

A red sunburst graphic with multiple pointed rays is positioned at the top left of the white text box.

ABC DEL ABORTO

voluntario y legal
en Argentina

Versión
extendida



Redacción: Victoria Pedrido

Edición: Camila Bazán

Con la supervisión técnica de María Alicia
Gutierrez y Daniela Giacomazzo.

Diseño: Thesia

Fuentes consultadas:

Ley 27.610, informes publicados por Ministerio de Salud de la Nación, UNFPA, Center for Reproductive Rights, REDAAS, Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo.

Desde FUSA AC, entendemos al lenguaje como un proceso dinámico cultural, que se transforma a partir del uso que hacen las personas hablantes de él. Por eso, en esta publicación utilizamos lenguaje inclusivo, con el fin de promover una comunicación que evite expresiones sexistas y binarias, y contribuir a la construcción de una sociedad más igualitaria y libre de discriminación.



#ESLEY



Aborto, mortalidad materna y fecundidad adolescente

10 ¿Cuál es el impacto de la maternidad forzada?



Regulación del aborto en el mundo



La regulación del aborto en la Argentina. ¿Qué cambia con la ley 27.610?

- 13 Tipo de regulación
- 15 Plazo para la realización de la práctica
- 15 Cobertura
- 15 Condiciones mínimas para la atención
- 16 Condiciones para el acceso
- 16 Niños y adolescentes
- 17 Personas con discapacidad
- 17 Atención post aborto
- 18 Objeción de conciencia
- 19 Responsabilidad profesional



Perspectiva de géneros y diversidad sexual y corporal



¿Cuáles son las opciones para interrumpir un embarazo?

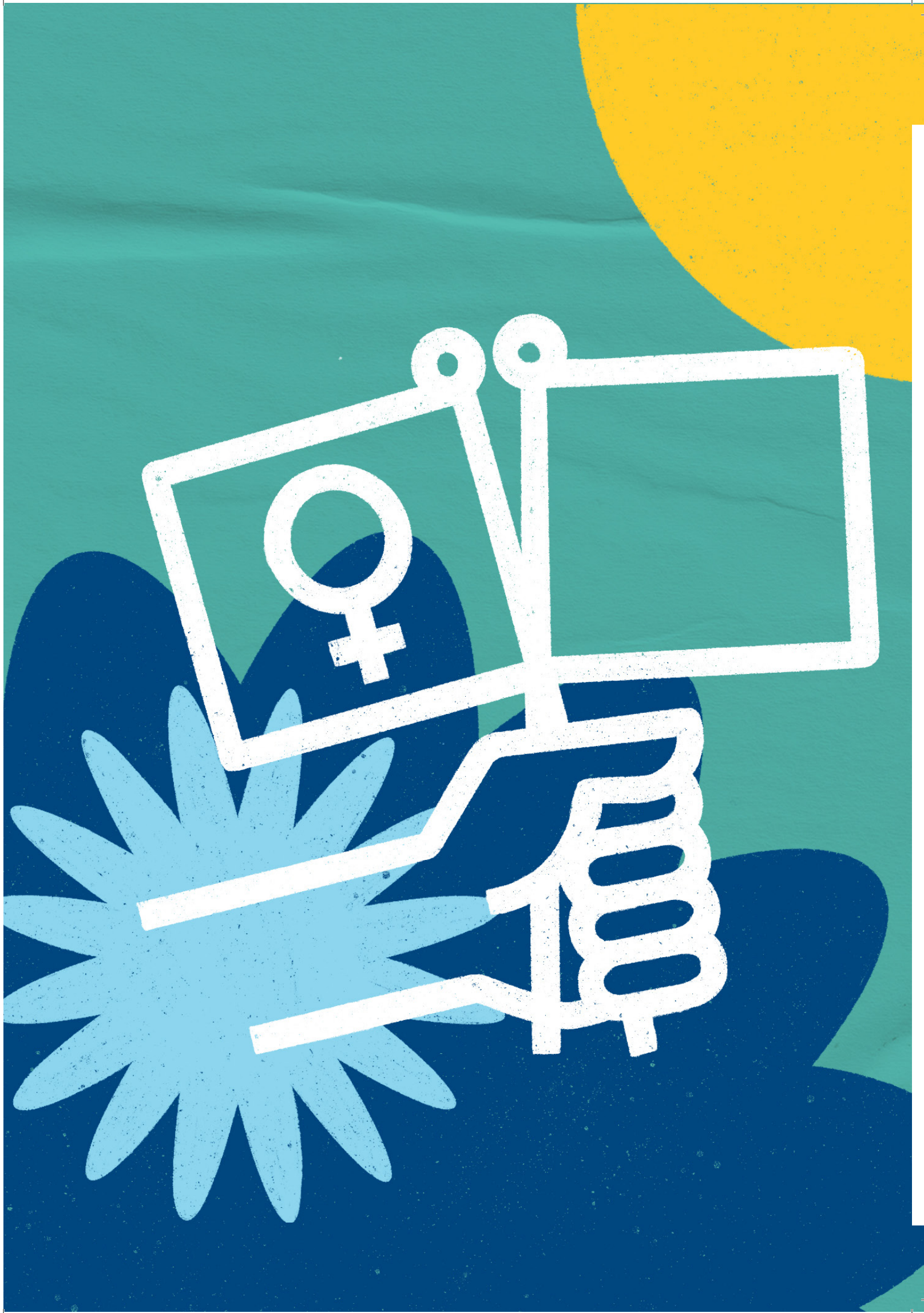
- 22 Tratamiento farmacológico
- 24 Misoprostol en Argentina
- 23 Aspiración Manual Endouterina (AMEU)



¿Para qué sirve el Protocolo de atención integral de la IVE/ILE?



Fuentes consultadas





#ESLEY

En diciembre de 2020 se aprobó en la Argentina la ley 27.610 de ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. No sólo se trata de la ampliación del reconocimiento y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, sino también un paso más en el camino de la transformación de idearios culturales, de lo que significa del derecho a la autonomía, a la toma de decisiones sobre nuestros cuerpos y al acceso a las condiciones materiales para ejercer esas decisiones. Es decir, la definición de políticas de salud y educación, pero también en la construcción de un sentido común que entienda el derecho a la salud integral desde una mirada de justicia social.

La legalización del aborto en nuestro país, es sin duda, el resultado de más de 30 años de lucha de los feminismos, movimientos de mujeres, activismos LGBTIQ+, entre otros, que encontraron en las movilizaciones del Ni Una Menos, los Paros Internacionales de Mujeres, la caja de resonancia para la masificación de un reclamo. Un reclamo que toma forma en los años ochenta al calor de los Encuentros de Mujeres y con la creación de la Comisión por el Derecho al Aborto, que luego se institucionaliza en la conformación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, cuya incidencia política

logra, de alguna manera, la despenalización social del aborto y el resquebrajamiento de su silenciamiento. Se potencian las voces en la Marea Verde que llenó las calles en 2018, resistió la derrota en el Senado, multiplicó sus fuerzas y argumentos y sostuvo el reclamo por el derecho al aborto desde un enfoque de salud integral, libertad de decidir, géneros y derechos humanos.

Considerando que el acceso a la información oportuna y basada en evidencia científica mejora la calidad de los debates, en el año 2018 publicamos «El ABC del Aborto Legal en la Argentina», que exponía los principales artículos del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) presentado por la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

Hoy, a pocos años de esa publicación, nos complace tener que actualizar ese material. Es por ello que aquí compartimos «ABC del aborto voluntario y legal en Argentina» para facilitar la divulgación y socialización de los contenidos sustanciales de la Ley 27.610, sus alcances y aspectos relevantes para su aplicación en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con capacidad de gestar. Es tu derecho, es derecho de todes. [#EsLey](#)

ABORTO, MORTALIDAD MATERNA Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE

El aborto forma parte de las muertes obstétricas directas que ocurren durante el embarazo.

La Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, la define como: «... la defunción de una mujer [o persona gestante]¹ mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales» (DEIS, 2021: 24)

El registro oficial de las muertes maternas las desagrega según causas que explica así²:

1) obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de

una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; (ejemplo: hipertensión, placenta previa, sepsis, hemorragia anteparto, entre otras);

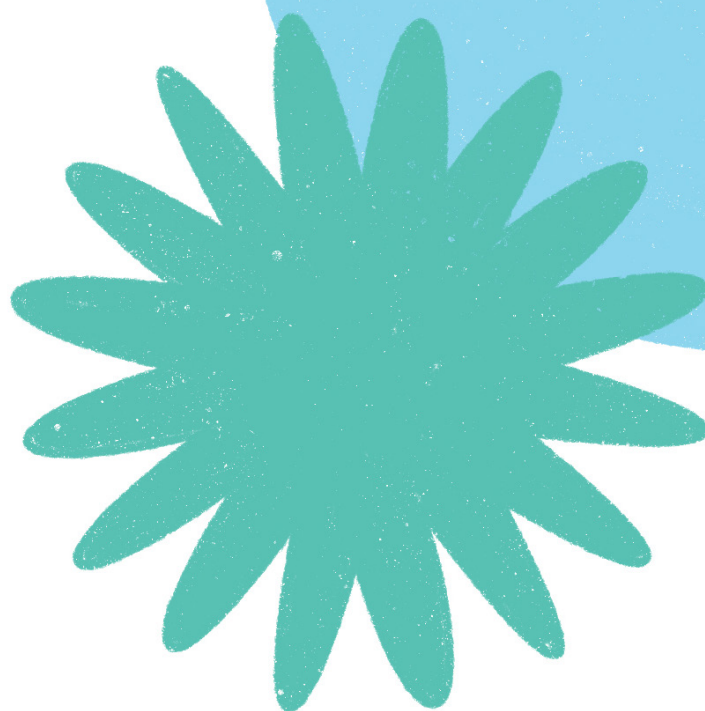
2) embarazo terminado en aborto

3) obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (ejemplo: VIH, cuestiones del sistema respiratorio y/o cardiovascular, etc)

Siguiendo ese detalle, importa señalar que, aunque las defunciones maternas contengan un registro específico de aquellas causadas por embarazos terminados en aborto, también podemos considerar que las causas obstétricas directas pueden solapar aquellos casos en que las mujeres y otras personas gestantes no pudieron acceder a una interrupción del embarazo que conllevaba un riesgo para su salud y su vida.

1. El agregado es nuestro.

2. Informe DEIS, serie 5 N° 60, Ministerio de Salud de la Nación, año 2016.



Mortalidad materna Total y por causas. Años 2016-2018³

Muertes maternas (MM)	2016	2017	2018	2019
Total MM	245	202	257	188
Causas obstétricas directas	135	118	157	115
Embarazo terminado en Aborto	43	30	35	25
Causas obstétricas indirectas	67	54	65	48

A su vez, los datos de mortalidad materna varían según las jurisdicciones. Esta variación se debe a varios factores: las condiciones sociales, el género, la edad, entre otros aspectos, son factores clave para el acceso a la salud sexual y reproductiva en general y a la interrupción del embarazo en particular, que frecuentemente es obstaculizado por las concepciones socio-cultural-morales y religiosas y los estereotipos de género en torno a la sexualidad y la maternidad que portan quienes integran los sistemas de salud en cualquiera de sus variantes, público, de obras sociales y privado.

En ese sentido, los embarazos no intencionales en la adolescencia constituyen una problemática que obliga a revisar algunas creencias y prejuicios que permean la forma en que profesionales de la salud, medios de comunicación y diversos actores asumen y abordan este tema. La maternidad en la adolescencia obedece a múltiples causas, pero sobre todo expresa desigualdades sociales ya que afecta principalmente a las adolescentes de los estratos más vulnerables, siendo más frecuente en zonas rurales, en hogares con necesidades básicas insatisfechas, entre las migrantes recientes y entre adolescentes de comunidades indígenas (Plan ENIA, 2018)⁴.

3. Elaboración propia en base a informes DEIS serie 5 N°/s 60, 61, 62, 63.

4. El embarazo y la maternidad en la Adolescencia en la Argentina. Plan Enia, Documento Técnico N°5, mayo 2019.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_la_argentina_documento_tecnico_no_5_-_mayo_2019.pdf

Otra cuestión por la cual es muy grave relativizar el embarazo en la adolescencia basándose en creencias infundadas es porque se trata mayoritariamente de embarazos no intencionales, es decir: involuntarios.

El 58.9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83.4% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales (PNSIA, 2018).

Estos embarazos ocurren involuntariamente debido a que niñas y adolescentes no son reconocidos en su condición de sujetos de derecho a la información veraz y accesible; a la educación sexual integral, a la anticoncepción oportuna, al aborto seguro (Rodríguez Vignoli, 2014). Pero también son sujetos de derecho a una vida libre de violencias, entre las que se cuenta el **abuso sexual** y ligado a este el **embarazo forzado**.

El mosaico regional de nuestro país muestra que aún persisten importantes diferencias entre jurisdicciones que indican el riesgo de embarazo no intencional para una niña y/o adolescente entre 10 y 19 años según el lugar en donde viva.

Tasa de Fecundidad Adolescente 10-14 y 15-19 años (2016)⁶

10-14 años

Jurisdicción	2016	2019
Buenos Aires	0,6	0,7
Formosa	5,2	4,9
Chaco	4,4	3,6
Misiones	3,8	3,2
Total país	1,4	1,1

15-19 años

Jurisdicción	2016	2019
Buenos Aires	48,4	37,7
Formosa	85	67,4
Chaco	82,6	71,1
Misiones	87,1	68,4
Total país	55,9	40,7

El cuadro 2 expresa los valores más altos en las tasas de fecundidad en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. La provincia de Buenos Aires está incluida como referencia por ser la jurisdicción que concentra la mayor densidad de población del país.

5. La tasa específica de fecundidad por edad es = al Número de nacidos vivos registrados en la población de personas gestantes de un grupo de edad específico, de una zona geográfica dada, en un año dado; dividido la población de personas gestantes de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año, por 1.000.

6. Fuente: información sistematizada por el Área de Monitoreo y Evaluación de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva a partir de Estadísticas Vitales, publicadas por la DEIS, Msa, 2021

¿Cómo leer estos datos? En el año 2016 vemos que, de cada 1.000 niñas de 10 a 14 años, 0,6 tienen un hijo en Buenos Aires; y 5,2 niñas tuvieron un hijo en Formosa; 4,4 en Chaco y 3,8 en Misiones. Durante el mismo año, de cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años, 48,4 tuvieron un hijo en Buenos Aires, 85 en Formosa, 87,1 en Misiones, y 82,6 en Chaco. La lectura comparada con el total país nos da una idea de cómo superan la tasa nacional las provincias con los indicadores más altos de embarazo en la adolescencia. A su vez, podemos ver que, en el año 2019, un año posterior al primer debate por la legalización de la IVE, hay una baja en las tasas de fecundidad entre 15 y 19 años, pero es bastante más leve de 10 a 14.

Podemos sospechar que la incidencia por la legalización del aborto, si bien no logró ese año el cambio normativo, sí consiguió ampliar el margen de la despenalización social del aborto, lo que se tradujo en una mayor divulgación de las causales habilitantes del aborto vigentes desde 1921 en el código penal (violación, riesgo para la salud y riesgo para la vida); la apropiación social del derecho y el reclamo de su ejercicio, y relacionado a esto, la des-estigmatización de la práctica de los abortos en el sistema de salud y la oportunidad de sensibilización de sus equipos profesionales. A pesar de ello, vemos que siguen siendo las personas gestantes que se encuentran en la adolescencia y especialmente en la niñez,

las que continúan marcando los niveles más altos de embarazos no voluntarios.

Esto sugiere, entre otras cosas, que posiblemente muchas no accedieron a la información, a la oportunidad y/o a posibilidad de interrumpir el embarazo, la falta de oferta y acceso a la anticoncepción, la imposibilidad de prevenir un abuso sexual, y la falta de opciones para acceder a la interrupción del embarazo. Cabe aclarar que no estamos afirmando que todos los embarazos de personas adolescentes menores de 19 años son el resultado de abusos sexuales, pero sí es la principal causa en la franja de 10 a 14 años.

Entendemos por **abuso sexual** contra niñas y adolescentes como aquel «que ocurre cuando éstas son obligadas a intervenir o se les usa para actos sexuales que se dirigen a conseguir la gratificación del agresor o de una persona observadora. Estos actos sexuales pueden ir desde la estimulación del agresor, la víctima y otra/s persona/s, tocamientos, manoseos hasta violaciones, explotación o pornografía, entre otros»⁷.

Les niñas y adolescentes que son víctimas de abuso sexual en el marco de vínculos intrafamiliares, o conocidos, tienen menor capacidad para develar, comunicar el hecho, por diversos niveles de dependencia (emocional, económica) y por el ocultamiento que ocurre de forma recurrente en estos casos. Por ello, **se considera que allí existe violencia sexual, aunque las niñas y adolescentes NO PUEDAN identificarla inicialmente.**

7. Fuente: Documento N° 6 publicado por el Plan Enia. Documento disponible **haciendo click acá**.



Un embarazo que ocurre y se mantiene sin la voluntad de la persona gestante constituye un embarazo forzado. Es uno de los efectos posibles de los abusos sexuales. «El embarazo en edades tempranas, presenta mayores riesgos de salud y desarrollo para las niñas gestantes. Si se trata de un embarazo forzado se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo que se manifiesta cuando ese abuso no fue detectado o estuvo rodeado de ocultamiento y estigma»⁸.

De acuerdo a los estándares internacionales de derechos humanos vigentes en los casos de embarazo forzado producto de violencia sexual, todas las mujeres y personas con capacidad de gestar niñas y adolescentes deben tener acceso a la interrupción del embarazo.

¿Cuál es el impacto de la maternidad forzada?

- Genera un cambio fundamental en la vida de una niña, adolescente, mujer o persona gestante. Imponer una maternidad forzada implica vulnerar el derecho a elegir si tener hijos o no, cuándo y cómo tenerlos.
- Implica mayores posibilidades de perder un empleo o tener uno en condiciones de informalidad, sin acceso a cobertura sanitaria y licencias pagas. Si la persona no puede optar por cómo llevar adelante su proyecto de vida está siendo expuesta a condiciones de exclusión, precarización y violencia.
- La maternidad en la adolescencia es una de las principales causas de deserción escolar, con un impacto en las posibilidades posteriores de desarrollar un plan de vida con autonomía.
- La maternidad a edades tan tempranas impacta en la educación de las mujeres: el 95 % de las adolescentes de 14 años que no tienen hijos asiste a un establecimiento, mientras que sólo el 66% de las que tienen hijos permanece en el sistema educativo (UNFPA, 2013)
- A los 19 años, el nivel de asistencia escolar varía del 21 al 59 por ciento entre las no madres y madres respectivamente. Los motivos de este abandono se relacionan con la asunción de responsabilidades domésticas o de cuidado, la necesidad de trabajar para completar el ingreso del hogar o por involucrarse en uniones tempranas (UNFPA, 2013)

8. Fuente: Documento N° 6 publicado por el Plan Enia. Documento disponible [haciendo click acá](#).

REGULACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNDO

Existen cuatro grandes modelos de regulación del aborto en el mundo⁹. Estos son:

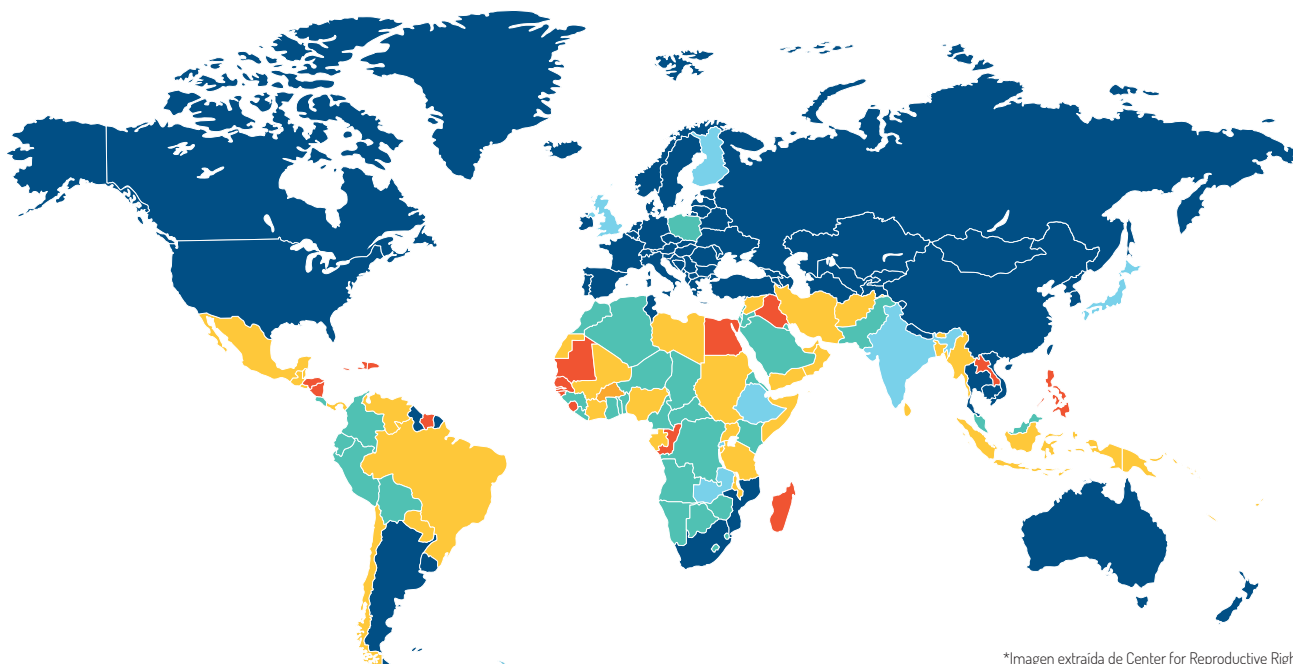
Penalización total: Prohíbe el aborto en todos los casos sin excepciones.

Sistema de causales o permisos: la regla general es la prohibición del aborto, pero lo permite en determinadas excepciones y/o circunstancias, llamadas causales o permisos. En general, las causales contemplan la interrupción del embarazo en casos de violación, peligro para la salud o la vida de la persona gestante, malformaciones

fetales, y razones socioeconómicas.

Sistema de plazos: habilita el acceso al aborto a voluntad de la persona gestante realizado hasta determinado momento de la gestación (usualmente propone como plazo las 12 o 14 semanas)

Sistema mixto: habilita la práctica interrupción del embarazo de manera voluntaria hasta determinado momento de la gestación y luego de ese plazo, prevé causales de legalidad para la realización del aborto.



*Imagen extraída de Center for Reproductive Rights¹⁰

 Penalización total  26 países	 Peligro para la vida  39 países	 Peligro para la salud  56 países	 Amplio rango de causales (Sociales, económicas y otras)  56 países	 A voluntad (límites por plazo gestacional variable)  67 países
--	--	---	---	---

9. REDAAS y DNSSR, Ministerio de Salud de la Nación, 2021

10. La versión interactiva actualizada en tiempo real está disponible en <https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws>

EL ABORTO EN NÚMEROS



Muchas personas creen que despenalizar el aborto incrementaría los casos. Pero los números* de la Organización Mundial de la Salud indican lo contrario:

Mientras que en países donde el aborto **es legal hoy**

34

abortos por
cada **1.000**
embarazos.



Mientras que en países donde el aborto **es ilegal hoy**

abortos por
cada **1.000**
embarazos.

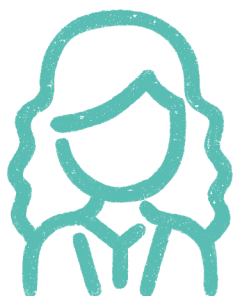
37

Penalizar el aborto no reduce los casos, pero si incrementa los riesgos:

En los países donde el aborto es legal, la **tasa de mortalidad** es de apenas

0.7

por cada 100.000
procedimientos.



En cambio, se estima que en países donde el aborto es ilegal

6.9
MILLONES

de mujeres sufrieron
complicaciones

y entre

22,500 Y
44.000

de ellas **murieron**
por un procedimiento mal
practicado.



Fuente: Pictoline, con datos de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher

LA REGULACIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA

¿Qué cambia con la ley 27.610?

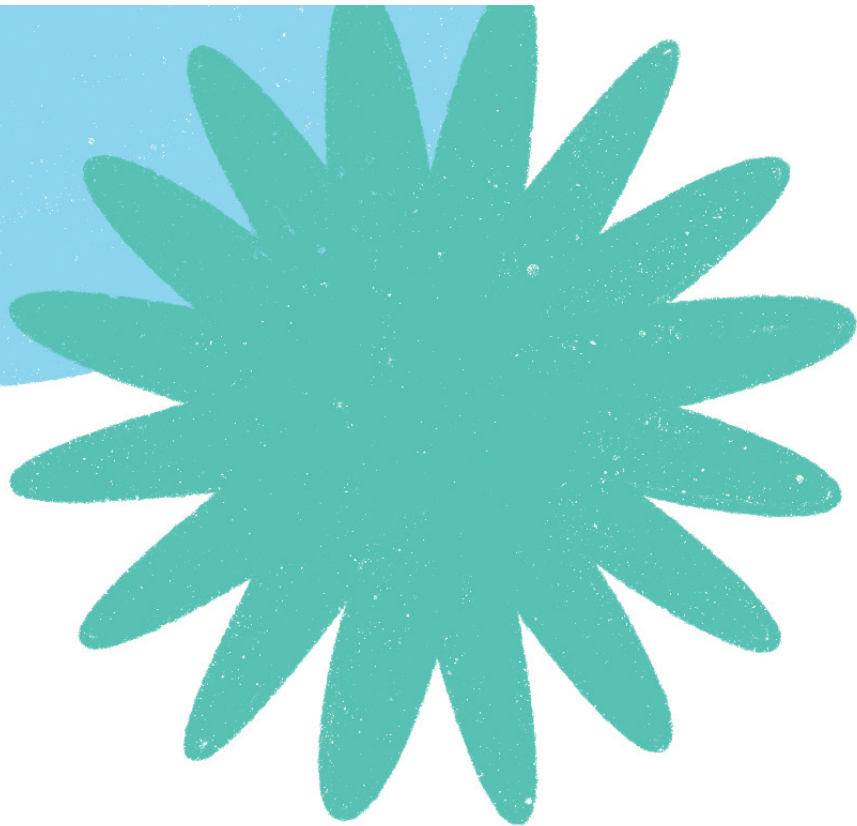
TIPO DE REGULACIÓN

A fines de 2020, el Congreso Nacional aprobó la **ley 27.610** de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que reconoce el derecho a la **interrupción del embarazo** y a la atención post aborto y establece la aplicación de un **SISTEMA DE REGULACIÓN MIXTO**.

Es decir que habilita el **derecho al aborto teniendo como único requerimiento la voluntad** manifiesta de hacerlo hasta la semana 14, inclusive, de gestación (**sistema de plazos = IVE**) Cabe aclarar que cuando el texto de la ley dice «**14 semanas, inclusive, de gestación**» se refiere al lapso comprendido hasta las **14 semanas y 6 días de gestación**.

Luego de ese plazo habilita el **derecho al aborto en caso de** que el embarazo sea producto de una **violación**, o en caso de que esté en **peligro la vida o la salud integral** de la persona gestante (**sistema de causales = ILE**)



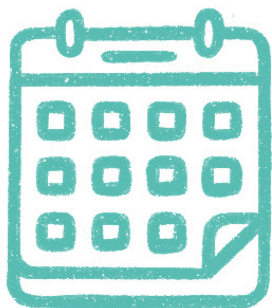


Las disposiciones de la ley son de orden público, por lo tanto, su aplicación es obligatoria en todo el territorio argentino y su ejercicio no requiere de la adhesión de las provincias y/u otras jurisdicciones ni reglamentación para su validez.

La ley indica para los casos en que el aborto se encuadre en la causal violación sólo se requiere la declaración jurada de la persona gestante. Salvo en los casos de violación de niños menores a 13 años de edad en los que no se requiere de la presentación de una declaración jurada.

No está demás aclarar que, si la persona gestante solicita la realización de un aborto porque el embarazo es el resultado de una violación, o manifiesta la voluntad de interrumpirlo aludiendo a su salud o proyecto de vida, no es necesario, bajo ningún punto de vista postergar la realización de esa interrupción pasadas las 14 semanas, para encausarlas en el sistema de permisos.

El aborto es legal en todas las circunstancias, solo cambian los requerimientos para su realización de acuerdo a las semanas de gestación.

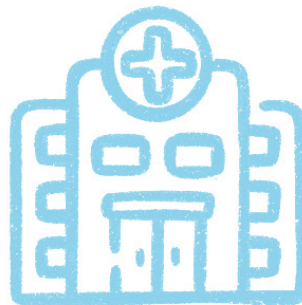


¿CUÁL ES EL PLAZO PARA ACCEDER A UN ABORTO?

Los servicios del sistema de salud deben garantizar la práctica en un plazo no mayor a los diez (10) días corridos desde que la persona lo haya solicitado y respetando estándares de calidad en el acceso y la atención. Los servicios de salud deben confirmar la edad gestacional mediante los medios más rápidos disponibles (la ecografía NO es obligatoria)

¿DÓNDE PUEDO ACCEDER A UN ABORTO?

Las prestaciones establecidas en la ley se incluyen en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo. Esto significa que los tres subsistemas de salud existentes: público; del régimen de seguridad social (nacional/provinciales); y medicina prepaga, deben garantizar la cobertura integral y la gratuidad de la práctica.



¿CUÁLES SON LAS CONDICIONES MÍNIMAS PARA LA ATENCIÓN?

La ley enumera las condiciones mínimas y derechos que los servicios de salud deben garantizar en la atención del aborto y el post aborto, a saber: **trato digno, privacidad, confidencialidad, acceso a la información y transparencia activa** (facilitar información, que sea accesible y confiable, aunque la persona no la pida expresamente y no dar información que la práctica no requiera y/o sea inadecuada, por ejemplo hacer escuchar los latidos del feto en una ecografía); **autonomía de la voluntad** lo que contempla la **autonomía progresiva**, es decir, la capacidad que tienen niñas y adolescentes de tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud de acuerdo a su desarrollo. Esto supone el acceso a la información y la participación de niñas y adolescentes en las decisiones sobre su salud. **Calidad:** comprende los aspectos técnicos, de servicio e interpersonales relacionados con el acceso oportuno, eficaz, seguro, equitativo, y centrado en la persona para la atención de la salud (OMS, 2020). Siguiendo este principio, la OMS desaconseja la realización de legrados y recomienda la AMEU (aspiración manual endouterina)



¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A UN ABORTO?

Hasta la semana 14 de gestación, no tenés que explicitar ningún motivo. Solo debés firmar un documento llamado “consentimiento informado” donde dice que tomás la decisión de abortar sin presiones y habiendo recibido toda la información.

¿QUÉ PASA SI SOY NIÑA O ADOLESCENTE?

La ley indica que las personas **mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad para decidir**, solicitar y prestar su consentimiento informado para la realización de un aborto.

En el caso de las personas que tienen **entre 13 y 16 años pueden brindar su consentimiento** en forma autónoma **si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud**. De acuerdo a los procedimientos que implica la interrupción del embarazo, no debería considerarse una práctica que implica un riesgo grave para la salud o la vida. **Por el contrario, llevar adelante un embarazo en niñas menores de 19 años sí representa un riesgo para la salud y la vida de esas personas.**

Quienes tengan **menos de 13 años pueden ser acompañadas para dar su consentimiento por progenitoras/es, representantes o referentes afectivos.**



El aborto es parte de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes. Según la legislación actual (Código Civil y Comercial, ley 27.610) les adolescentes pueden tomar decisiones por sí mismas para:

- Acceder al test y diagnóstico de VIH.
- Acceder a métodos anticonceptivos.
- Recibir atención para control de su salud.
- Recibir vacunas.
- Acceder a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.
- Recibir tratamientos, por ejemplo, por cuadros de gastroenterocolitis, gripe, neumopatía, por fracturas
- Acceder a tratamientos de modificación corporal en relación a su identidad de género autopercebida

¿QUÉ PASA SI TENGO UNA DISCAPACIDAD?

Siempre se presume la capacidad jurídica de las personas, salvo que exista una sentencia judicial de restricción a la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud. La ley 27.610 establece explícitamente que en caso de que la persona solicitante tenga capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no guarde relación con el ejercicio del derecho a la salud, la misma **puede prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, sólo si la persona lo requiere, puede usar los sistemas de apoyo.**

En ningún caso se debe solicitar el consentimiento, asentimiento o refrenda de cualquier

otra tercera persona que acompañe a la persona con discapacidad.

La ley 27.610 reitera la responsabilidad que tienen el Estado, en sus distintas jurisdicciones: nacional, provincial, municipal y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de implementar la ley 26.150 de Educación Sexual Integral, mediante políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población, especialmente de niñxs y adolescentes.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN POST-ABORTO?

La atención post aborto consiste en la **consulta de seguimiento posterior a la realización de un aborto** con la finalidad de chequear la expulsión haya sido completa y la persona reciba asesoramiento sobre opciones anticonceptivas.

A veces, y particularmente en el caso de las interrupciones de embarazo mediante AMEU, la consejería en opciones de anticoncepción se realiza previamente a la IVE/ILE, sobre todo en el caso de que la persona gestante opte por el uso de un dispositivo intrauterino (DIU con cobre o con levonorgestrel) que puede ser colocado inmediatamente post evento obstétrico (aborto).





OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Un objetor de conciencia es una persona que se niega a realizar interrupciones del embarazo con fundamento en creencias morales o religiosas.

La ley 27.610 entiende que este derecho **excepcional** es de carácter individual y sólo corresponde al profesional que debe intervenir de manera directa en la realización de un aborto.

La objeción de conciencia es de carácter individual y corresponde sólo al profesional que interviene de manera directa en la interrupción de un embarazo.

La ley estipula que las y los profesionales que se manifiesten como objetores de conciencia deberán mantener su decisión en todos los ámbitos de la salud en los que ejerzan su profesión: público, privado o de la seguridad social.

Quienes sean objetores deben derivar oportunamente a la persona que solicita el aborto para que sea atendida por otro/a profesional sin demoras.

En caso de que la salud o la vida de la persona esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable, **el profesional de la salud no puede negarse a la realización de la práctica**. La objeción de conciencia no tiene lugar en el caso de la atención post aborto.

Los y las profesionales que no cumplan con la ley pueden ser penalizados con sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles según corresponda

En el caso de los **EFFECTORES DE SALUD DEL SUBSECTOR PRIVADO O DE LA SEGURIDAD SOCIAL** que no cuenten con profesionales para realizar el aborto a causa del ejercicio de la **OBJECCIÓN DE CONCIENCIA**, las instituciones deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice la práctica y que sea de similares características al que la persona solicitante acudió. En ese caso, los costos asociados a la prestación corren por cuenta del efector que realiza la derivación.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La posibilidad de acceder a las interrupciones de los embarazos según establece la normativa vigente en nuestro país depende en gran medida de la responsabilidad de lxs profesionales que integran los equipos sanitarios, de los servicios de salud de los subsistemas público, privado y de la seguridad social. De brindar acceso a la información y atención de las prácticas de aborto y post aborto.

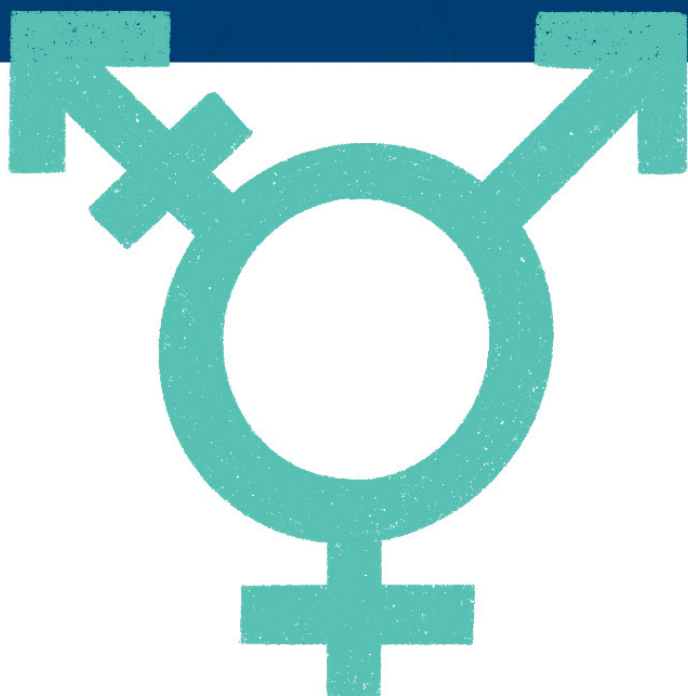
La ley incorpora el artículo 85bis al Código Penal, en el que informa que serán penalizadas las personas que son parte del personal de salud y que, de forma injustificada, realicen operaciones que retrasen el proceso; suministren

información falsa; violen el deber de secreto profesional y el de confidencialidad o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto. Por personal de salud se entiende a todas las personas que trabajan en un servicio de salud: equipo médico, enfermeros/as/es, trabajadores/as sociales, psicólogos/as/es, licenciados/as/es en obstetricia y quienes se ocupan de las tareas administrativas, operativas, de mantenimiento y seguridad.

La responsabilidad por vulnerar el derecho puede ser tanto civil como penal, en el primer caso se trata de una reparación por el perjuicio causado (art 1716, CCyC) y en el segundo de las sanciones que contempla el artículo 85 bis que puede ser tanto de prisión como de inhibición del ejercicio profesional.

También son pasibles de sanción aquellos comportamientos por parte de integrantes de los equipos de salud que incurran en las modalidades de violencias descriptas por la ley 24.685 a saber:

- **Violencia institucional** que es aquella perpetrada por funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a institución, órgano o agencia públicas, cuyo objetivo sea demorar, obstaculizar, y/o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en la ley.
- **Violencia contra la libertad reproductiva:** refiere a la omisión deliberada de parte de profesionales de la salud de brindar asesoramiento y provisión de insumos, prestaciones y atención de la salud sexual y reproductiva, contempladas en el marco jurídico vigente.
- **Violencia obstétrica:** aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y personas gestantes expresada en un trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales, incluyendo la interrupción del embarazo.



PERSPECTIVA DE GÉNEROS Y DIVERSIDAD SEXUAL Y CORPORAL

La Ley 27.610 reconoce el derecho a abortar a: las mujeres cis, varones y/o masculinidades trans, y/o personas gestantes no binaries. Es decir, reconoce y así lo expresa, el derecho de todas las personas por su capacidad de gestar y no por su categoría de género asimilada a la genitalidad cis sexista, esto es mujeres= vagina/utero= reproducción.

En ese sentido, en su primer artículo la ley comunica su objetivo de regulación de la interrupción voluntaria del embarazo y de la atención post aborto desde una perspectiva que entiende el género y los cuerpos como una construcción que atraviesa dimensiones sexo-genéricas, identitarias, políticas, sociales y culturales.

¿QUÉ ESTABLECE LA LEY 27.610 DE IVE/ILE?

- El derecho a decidir y a acceder al aborto, con el teniendo como único requerimiento la voluntad manifiesta de la mujer, y/o persona gestante, niña, adolescente, hasta las 14 semanas de gestación inclusive (sistema de plazos)
- El derecho a decidir y a acceder al aborto por causales en caso de que el embarazo sea producto de una violación o que ponga en riesgo la vida y/o la salud integral de la persona gestante.
- El derecho a requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del subsistema de salud ya sean públicos, de la seguridad social, y/o privados.
- El derecho a requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud públicos, de la seguridad social, y/o privados.
- El derecho a prevenir los embarazos no intencionales.

¿CUÁLES SON LAS OPCIONES PARA INTERRUPIR UN EMBARAZO?

Hay dos formas de interrumpir un embarazo de forma segura en el primer trimestre de gestación: El tratamiento farmacológico con mifepristona + misoprostol y el método AMEU (Aspiración Manual Endouterina).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los estándares de calidad que establece la Organización Mundial de la Salud para la práctica del aborto indican la combinación de misoprostol con mifepristona. Éste último medicamento está disponible en Argentina desde marzo del 2023. Antes, se realizaba el procedimiento utilizando únicamente misoprostol.

El tratamiento farmacológico con **misoprostol y mifepristona de forma combinada tiene un 98% de efectividad y se realiza de forma ambulatoria**, es decir, sin inter-

nación, hasta la semana 12 de gestación. El tratamiento completo consiste en tomar 1 comprimido de mifepristona por vía oral y a las 24-48 horas utilizar 4 comprimidos de misoprostol. El misoprostol se puede usar por vía bucal, vaginal o sublingual y una vez que se elige una vía, no se puede cambiar a la otra en mitad del tratamiento. Es común sentir molestias similares a los cólicos menstruales que se pueden aliviar con analgésicos o aplicando calor en la zona abdominal.





AMEU

La **Aspiración Manual Endouterina (AMEU)** es el método recomendado por la OMS, FIGO, IPAS y todas las agencias internacionales y sociedades científicas para erradicar el raspado o legrado uterino. La OMS recomienda los métodos de aspiración endouterina (ya sea manual o eléctrica) como métodos preferibles. La AMEU actúa aspirando el contenido dentro de la cavidad uterina a diferencia del legrado que “raspa” y tiene alto riesgo de hacer daño al endometrio.

Este procedimiento puede realizarse en un consultorio de ginecología, equipado con los elementos necesarios, es decir **puede ser realizado en forma ambulatoria, sin internación, hasta las 12 semanas de gestación**, utilizando analgésicos y anestesia local. Tiene una efectividad de entre el 95% y 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

MISOPROSTOL EN ARGENTINA

Durante décadas en Argentina sólo hubo dos formas farmacéuticas autorizadas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para el misoprostol: una de 200 microgramos (mcg) combinada con diclofenac, indicada para artritis y osteoartritis, y otra de 25 mcg para la inducción del parto de término. Para interrumpir un embarazo, se utilizaba entonces la fórmula de 200mcg combinada con diclofenac de manera «off label»¹¹ pero al no estar formalizado para el uso de la interrupción del embarazo, su circulación predominaba en el mercado informal a costos muy elevados y sin garantía de calidad.

El misoprostol es calificado como medicamento esencial por la Organización Mundial de la Salud, con un costo que representa un tercio del valor del mercado.

En Julio de 2018 en el marco del primer debate por la legalización del aborto voluntario, la ANMAT autorizó, mediante el trámite DI-2018-6726, la producción de comprimidos vaginales de misoprostol bajo la nominación MISOP200 en la concentración de 200 mcg/monodroga (es decir: sin asociación con diclofenac) con la condición de venta bajo receta archivada y uso institucional y hospitalario exclusivo.

En octubre del mismo año, mediante el trámite DI 2018- 946 la ANMAT autoriza a la fir-

ma «Laboratorios Domínguez S.A». la producción de misoprostol 200 mg y distribución en farmacias. Esta última disposición de la ANMAT permite la presentación en dosis de 12 comprimidos, que son las necesarias para realizar una interrupción segura del embarazo y además, la posibilidad de que el producto sea comercializado al público bajo receta archivada, lo que amplía el destino aprobado inicialmente de solo uso institucional y hospitalario.

En el año 2019 el misoprostol fue incorporado a la canasta de insumos de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y se distribuye a través del Programa REMEDIAR a los depósitos de salud provincial para su distribución a efectores de salud del sistema público que garantizan el acceso al aborto.

En febrero de 2021 la ANMAT aprobó mediante la DI 2021-1030 la producción de misoprostol al laboratorio LIF de la provincia de Santa Fe. De esta manera, el LIF se convierte en el primer laboratorio público del país en condiciones de proveer el insumo a todas las provincias de Argentina. A su vez, la Productora Farmacéutica Profarse, de la provincia de Río Negro se encuentra trabajando en la producción y distribución de misoprostol a nivel nacional. Además, en San Luis, Laboratorios Puntanos es el tercer laboratorio público que se suma a Santa Fe y Río Negro para la fabricación de este medicamento. Queda pendiente la incorporación de la mifepristona al ANMAT a fines de incrementar la facilitación del acceso al derecho, brindar mayor celeridad a la práctica y disminuir el porcentaje de tratamientos fallidos.

11. Se entiende por off label el uso de un medicamento por fuera de la/s indicación/es para el que fue aprobado o su uso en una forma diferente.



¿PARA QUÉ SIRVE EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA IVE/ILE?

El Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derecho a la IVE/ILE, publicado por la resolución 1535/2021 del Ministerio de Salud de la Nación, es una herramienta de la política pública que ha sido elaborada para implementar la Ley 27.610 que es una ley de orden público¹².

¿QUÉ SIGNIFICA QUE LA 27.610 ES UNA LEY DE ORDEN PÚBLICO?

Quiere decir que se trata de una normativa cuya observancia y/o cumplimiento es necesario para el mantenimiento de un mínimo de condiciones indispensables para el ejercicio básico de la ciudadanía, de la vida social común, y por lo tanto, no pueden ser dejadas de lado ni alteradas por la voluntad de los individuos.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS USUARIAS Y RESPALDO A LOS EQUIPOS DE SALUD

El Protocolo IVE/ILE fija estándares de acceso y calidad en la atención de las personas que requieren la interrupción de un embarazo o de la atención post aborto y también brinda apoyo y respaldo a los profesionales y a las instituciones que garantizan este derecho.

El Protocolo permite legitimar, apoyar y acompañar el trabajo de los equipos de salud que ya vienen brindando acceso y atención a la IVE/ILE y también genera las condiciones para ampliar la capacidad sanitaria, es decir para incorporar nuevos equipos para la atención del aborto con estándares adecuados, seguros, y de calidad.

12. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>



CONTENIDOS DEL PROTOCOLO IVE/ILE

El Protocolo IVE/ILE aborda tanto el marco legal para la atención del aborto como los estándares para el proceso de atención integral del aborto.

MARCO NORMATIVO

El Protocolo contempla los aspectos específicos de los derechos de las personas y las responsabilidades del sistema de salud; los principios rectores de la atención (trato digno, privacidad, acceso a la información/transparencia activa, autonomía de la voluntad, calidad, celeridad); el consentimiento informado; el plazo para la realización de la práctica; condiciones en caso de objeción de conciencia por parte de profesionales y responsabilidades ineludibles del sistema de salud.

MARCO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Por otro lado, el Protocolo señala los estándares para el proceso de atención integral de atención desde la recepción de la persona usuaria que solicita el aborto hasta el seguimiento y atención post aborto, incluyendo la consejería integral y el acceso a la anticoncepción. Esto contempla los procedimientos para la interrupción del embarazo; las técnicas medicamentosas y quirúrgicas, y el manejo de las complicaciones.

Los lineamientos sanitarios para la práctica de la IVE/ILE que brinda el Protocolo se inscriben en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2019) e IPAS (2020) referidas al procedimiento para realizar la interrupción del embarazo. En relación a los estándares técnicos, el Protocolo actualiza las dosis de medicamentos para la realización del aborto medicamentoso y sostiene las recomendaciones sobre la práctica de AMEU.



¿QUÉ ES UNA CONSEJERÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE LA IVE/ILE?

Una de las dimensiones en las que enfatiza el Protocolo IVE/ILE es en la consejería integral. Se trata de un espacio de consulta en el que el equipo de salud orienta a la persona gestante sobre lo que significa el derecho a la IVE/ILE, y los pasos para su procedimiento, así como también los derechos que la asisten en el caso de decidir continuar con el embarazo. En caso de que la persona haya sido víctima de violencia sexual, el equipo de salud puede asesorar sobre la posibilidad de denunciar,

aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de aborto. Ante un caso que se encuadre dentro de la causal salud, la consejería sirve para informar sobre los riesgos asociados a la continuación del embarazo. También es el espacio de consulta oportuno para detallar los procedimientos posibles, adecuados y disponibles para interrumpir el embarazo, identificar las redes de apoyo con las que cuenta la persona que solicita la práctica; y para orientar y brindar atención post aborto inmediata, incluyendo la oferta de anticoncepción.

COBERTURA PARA LAS PRESTACIONES DE IVE/ILE

Los tres subsistemas de salud: público, de la seguridad social (obras sociales) y privado (empresas y entidades de medicina prepaga) deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la práctica de interrupción del embarazo. Asimismo, los servicios de salud tienen la responsabilidad de brindar información y orientación actualizadas, completas, accesibles, y garantizar el trato respetuoso, la confidencialidad, y la autonomía, respetando la voluntad de niñas y adolescentes, y de las personas con discapacidad.

Además de brindar acceso y cobertura de la IVE/ILE, el sistema de salud debe ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores al procedimiento.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuando hablamos de consentimiento informado para la realización de una IVE/ILE, se trata de un **proceso a través del cual una persona brinda su conformidad con la indicación o propuesta médica, luego de recibir la información completa, adecuada, clara y precisa** acerca del mejor tratamiento disponible, las alternativas terapéuticas y los beneficios y riesgos esperados. El resultado final del consentimiento informado como proceso, es la toma de decisiones libre, autónoma, informada y sin ningún tipo de presiones por parte de la persona usuaria

En el caso de niños y adolescentes (NyA) el Protocolo contempla el modelo de atención basado en los derechos de esta población. Trabaja en el abordaje de situaciones de abuso y

violencias sexuales y de la articulación interinstitucional, que se requiera para la protección de los derechos de las niñas y adolescentes. Cabe recordar que los principios que rigen los derechos sexuales y reproductivos de niños y adolescentes se basan en la autonomía progresiva, el derecho a ser escuchados, la participación significativa y el interés superior¹³.

En el caso de las personas con discapacidad, el proceso a través del cual quién solicita la IVE/ILE brinda su consentimiento informado debe garantizar que la información se comunique de modo accesible, haciendo las adaptaciones de accesibilidad necesarias (lenguaje sencillo, lengua de señas, Braille y/o la modalidad que se requiera en cada caso). Además, en caso de que la persona con discapacidad lo solicite, incluir el sistema de

13. Ley de Protección integral de NNA y otras normativas nacionales relativas; Tratados y Convenciones incorporadas a la CN, CCC y Res 65/2015, Msal. 65/2015 y Res. 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación

14. Ley de derechos del paciente y otras normativas nacionales relativas; Tratados y Convenciones incorporados a la CN, CCC y Res 65/2015.

FUENTES CONSULTADAS

[Acceso a la justicia](#): abusos sexuales y embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años. Plan Enia. Documento técnico N° 6. Noviembre 2019

Alcances de la [Ley 27.610](#) documento elaborado por [Agustina Ramón Michel](#), [Sonia Ariza Navarrete](#) y [Felicita Rossi](#), abogadas e integrantes de REDAAS. Actualizado por M. Celeste Leonardi, abogada y asesora legal de la DNSSR (2021)

[El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina](#). Plan Enia. Documento técnico N° 5. Mayo 2019

[Informes serie 5, Números 60 al 63](#). Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)

[Ley 27.610. Estándares legales para la atención de la interrupción del embarazo](#). Nota Técnica N° 3. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021, Ministerio de Salud de la Nación.

[Ley 27.610. Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo](#). Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE. Nota Técnica N° 4. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021, Ministerio de Salud de la Nación. Mapa regulación del aborto en el Mundo. Center for Reproductive Rights. <https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws>

[Maternidad en la niñez. Enfrentar el desafío](#). Estado de la Población Mundial, UNFPA 2013

[Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo](#). Actualización 2021. Res 1535/2021 Ministerio de Salud de la Nación.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

[Presentación del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo](#), realizada por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el 28/05/2021.

Si te interesa conocer más sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y las obligaciones de los equipos de salud para garantizar su acceso, te invitamos a escuchar **#AhoraQueEsLey**, un podcast de FUSA AC.



