menores de edad				
Anticoncepción de Emergencia				
... Preservativos ...				
Otros métodos de barrera				
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad				
MELA				

ANEXO  
PLANILLA  
REGISTRO ILE  
MEDICACIÓN



**LA PAMPA**  
Gobierno en Acción

**Salud**  
MINISTERIO

**1. DATOS DE INGRESO**

FECHA:	DNI:		
SERVICIO AL QUE INGRESA:			
TIPO DE EFECTOR:		NOMBRE DEL EFECTOR:	
Centro de Salud	Hospital	Otro tipo de Efector	CÓDIGO DE EFECTOR (SISA):
Provincia:		Departamento:	Localidad:
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):			Grupo y factor Rh
Provincia:	Departamento:		Localidad:
CAUSAL: Riesgo para la salud integral      Riesgo para la vida      Violación			
SEMANAS DE GESTACIÓN CUANDO LA PERSONA SOLICITA EL ILE:			
Cantidad de semanas: (a) por FUM:		(b) por examen clínico:	(c) por ECO:
¿La persona viene derivada de otra institución de salud?    SI / NO			
Se brinda atención y se procede para resolver el ILE    (completar los datos de Resolución del Caso)			
Se brinda atención y se deriva a otro efector    - Motivo por el que se deriva:			
Fecha de derivación:			
Nombre del Efector al que se la deriva:			

**2. RESOLUCIÓN DEL CASO**

SEMANAS DE GESTACIÓN AL INICIAR TRATAMIENTO:			
TIPO DE TRATAMIENTO	Tratamiento Farmacológico	Vía de utilización	Vaginal Sublingual Bucal
		Fármaco utilizado	Misoprostol 200mcgr Misoprostol 200 mcgr + Diclofenac 75mg
		NÚMERO DE COMPRIMIDOS UTILIZADOS :	
	Tratamiento instrumental	AMEU (como tratamiento inicial, no como resolución de Aborto incompleto)	
AMEU (como resolución de aborto incompleto)			
Legrado (como resolución de aborto incompleto)			

¿Se utilizó Misoprostol 200 mcgr como pre-tratamiento instrumental?	Si
	No

Resuelto en la institución
Semanas de gestación al momento de resolverse la ILE:

**NO VUELVE A CONSULTA**

Se pudo realizar consejería en SSySR?    Sí	No
---	----

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ELEGIDO	ENTREGADO / COLOCADO
Preservativo		
Anticonceptivo Oral		
DIU		
DIU-LNG		
Implante subdérmico		
Inyectable mensual		
Inyectable trimestral		
Ligadura tubaria		
Otro		
Ninguno		

<b>OBSERVACIONES</b>
Complicaciones:
Obstáculos detectados:
Otras:

ANEXO  
TÉCNICA DE  
ASPIRACIÓN DE VACIO.



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

1. Cargar, en una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, 10 ml de lidocaína sin epinefrina al 1% o 5 ml de lidocaína sin epinefrina al 2%, más 5 ml de solución salina o agua destilada.

2. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior –de acuerdo con la posición del útero– con una pinza de cuello (*Pozzi o Erina*). Previamente puede inyectarse 1 a 2 ml de anestésico en el lugar donde se aplicará la pinza.

3. Aplicar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.

4. Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 3, 5, 7 y 9 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical, no sobre el exocervix (*Figura x*)

- Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8 mm (*no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de viscera hueca*).

- Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.

- Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente. Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.

- Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto. Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30

### Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

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

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

1. Preparar el instrumental. Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (*Pozzi*), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (*ver “Preparación y funcionamiento del aspirador manual” de la presente guía*) y cánulas semirrígidas (*abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina*) (*Figura 4*). Antes de usar el aspirador, asegurarse de que conserve el vacío; para esto, cargar el aspirador, esperar unos mi

Figura

nutos y luego soltar los botones para liberar el vacío. El sonido del aire que entra en el aspirador es una indicación de que se ha creado el vacío. Si esto no ocurre, ver que el aspirador esté bien armado, inspeccionar el anillo “O” para comprobar que no tenga defectos o cuerpos extraños y si está bien lubricado, y asegurarse de que el cilindro esté firmemente colocado en la válvula. Si el anillo “O” no se encuentra bien lubricado puede utilizarse xilocaína en jalea o gel en base acuosa como el usado para realizar ecografías (*nunca usar vaselina u otros derivados del petróleo*). Si al volver a probarlo no conserva el vacío, usar otro aspirador.

Preparar a la paciente. Pedirle que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica. t

3. Examen ginecológico. Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal.

4. Realizar antisepsia. Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.

5. Realizar bloqueo paracervical (*ver apartado 10.2.3 "Procedimiento Medicamentoso, Manejo del dolor"*).

6. Elección de la cánula. El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm, de 7 a 9 semanas una de 5 a 10 mm y de 9 a 12 semanas una de 8 a 12 mm.

7. Dilatar el cuello uterino. Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.

8. Insertar la cánula. Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría: el primero se encuentra a 6 cm del extremo romo de la cánula y los otros, a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la jeringa (*Figura 5*).

9. Aspirar el contenido del útero. Conectar la cánula al aspirador ya cargado (*es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante*) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras se conecta el aspirador (*Figura 6*). Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (*para esto, oprimir los botones hacia adentro y soltarlos*). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (*Figura 7*).

Si el aspirador se llena de material o restos. Cerrar la válvula (*presionar botones hacia adentro y adelante*), desconectar el aspirador de la cánula dejándola colocada dentro de la cavidad uterina; abrir la válvula (*presionar los botones hacia adentro*) y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido del aspirador en el recipiente o riñonera, para inspeccionarlo. Restablecer el vacío, reconectar el aspirador a la cánula y continuar la aspiración. Si se pierde el vacío. Desconectar el aspirador de la cánula y restablecer el vacío. Este se puede perder o disminuir por distintos motivos: el aspirador está lleno; la cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

10. Finalización del procedimiento. Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: en la cánula se observa espuma roja o rosada y en ella no se ven más restos; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado porque este se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización. Luego de comprobada la finalización del procedimiento, cerrar la válvula (*presionar los botones hacia adelante y adentro*) y desconectar la cánula del aspirador, o bien retirar cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos, sin oprimir los botones.

11. Inspección del tejido. Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que esta se contaminaría.

## Dilatación y evacuación

En aquellos lugares donde se disponga de profesionales con experiencia y habilidad y con el equipamiento adecuado, el procedimiento de dilatación y evacuación es una técnica efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG, 2011). Puede ser utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. Requiere la preparación cervical con una prostaglandina –como el misoprostol, la laminaria o un dilatador hidrofílico similar–, dilatar el cérvix y evacuar el útero mediante la técnica de aspiración de vacío eléctrica con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la edad gestacional, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil el uso de la ecografía durante el procedimiento.

Por lo general, el procedimiento de dilatación y evacuación puede llevarse a cabo de manera ambulatoria, administrando solamente un bloqueo paracervical y una analgesia leve. Sin embargo, los efectores donde se hagan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda.

## ARMADO DE AMEU

1. Revisar el anillo-O (Figura 10) y colocarlo en la ranura de la punta del émbolo (Figura 11). Lubricarlo con una sola gota de lubricante (silicona, glicerol o detergente líquido). No usar nunca productos fabricados a base de petróleo (Figura 12).
2. Abrir la válvula y colocar el revestimiento en su lugar, alineando los rebordes internos (Figura 13). Luego, cerrar la válvula (Figura 14) y encajar la tapa en su sitio (Figura 15).



Figura 10

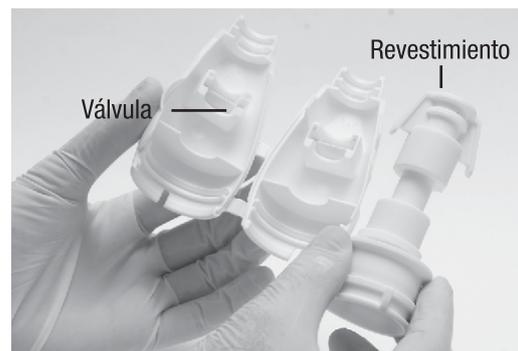


Figura 13

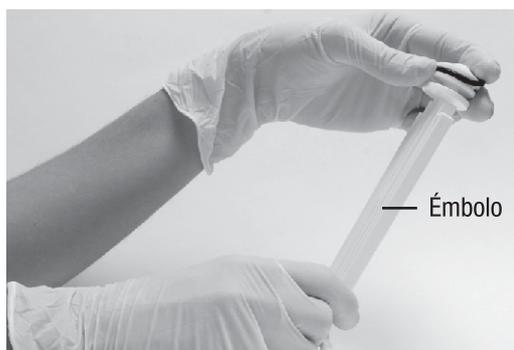


Figura 11

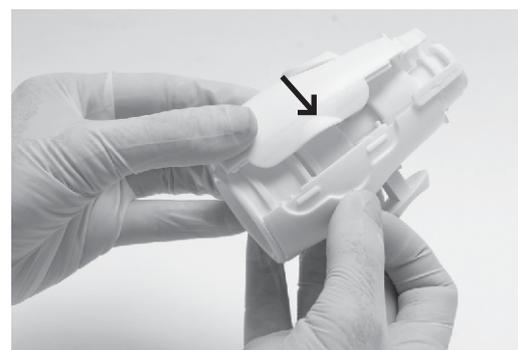


Figura 14



Figura 12

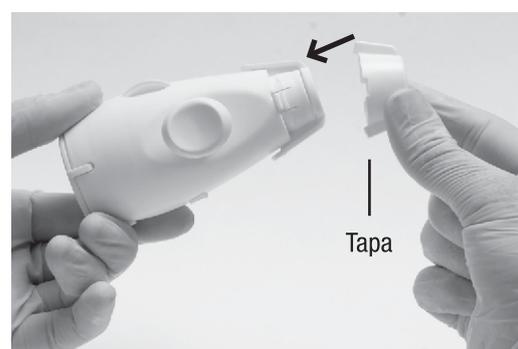


Figura 15

3. Empujar el cilindro dentro de la válvula e introducir el émbolo completamente dentro del cilindro (Figura 16). Controlar que los botones no estén oprimidos y que los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados (Figura 17).



Figura 16

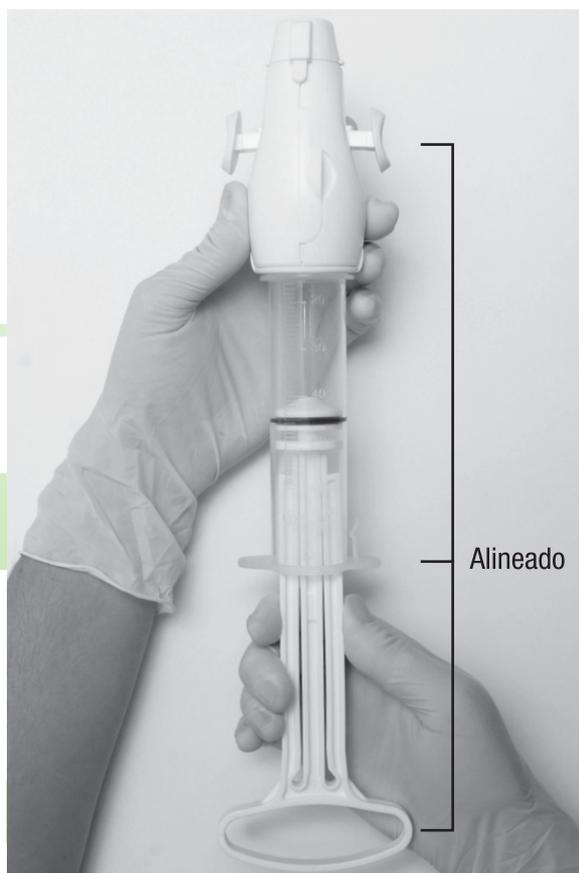


Figura 17

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

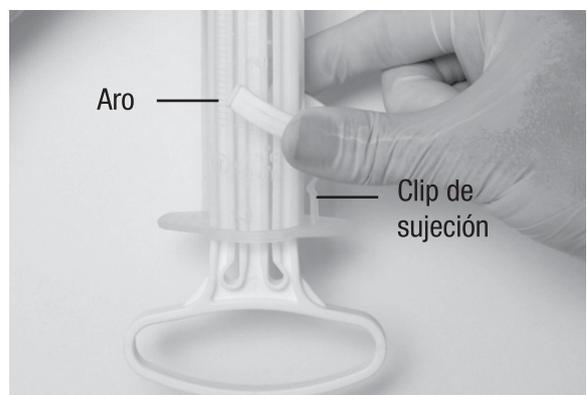


Figura 18

## GENERACIÓN DEL VACÍO O CARGADO DEL AMEU

1. Comenzar con los botones de la válvula no oprimidos (válvula abierta), el émbolo introducido completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar (Figura 19).

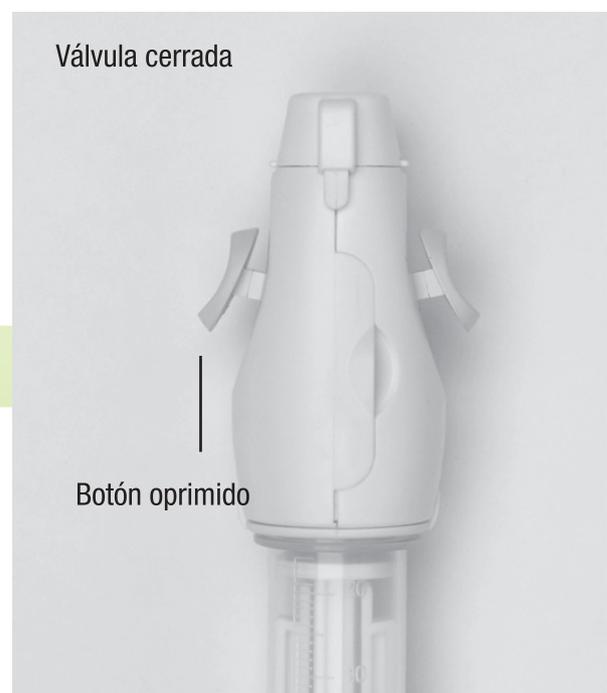
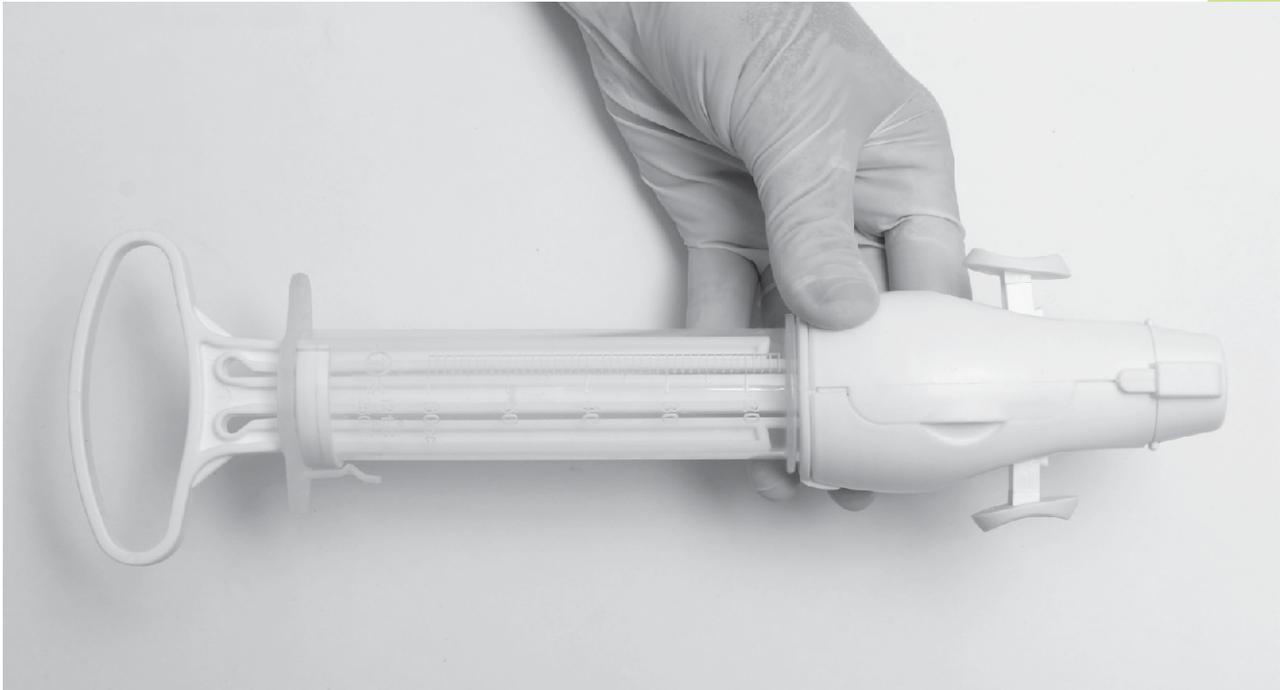


Figura 19



Figura 20

2. Para crear el vacío o cargar el AMEU, primero oprimir los botones de la válvula hacia adentro y adelante (es decir hacia la punta de la válvula) (Figura 20), hasta sentir que encajan en su lugar y hacen un “clic”. Esta maniobra cierra la válvula.

3. Tirar del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se encajen en los lados anchos de la base del cilindro (Figura 21). Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esa posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitir que este se deslice dentro del cilindro e inyecte el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero. Nunca hay que sujetar el aspirador por los brazos del émbolo.



Figura 21

4. Para liberar el vacío, “soltar” los botones de la válvula (para ello oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esta maniobra abre la válvula (Figura 22). El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.

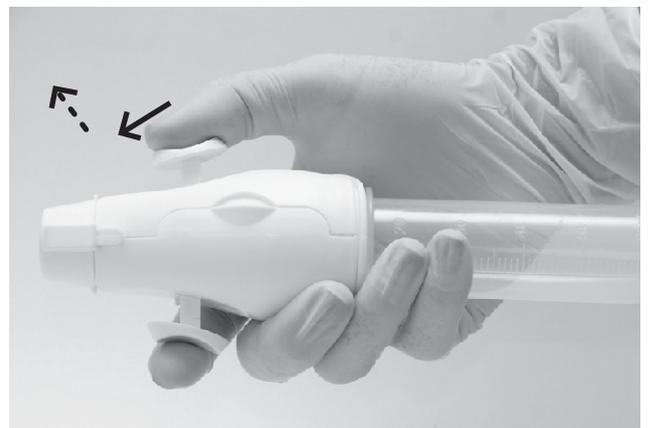


Figura 22

“La interrupción del embarazo es un procedimiento sumamente seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas”. Por eso, “debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada”.

TELÉFONOS DEL PROGRAMA  
PROVINCIAL DE SALUD SEXUAL  
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

(02954) ▶ **388900** int. **3046**  
▶ **388946**  
▶ **456706**

Ministerio de Salud  
Directo  
Fax

CORREO  
ELECTRÓNICO

▶ [saludsexuallapampa@gmail.com](mailto:saludsexuallapampa@gmail.com)

CÓDIGOS  
PROGRAMA  
SALUD SEXUAL  
Y PROCREACIÓN  
RESPONSABLE



**LA PAMPA**  
*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

## LISTADO DE CÓDIGOS SALUD SEXUAL

CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN
90082	Medroxiprogesterona de depósito Inyectable Trimestral	Unidad
60928	AMEU. Aspirador manual endouterino de evacuación	Unidad
52124	Test de Embarazo	Unidad
52671	Ronfase 2 mg. 17 - B Estradiol	Unidad
52672	Nebido1000 mg. /4ml. Undecanato de testosterona	Unidad
876	Anticonceptivo para Lactancia	Envase
2712	Anticonceptivo Oral Combinado	Envase
50596	Desogestrel 75mcg. ( Lactancia – Anticonceptivo)	Envase
2776	Preservativo	Unidad
50145	Estradiol 5mg + Noretisterona	Ampolla
50425	Misoprostol + Diclofenac*	Unidad
51844	Misoprostol 25 mcg*	Unidad
52670	Misoprostol 200 mcg. Tablets*	Unidad
50927	Levonorgestrel 52mg. SIU*	Envase
50664	Levonorgestrel 0,75mg.	Envase
90075	Levonorgestrel 1,5mg.	Unidad
51730	Gel íntimo soluble en agua	Sobre
2110	D.I.U T de cobre*	Unidad
52123	Kit para colocación de DIU	Envase
90083	DIU. Multiload*	Unidad
52215	Etinilestradiol + Gestodeno x 21	Envase
52293	Etonorgestrel 68 mg. - Implantes Subdermico*	Unidad
60929	Cánula de Aspiración N°4	Unidad
60930	Cánula de Aspiración N°5	Unidad
60931	Cánula de Aspiración N°6	Unidad
60932	Cánula de Aspiración N°7	Unidad
60933	Cánula de Aspiración N°8	Unidad
60934	Cánula de Aspiración N°9	Unidad
60935	Cánula de Aspiración N°10	Unidad
60936	Cánula de Aspiración N°11	Unidad
52436	Libretas Maternas	Unidad
52437	Libretas infanto juvenil	Unidad
60927	Libreta de pedidos de anticonceptivos rosas	Unidad
52661	Chequera para Serología de Embarazo	Unidad

\* Entregar Planilla

## BIBLIOGRAFÍA

*Bibliografía consultada para la elaboración de la Guía Provincial para la atención de personas en situación de Interrupción Legal del Embarazo.*

- \*Constitución Nacional art. 75 inc. 22
- \*Tratados Internacionales de Derechos Humanos (*con rango constitucional*)
- \* Fallo “F.A.L. s/medida autosatisfactiva” 2012..

### LEYES NACIONALES

- \*Código Civil y Comercial de la Nación.
- \*Ley N° 23849/90 Apruébese la convención sobre los Derechos del Niño.
- \*Ley N° 25.326/00 de Protección de los datos personales.
- \*Ley N° 25.673/03 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- \*Ley N° 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- \*Ley N° 26.130/06 por la que se establece el Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica.
- \*Ley N° 26.150/06 por la que se crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- \* Ley N° 26.364/ 08 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a la Víctima
- \*Ley N° 26.485/09 de Protección Integral a las Mujeres Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- \*Ley N°26.529/09 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- \*Ley N° 26743/12 de Identidad de Género
- \*Ley N° 26.774/12 por la que se modifican las leyes N° 346; 17.671; 19.945; 23.298; 25.932; 26.215 y 26.571 estableciendo los derechos políticos a los 16 años de edad.

### RESOLUCIONES NACIONALES

- \*Resolución N° 989/05 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación por la que se aprueba la guía para el mejoramiento de la atención post-aborto y se la incorpora al Programa Nacional de Garantía de calidad de la atención médica.
- \*Resolución N° 65/15 Salud Pública. Derechos sexuales y reproductivos. Adecuación al Código Civil y Comercial de la Nación. Marco Interpretativo.

### LEYES PROVINCIALES

- \*Ley N° 1363/91 de creación del Programa Provincial de Procreación Responsable
- \* Ley 2703/13 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

### RESOLUCIONES PROVINCIALES

- \*Resolución N° 656/12 y su modificatoria Resolución 1789/18 Ministerio de Salud de la provincia de La Pampa, que establece el protocolo de procedimiento para la atención de pacientes que soliciten prácticas de aborto no punible.

### OTRAS REFERENCIAS

- \*Protocolo Nacional para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Segunda edición 2019).
- \*Protocolo Provincial de Abuso Sexual Infantil, Consejo Provincial de Niñez y Adolescencia, 2017 (La Pampa).
- \*Guía Nacional sobre derechos de Adolescentes para el acceso al sistema de salud (2018).
- \*Guía Nacional Atención de Niñas y Adolescentes menores de 15 años embarazadas (2019).
- \*“Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”, Dosso Daniela; Centro de Atención Primaria de la Salud Mercedes Sosa, Municipio de Morón (Buenos Aires).
- \*Material elaborado por la Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir.
- \*Material de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.



## ÍNDICE

- 5- Presentación de guía de procedimientos.
- 7- Marco normativo- Pirámide normativa.
- 9- Principios rectores.
- 11- Circunstancias que habilitan la Interrupción Legal del Embarazo | ILE
- 20- De los equipos de salud
- 23- Esquema de atención en situaciones de ILE.
- 27- Momentos que se desprenden de la consejería.
- 30- Procedimientos para realizar la Interrupción Legal del Embarazo.
- 32- Procedimientos Medicamentoso.
- 38- Procedimientos quirúrgico.
- 42- Anticoncepción post Interrupción Legal del Embarazo.
- 46- Consideraciones generales.
- 50- Anexo causal salud
- 56- Anexo Solicitud y Consentimiento informado.
- 58- Anexo Declaración Jurada.
- 60- Anexo cuadro autonomía progresiva
- 63- Anexo Declaración Jurada| Objeción de conciencia
- 65- Anexo Planilla Registro, ILE | Medicación
- 67- Anexo técnica de aspiración de vacío.
- 75- Códigos programa de salud sexual y procreación responsable
- 77- Bibliografía

Salud  
MINISTERIO



LA PAMPA  
Gobierno en Acción



• PONETELO!  
• SIEMPRE •

#PreservativoSiempre

EL PRESERVATIVO ES EL ÚNICO MÉTODO  
PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES  
DE TRANSMISIÓN SEXUAL



# LA PAMPA

*Gobierno en Acción*

**Salud**  
MINISTERIO

La prestación de las prácticas de ILE se realizarán en los establecimientos medico-asistenciales que componen el sistema de salud de la provincia de La Pampa.

Los efectores de salud deben tener pleno conocimiento de la legislación en la materia y sus exigencias.

Resolución Ministerial N° 1789/18

