

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Mónica Alicia López

PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ABORTO NO PUNIBLE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2015

Citar como: López, M. A. (2015). Programa de salud reproductiva y procreación responsable y protocolo de atención integral de aborto no punible en la Provincia de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3071>

AGRADEZCO

Al doctor Alejandro F. Collia, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a quien admiro, por guiarme con sus valores.

A la Dra. Marisa Matía, Coordinadora del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Provincia de Buenos Aires, por todos los datos aportados para el presente estudio.

A los profesores y docentes de la Universidad ISALUD, de quienes he aprendido y he tomado todo el conocimiento posible para mejorar profesionalmente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN ABSTRACT

PRESENTACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 2.1. Formulación del Problema
- 2.2. Argumentación, Utilidad, Relevancia y Justificación
- 2.3. Objetivo General.
- 2.4. Objetivos Específicos

3. TIPO DE TRABAJO Y METODOLOGÍA

4. DESARROLLO

Marco Teórico Conceptual

5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE Y DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ABORTO NO PUNIBLE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

6. DATOS DE ANÁLISIS COMPARADOS

- 6.1 Evolución en la disminución de la tasa de muertes maternas en el período 2010-2014
- 6.2 Número de defunciones por aborto como causa de mortalidad materna en el período 2011-2014
- 6.3 Tipificación de Causas de Aborto en Muertes Maternas en el período 2011-2014

7. CONCLUSIONES

8. BIBLIOGRAFÍA

9. ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo pretende ofrecer una consolidación de las acciones logradas por el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable entre 2003 y 2013 y en especial, la instauración del Protocolo de Aborto No Punible en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, a lo largo de un período que va desde 2011 a 2014.

En la República Argentina no existe aún una ley de despenalización del aborto. Sin embargo, en un país federal, cada estado puede crear sus propias leyes, decretos, resoluciones y disposiciones según las atribuciones del ART 121 de la Constitución Nacional.

Desde ese lugar, la Provincia de Buenos Aires por Resolución Ministerial 3146/12 instala una de las estrategias principales del Programa Provincial de Salud Sexual en la Provincia de Buenos Aires para la prevención de abortos inseguros a través del Protocolo de Aborto No Punible, intentando también, disminuir con estas acciones la Tasa de Mortalidad Materna.

PALABRAS CLAVE

Salud Reproductiva; Procreación Responsable; Aborto; ANP (Aborto No Punible); Provincia de Buenos Aires.

ABSTRACT

This paper aims to provide a consolidation of the actions and progress made by the Program on Reproductive Health and Responsible Parenthood, especially in establishing the Non Punishable Abortion Protocol in the Province of Buenos Aires, Argentina over a period ranging from 2001 to 2014. In the Argentinian Republic there is still no law to decriminalize abortion. However, in a federal country, each state can create its own laws, decrees, resolutions and provisions under the powers of ART 121 of the Argentinian Constitution. From there, the Province of Buenos Aires by Ministerial Resolution 3146/12 install one of the main strategies of the Provincial Program on Sexual Health in the province of Buenos Aires for the prevention of unsafe abortions by the Non Punishable Abortion Protocol.

KEYWORDS

Reproductive Health, Responsible Parenthood, Abortion, LA (legal Abortion); Province of Buenos Aires.

SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y Protocolo de Atención Integral de Aborto No Punible en la Provincia de Buenos Aires.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende ofrecer una consolidación de las acciones y avances logrados por el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, en especial en la instauración del Protocolo de Atención Integral de Aborto No Punible y la relación con la Mortalidad Materna en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, a lo largo de un período que va desde 2003 hasta 2014.

En el año 2003 se sancionó la Ley Provincial 13.066 que creó el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva de toda la población, sin discriminación alguna (ART 2°).

A partir de allí, los derechos sexuales y reproductivos comenzaron a ocupar un lugar preponderante en las políticas públicas inaugurando un período de avances legislativos en la materia.

La ley de Educación Sexual Integral (2006), la Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que se desarrolle sus relaciones interpersonales (2009), la Ley del Matrimonio Igualitario (2010), la Ley de Fertilización Asistida (2011) y la Ley de Identidad de Género (2012) marcan una revolución normativa en Argentina otorgando nuevas herramientas para los derechos sexuales y reproductivos.

Este proceso de legitimación de derechos como campo de ejercicio de los derechos humanos es un recorrido complejo atravesado por múltiples actores, instituciones, conflictos teóricos, éticos, ideológicos y políticos, tensiones que intervienen sobre el cuerpo, las sexualidades, la reproducción, el derecho al aborto y al cuidado de la salud de las personas.

Lo desafíos y los avances logrados fueron muchos, sin embargo, en la República Argentina no existe aún una ley de despenalización del aborto a nivel nacional. Sin embargo, en un país federal, cada estado puede crear sus propias leyes, decretos, resoluciones y disposiciones según las atribuciones del ART 121 de la Constitución Nacional - "Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación".

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los derechos sexuales y reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertenecientes a las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos documentos se refieren a:

- Derecho a disfrutar una vida sexual placentera y saludable, sin coacción ni violencia;
- Derecho a ejercer su preferencia sexual. Libremente y sin sufrir discriminación ni violencia;
- Derecho a elegir si tener o no tener hijos y con quién tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos;
- Derecho a obtener atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva;
- Derecho a obtener información y orientación clara, completa y oportuna sobre la salud sexual y reproductiva expresada en términos sencillos y comprensibles.

La Argentina cuenta con un número de Leyes que garantizan los derechos sexuales y reproductivos. A partir de la reforma de la Constitución Nacional en 1994, Argentina incorpora en su carta magna un conjunto de instrumentos de protección de los derechos acordados internacionalmente. Los instrumentos más significativos son:

- El pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW 1979);

- La Convención sobre los Derechos del Niño (Ginebra 1989);
- La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará 1994);
- La Cumbre Mundial de Población y desarrollo (Cairo 1994);
- La VI Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing 1995)

En Octubre de 2002 fue aprobada la Ley Nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, reglamentada a través del decreto 1281/03. La ley establece medidas de acción positiva que garantizan en pleno goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, abarcando a la población general. Crea el programa cuya autoridad de aplicación es Ministerio de Salud de la Nación e invita a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires a adherirse.

En 2003, la Ciudad de Buenos Aires sanciona la Ley 1.044, sobre "Procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la ciudad, respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida".¹

Existen también otras leyes entre las cuales encontramos la Ley 26.130 sobre el Régimen de Contracepción Quirúrgica (2006).

Los intentos por crear y sancionar una Ley de Despenalización del Aborto a nivel nacional fueron varios, sin embargo esos intentos han sido fallidos mediados por creencias culturales, religiosas, éticas y de índole política.

Es así que existe en la Cámara de Diputados de la Nación, un proyecto de ley que data de marzo de 2006, y que promueve la modificación del artículo 86 del código penal sobre despenalización parcial del aborto.²

Sin embargo, el Código penal que aún no ha sido actualizado, incluye artículos referidos al aborto desde el capítulo 85 al 88, y especifica:

"ARTICULO 85. - El que causare un aborto será reprimido:

¹ <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1044.html>

² Proyecto de ley de Modificación del ARTº 86 del Código Penal
<http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=0275-D-2006>

1º Con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

2º Con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer.

El máximo de la pena se elevará a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

ARTICULO 86. - Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

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

1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

ARTICULO 87. - Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare.

ARTICULO 88. - Será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible."

El proyecto pretende modificar entonces los apartados al ARTº86, de la siguiente manera:

"Artículo 86: Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán además, inhabilitación especial por doble de tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras, farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

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

1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;

2º Si el embarazo proviene de la comisión de un delito contra la integridad sexual;
3º Si se ha diagnosticado médicamente la inviabilidad de vida extrauterina del feto”.

A partir de 2010, varias provincias comienzan a delinear leyes y resoluciones ministeriales para regular las intervenciones de abortos en sus jurisdicciones:

- Junio 2010, **Chubut** sanciona la Ley XV N° 14 con decreto N° 709/10 sobre el “Procedimiento para desarrollar en los establecimientos de salud pública, respecto de la atención de los casos de abortos no punibles”. Establece la metodología a implementar garantizar el acceso oportuno y en condiciones de igualdad a la interrupción de la gestación en los casos de aborto permitido, enunciados en los inciso 1 y 2 del artículo 86º del Código Penal de la Nación, que exime de pena al médico y a la paciente que llevan adelante la práctica.³
- Marzo 2012, **Córdoba** aprueba por Resolución Ministerial la “Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punibles”⁴
- Marzo 2012, **Salta** con decreto de gobierno 1170/12 instruye a los Ministros de Salud Pública y de Derechos Humanos a implementar de manera inmediata las guías de procedimiento para la asistencia integral de toda víctima de violencia sexual y la concreta atención de los abortos no punibles, en los hospitales públicos.
- Abril 2012, **Jujuy** establece por Resolución 8687/12 la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”⁵. Esta resolución adhiere en todo a lo dispuesto en la Guía Técnica de Atención Integral a los Abortos No Punibles, en su versión actualizada de 2010, redactada por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Abril 2012, **La Pampa** por Decreto N° 279/12 instruye “al Señor Ministro de Salud para que, según los lineamientos sentados en el presente Decreto, elabore el protocolo hospitalario para la atención y asistencia sanitaria integral de prácticas de aborto no punible, en el marco del artículo 86, incisos 1º y 2º del Código Penal.” Por Resolución Ministerial 656/12 el Ministerio de Salud establece el

³ http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Legislacion/Leyes_vigentes/Ley709-chubut-2010.pdf. Ley XV-14, publicada en el Boletín Oficial de la provincia N° 10996, el 4 de junio de 2010

⁴ http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/protocolo-anp-cordoba.pdf

⁵ http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2012_ANP_%20Jujuy.pdf

Protocolo Hospitalario de Procedimiento para la Atención de pacientes que soliciten prácticas de aborto no punible.⁶

- Abril 2012, **Santa Fe** por Resolución Ministerial MS N°612/2012 adhiere y adopta la "Guía Técnica de Atención Integral para los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación" de Junio 2010. Esa norma modifica la Resolución ministerial 887/2009, por la que la adhería a la antigua Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos no Punible del Ministerio de Salud de la Nación, de 2007. Además, y como parte de una política integral de accesibilidad a los derechos reproductivos, en 2010 Santa Fe dictó la Resolución provincial 0843, a través de la cual se crea un registro de objetores de conciencia.

En Octubre de 2012 el Partido Demócrata Cristiano interpuso una acción de amparo con pedido de medida cautelar contra la resolución 612/2012 que ordena a la provincia a suspender la aplicación de la resolución.

- Mayo 2012, **Entre Ríos** aprobó por Resolución 974/2012 la "Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punibles".⁷ El protocolo establece que en caso de conflicto, debe decidir el Director del Hospital, y que ante cualquier inconveniente o duda sobre la aplicación del protocolo, deberá resolverse en base al principio de favorabilidad, adoptándose la interpretación o aplicación que mejor se compadezca con los derechos de las mujeres.
- Julio 2012, **Provincia de Buenos Aires** por Resolución Ministerial N° 3146/12 instala "El Protocolo de Atención Integral de los Abortos No Punibles". El mismo regula el acceso al aborto no punible tanto bajo la causal salud-vida, como bajo la causal violación (que el texto considera como dos supuestos distintos: 1) violación, 2) atentado al pudor de mujer idiota o demente). También acoge expresamente la definición de salud integral de la Organización Mundial de la Salud, lo que permite el aborto en caso de peligro al bienestar psíquico, físico y social de la mujer. El equipo interdisciplinario no se forma para verificar la existencia de la casual, o autorizar la práctica del aborto, sino para emitir un informe garantizando la integralidad de la atención, para ser comunicado a la mujer y formar parte de la historia clínica.

⁶ http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/anp-lapampa.pdf

⁷ http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/anp-entrerios.pdf. Resolución 974/2012, publicada en el Boletín Oficial de Entre Ríos N° 24.974 del 4 de mayo de 2012.

- Agosto 2012, **Chaco** por Ley N°7064/12 adhiere en todo a lo dispuesto en la "Guía Técnica de Atención Integral a los Abortos No Punibles", en su versión actualizada de 2010, redactada por el Ministerio de Salud de la Nación.⁸
- Agosto 2012, **Tierra del Fuego** por Resolución Ministerial N° 392/12 adhiere a la "Guía Técnica de Atención Integral para los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación" de Junio 2010.⁹
- Septiembre 2012, **Ciudad de Buenos Aires** por Resolución Ministerial N° 1252/12/MSGC, aprueba el "Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punible en los Hospitales del Subsector Público de Salud contempladas en el ART° 86 inc 1 y 2 del Código Penal.¹⁰ El protocolo recibió muchas críticas y, a los dos días de dictado, el entonces Ministro de Salud Lemus renuncia a su cargo, ante la inconstitucionalidad declarada por el juez Roberto Gallardo, a raíz de una acción de amparo de ELA, ADC CELS y REDI. En paralelo, la Legislatura del Gobierno de la Ciudad sanciona la Ley N° 4.318/12 que regula el procedimiento "para la atención integral de los abortos no punibles contemplados en los incisos 1° y 2° del artículo 86 del Código Penal en concordancia con lo establecido en las Leyes 153 y 418". Posteriormente el 22 de Octubre de 2012 por Decreto 504/12, el Jefe de Gobierno porteño veta la ley según el "ART°1: - Vétase el Proyecto de Ley N° 4.318, sancionado por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en su sesión del día 27 de septiembre de 2012."¹¹
- Noviembre 2012, **Río Negro**, sanciona la Ley 4.796 de "Atención Sanitaria en casos de Abortos No Punibles."¹² La regulación se aplica a centros asistenciales públicos, pero también privados y de obras sociales. Esta ampliación en la aplicación hace que sea más equitativo el acceso al servicio.
- Septiembre 2013, **Misiones** aprueba por Resolución Ministerial N° 3.378/13 la "Guía de Atención de Casos de Abortos no Punibles contemplados en el artículo 86 del Código Penal de la Nación". Es para todos los establecimientos asistenciales

⁸ Ley 7064 de 2012, sancionada el 29 de agosto de 2012, publicada en el Boletín Oficial N° 9411 el 5 de octubre de 2012.

⁹ <http://www.mapalegislativo.org.ar/index.php/legislacion/por-territorio/tierra-del-fuego/91-persona-por-nacer/978-resolucion-3922012-adhiere-a-la-guia-tecnica-para-la-atencion-integral-de-los-abortos-no-punibles-2010>

¹⁰ http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/RES1252-anexo.pdf

¹¹ http://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/lua/archivos/dto_gcba_504_12.pdf

¹² http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/anp-rionegro.pdf

públicos dependientes de dicho Ministerio, basada en la Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos no Punibles del Ministerio de Salud de Nación.¹³

Recientemente, en Junio de 2015, el Ministerio de Salud de la Nación estableció un nuevo protocolo en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, como "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal de embarazo" que actualiza el publicado en 2010 e incorpora los lineamientos del fallo F.A.L. de la Corte Suprema que estableció cómo se debe proceder para garantizar los abortos no punibles y, entre otros puntos, indicó que no deben mediar autorizaciones judiciales para realizar la práctica. El mismo expresa que los lineamientos orientan a garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo y fortalecer el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio nacional, con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos.¹⁴

Adentrándonos en la Provincia de Buenos Aires, según los Informes de Gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de los años 2011, 2012 y 2013, otros de los puntos problemáticos detectados a nivel provincial en cuanto a políticas de salud sexual y de procreación responsable fueron:

- Debilidades en el conocimiento de los profesionales y trabajadores de los servicios de consejerías de salud sexual
- Insuficiente conocimiento por parte de los profesionales sobre los derechos reproductivos de la población
- Dificultades por parte de los efectores de salud en la entrega de información adecuada
- Obstáculos en la resolución de casos de aborto no punible
- Dificultades en el acceso a servicios de salud sexual y métodos anticonceptivos de poblaciones (LGTTB).
- Falta de conocimiento de las herramientas de programación local por parte de los referentes
- Dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos en algunos efectores
- Dificultades en el acceso a ligaduras tubarias y vasectomías.

¹³ http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACticas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/anp-Misiones2013.pdf

¹⁴ <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ProtocoloANP2015.pdf>

En este marco, es importante destacar la importancia del conocimiento, el grado de instrucción de las mujeres y el acceso a una salud sexual y procreación responsable para evitar muertes maternas.

Según la Nota Descriptiva N° 348 de Mayo de 2014, la Organización Mundial de la Salud, indica que las 4 causas principales de mortalidad materna a nivel mundial están asociadas a:

- Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (pre-eclampsia y eclampsia)
- Los abortos peligrosos.

Las demás son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo.

También indica que “para evitar la muerte materna es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.”¹⁵

En la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) del año 2013 realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el INDEC, al ser indagados los participantes respecto a partos y embarazos, 91 de ellos (correspondiente al 3.5% de la muestra) respondieron que el embarazo había terminado en un aborto “voluntario”, con un mínimo de 1 aborto y un máximo de 6 abortos.¹⁶

El informe también indica según tabla del INDEC h2013_030213.xls¹⁷ de Defunciones Maternas por Causas de Muerte, según grupo de edad de las fallecidas. Total del país. Años 2009-2012, que las muertes maternas por abortos fueron:

¹⁵ Nota Descriptiva N°348. Organización Mundial de la Salud. Mayo 2014.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

¹⁶ Documento de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) 2013. Ministerio de Salud de la Nación e INDEC.

http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enssy/enssy_doc_utilizacion_bases_usuario.pdf

¹⁷ Tabla de Defunciones maternas por causas de muerte: Resultados Encuesta ENSSyR.

http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/h2013_030213.xls

- 2009: 87
- 2010: 68
- 2011: 73
- 2012: 33

La formulación del problema radica entonces, en la falta de una Ley Nacional de Despenalización del Aborto que permita la unificación de normas y procedimientos y de esta forma, cada provincia en uso de sus atribuciones constitucionales crea sus propias leyes, decretos, resoluciones y disposiciones para garantizar la salud de la población y en especial, la salud sexual y de procreación de cada individuo.

En ese marco, una de las estrategias principales del Programa Provincial de Salud Sexual en la Provincia de Buenos Aires para la prevención de abortos inseguros es el acceso al Aborto No Punible, que se describirá más adelante.

2.2 ARGUMENTACIÓN, UTILIDAD, RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La elaboración de este trabajo se fundamenta en la necesidad de analizar las pautas que garantizan el conocimiento del derecho a tener salud sexual y procreación responsable y el acceso al aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del Artículo Nº 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal y del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (F.,A.L., s/ medida autosatisfactiva, 13 de Marzo 2012).

Al mismo tiempo, analizar la disminución de la Tasa de Mortalidad Materna en la Provincia de Buenos Aires y su posible asociación a la instalación del Protocolo de Aborto No Punible.

Con anterioridad al fallo de la CSJN se hacía una interpretación restrictiva del Art. 86 inc. 2 del Código Penal de la Nación Argentina considerando que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no era punible:

1. Si se había hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si ese peligro no podía ser evitado por otros medios
2. Si el embarazo provenía de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal debía ser requerido para el aborto.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo citado realiza una interpretación amplia concluyendo que "...El supuesto de aborto no punible contemplado en el inc. 2 del art. 86 comprende a aquel que se practique respecto de todo embarazo que sea consecuencia de una violación; con independencia de la capacidad mental de su víctima..."

A partir de esa interpretación el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, es considerado no punible en tres supuestos:

1. Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo proviene de una violación, conforme la manifestación de la propia víctima o su representante legal y con prescindencia de la denuncia y/o calificación penal del hecho.
3. Si el embarazo proviene de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

Al concluir que el aborto practicado a una mujer víctima de violación no es punible otorga protección legal al equipo de salud que realiza la práctica, garantizando así el acceso a la misma. La realización de la práctica no implica ninguna responsabilidad administrativa, civil, ni penal para el equipo de salud.

2.3 OBJETIVO GENERAL

Describir el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y describir la implementación del Protocolo de Atención Integral de Aborto No Punible en la Provincia de Buenos Aires.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.4.1 Identificar la evolución en la disminución de la Tasa de Mortalidad Materna en el período 2010-2014

2.4.2 Identificar Número de defunciones por aborto como causa de mortalidad materna en el período 2011-2014

2.4.3 Tipificar las causas de aborto en muertes maternas en el período 2011-2014

3. TIPO DE TRABAJO Y METODOLOGÍA

El trabajo realizado propone la descripción de implementación de aborto no punible en la Provincia de Buenos Aires, en un período de tiempo.

La estrategia metodológica conducente al logro de los objetivos planteados es de estudio de caso descriptivo, transversal y retrospectivo con abordaje cualitativo desarrollado en la Provincia de Buenos Aires durante el período 2001 – 2014.

Según citan Fassio A., Pascual L. y Suárez F. en Introducción a la Metodología de la Investigación Ed. Machi Bs. As. 2003., “el caso puede ser desde una persona, una comunidad, una organización en su conjunto o alguna unidad dentro de la organización, la exigencia es que posea identidad propia” y además “el propósito final de todo estudio de caso es contribuir a la creación de un modelo que sirva para la toma de decisiones futuras”.

Según Tanaka - Melo (2007) “el trabajo implica una investigación evaluativa para conocer el éxito del modelo” a partir de la aplicación del protocolo de aborto no punible en la Provincia de Buenos Aires.

En cuanto a la recolección de datos, el trabajo comprende el uso de fuentes secundarias de información. Se utilizan datos secundarios ya probados y validados, realizando una descripción de los mismos. Se analizan los datos provistos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires del período 2001 – 2014.

También se analizaron las diferentes leyes, decretos, resoluciones y guías de diferentes provincias para realizar un análisis sobre los protocolos de abortos no punibles en Argentina.

Se utilizan libros, manuales, folletos y bibliografía acordes al trabajo de investigación, que se citan oportunamente como fuentes consultadas.

Se realizan entrevistas a diferentes referentes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como fuente de información secundaria.

4. DESARROLLO

Marco Teórico Conceptual

Los derechos sexuales y reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertenecientes a las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos se refieren a:

- Derecho a disfrutar de una vida sexual placentera y saludable, sin coacción ni violencia;
- Derecho a ejercer su preferencia sexual. Libremente y sin sufrir discriminación ni violencia;
- Derecho a elegir si tener o no tener hijos y con quién tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos;
- Derecho a la atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva;
- Derecho a obtener información y orientación clara completa y oportuna sobre la salud sexual y reproductiva expresada en términos sencillos y comprensibles.

Argentina cuenta con un conjunto de leyes que garantizan los derechos sexuales y reproductivos. A partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994 Argentina incorpora a su carta Magna un conjunto de instrumentos de protección de derechos acordados internacionalmente. Los más significativos son:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966);
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW 1979);
- Convención sobre los Derechos del Niño (Ginebra 1989);
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belén do Pará 1994);
- Cumbre Mundial de Población y Desarrollo (Cairo 1994);
- IV Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing 1995)

En Octubre de 2002, fue aprobada la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ley N° 25.673) reglamentada a través del Decreto 1282/03. La ley establece medidas de acción positiva que garantizan el pleno goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos abarcando a la población general, sin ningún tipo de discriminación. Crea en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En el ARTº 2¹⁸, la ley establece como dos de sus principales objetivos:

INC b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;

INC c) Prevenir embarazos no deseados.

Como complemento, a nivel nacional existen otras leyes que contribuyen a garantizar derechos sexuales y reproductivos.

Entre ellas se destacan:

- La ley 25.929 sobre derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (2004);
- La Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (2005);
- La Ley 26.130 sobre el Régimen para las intervenciones de Contracepción Quirúrgica (2006);
- La Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (2006);

El reconocimiento de los derechos sexuales reproductivos como derechos humanos apunta a garantizar el ejercicio autónomo de la sexualidad (tomar decisiones sobre el cuerpo, sobre la sexualidad, sobre la reproducción y sobre la salud) en condiciones de igualdad.

Este reconocimiento genera un marco teórico ético y un conjunto de herramientas tratar todos los temas relacionados a la sexualidad y a la procreación.

En el año 2003 se sancionó la Ley Provincial 13.066 que creó el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en la Provincia de Buenos Aires, con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud

¹⁸ Texto de la Ley 25.673. <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>

sexual y reproductiva de toda la población, sin discriminación alguna. En su artículo 2º, la ley expresa que “el programa está destinado a toda la población, sin discriminación alguna” y sus objetivos son:

- a. Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.
- b. Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
- c. Valorar la maternidad y la familia.
- d. Asegurar que el presente Programa no se instrumente al servicio de políticas de control demográfico, eugenésicas o que impliquen agravios a la dignidad de la persona.
- e. Disminuir la morbilidad materno infantil
- f. Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.
- g. Garantizar a las mujeres la atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- h. Prevenir mediante información y educación, los abortos.
- i. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenéricos considerados para la reproducción.
- j. Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
- k. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.
- l. Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia.
- m. Promover la lactancia materna y posibilitar las condiciones para el amamantamiento dentro de horarios y lugares de trabajo como también fuera de él.
- n. Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por la ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados. En todos los casos los métodos suministrados serán no abortivos” ¹⁹

¹⁹ Texto de la Ley 13.066: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-13066.html>

En el marco de esta ley y de la creación del programa, el mismo incluyó como objetivos:

- Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana;
- Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil;
- Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias;
- Prevenir mediante información y educación, los abortos;
- Promover la participación de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable;
- Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva en los adolescentes;
- Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual.

En el año 2007 mediante Decreto 4.559 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires agrega los modelos de consentimiento informado para las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía como métodos de anticoncepción ²⁰

En el año 2011, la Resolución del Ministerio de Salud N° 2/11 garantiza el respeto a la identidad de género auto percibida en el sistema de salud.

La ley 14.208 de Fertilización Asistida sancionada en 2011 y su Decreto Reglamentario 2980/10 modificado por Decreto N° 564/11 y luego por 376/15 que amplía derechos de acuerdo a la ley nacional, reconoce la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, en Julio de 2012 se aprueba el Protocolo de Atención Integral de Abortos No Punibles de la Provincia de Buenos Aires a través de la Resolución Ministerial N° 3.146/12 conforme al fallo de la CSJN según Medida Autosatisfactiva caso F.,A.L. de Marzo de 2012.

En el programa, la salud sexual y reproductiva se define como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo y su funciones y procesos.

²⁰ Ver modelos de consentimiento informado en apartado de ANEXOS

En la Provincia de Buenos Aires, según Censo 2010, viven más de 8 millones de mujeres, de las cuales el 49.55% son consideradas en el rango de edad fértil según definiciones del INDEC²¹, entre 15 y 49 años.

En este marco es dable destacar que el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Provincia de Buenos Aires apunta también a generar inversión en consejería de métodos anticonceptivos, equipamiento hospitalario, acompañamiento a la estrategia de maternidades seguras y centradas en la familia buscando calidad de atención de la población y principalmente, atender la mortalidad materna que según los datos arrojados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se ha reducido en un 32% entre 2010 y 2012. De este modo, la tasa bajó más de un punto, al pasar de 4.3 a 3 mujeres fallecidas por cada 10 mil nacidos vivos en 2012.

Para 2014, un informe de la "Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia revela que, mientras en 2010 morían en el embarazo, parto o puerperio 4,3 mujeres por cada 10 mil nacidos vivos, en 2013 los decesos fueron de 2,7 por cada 10 mil. Esta reducción tuvo su salto mayor en 2011, cuando el descenso en relación al año anterior fue superior a un punto."²²

5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE Y DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ABORTOS NO PUNIBLES EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Se describe primeramente el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y sus líneas estratégicas de Intervención

5.1 Líneas Estratégicas de Intervención

El programa propone mejorar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva en un marco de respeto de los derechos sexuales y reproductivos en

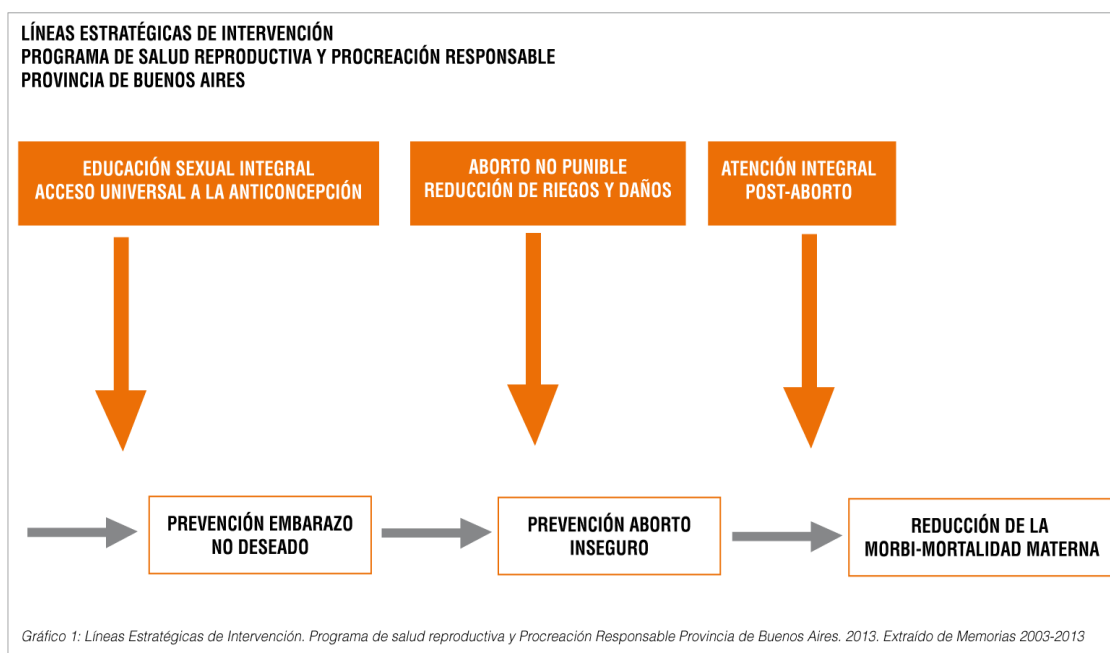
²¹ INDEC. Datos Censo 2010:

http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/7/defyconcep_sesd_mujer_cyd.pdf

²² Gacetilla de Prensa Oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires del 27/10/2014: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/la-provincia-logro-un-nuevo-record-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna/>

tres líneas estratégicas de intervención para la reducción de la morbi-mortalidad materna:

- a. Acceso universal y gratuito a los métodos anticonceptivos, a la educación sexual integral y a las consejerías en salud sexual y reproductivas como pilares fundamentales de la prevención de embarazos no planificados
- b. Acceso al aborto no punible (ANP) y a las consejerías pre y posaborto como estrategias de prevención y reducción de los abortos inseguros
- c. Mejorar la calidad de atención post-aborto



5.2 Etapas

El Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable atravesó desde su creación por distintas etapas:

- a. Como subprograma dentro del Área Materno Infantil (2003-2009)
- b. Institucionalización dentro del Área de Políticas de Género (2010-2011)
- c. Consolidación del programa en sí mismo (2012-actualidad)

La provisión gratuita de anticonceptivos es desde el inicio un eje central del programa. Durante el año 2003, se realizaron en la Provincia de Buenos Aires las primeras entregas de anticonceptivos hormonales orales (ACO), hormonales inyectables (ACI) y dispositivos intrauterinos (DIUs). En 2004 se incorporan anticonceptivos hormonales específicos para lactancia (ACOLAC), preservativos

masculinos y kit de colocación de DIUs. En 2007 se completó la canasta de insumos con anticonceptivo hormonal de emergencia (AHE).

La población objetivo del sistema de aseguramiento de insumos, es toda persona que consulte al sistema público de salud, que no posea obra social ni medicina prepaga.

5.3 Población Objetivo

POBLACIÓN OBJETIVO PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE PROVINCIA DE BUENOS AIRES			
EDAD	SEXO		
	VARONES	MUJERES	TOTAL
20 AÑOS	280.000	271.350	551.350
> a 20 AÑOS	1.917.610	1.989.921	3.907.531

Tabla 1: Población Objetivo. Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Provincia de Buenos Aires. 2013. Fuente: Memorias 2003-2013

Entre los años 2003 y 2009 se observa un incremento importante de la población bajo programa alcanzando un total de 1.825.284 personas. Las mujeres representan un 95% (1.738.322), de ellas el 29% (497.012) correspondía a adolescentes menores de 20 años. Los varones constituyen el 5% (86.962) siendo el 42,4% (36.915) adolescentes menores de 20 años. La población adolescente total significa un 29.2% del total de beneficiarios (533.927).

El crecimiento de la población objetivo bajo programa muestra la ampliación de la capacidad de la cobertura de los derechos sexuales y reproductivos. También es elevado el crecimiento de población beneficiaria en menores y mayores de 20 años.

**EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO
PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

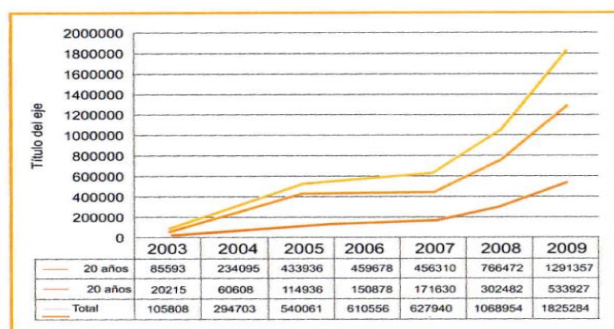


Gráfico 2: Evolución de la Población Objetivo. Programa de salud reproductiva y Procreación Responsable Provincia de Buenos Aires. 2013. Fuente: Memorias 2003-2013

5.4 Institucionalización del Programa

A partir de la resolución Ministerial N° 1395/2010 el PPSRyPR modificó su inserción institucional pasando de la Dirección de Maternidad e Infancia a depender del Área de Políticas de Género de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Esto permitió un cambio de paradigma y una ampliación en la agenda del programa. Durante 2010 el programa tuvo una fase de organización donde se constituyeron las redes de referentes en toda la provincia, se iniciaron intercambios para conocer las problemáticas en los territorios locales, se concentraron procesos de capacitación, se compraron insumos anticonceptivos y se articularon acciones con otras jurisdicciones y con la jurisdicción nacional.

Se difundieron los ejes programáticos en jornadas, congresos, capacitaciones, simposios y seminarios especialmente con universidades, ONGs, otras área de gobernó y servicios de salud.

El modelo de gestión queda definido entonces en los siguientes componentes:

- Fortalecimiento del programa provincial en sus aspectos técnico, financiero y de gestión integral.
- Fortalecimiento de los programas de SSyPR de las Regiones Sanitarias y los municipios
- Sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivo
- Formación, capacitación y comunicación

- Evaluación y Monitoreo
- Promoción Comunitaria

Así mismo, el programa cuenta con una red de referentes en las 12 regiones sanitarias que forman parte de la regionalización de la Provincia de Buenos Aires. Los referentes regionales son los encargados de llevar adelante acciones del programa conforme al diagnóstico local y los planes operativos regionales. Desde 2010 se llevaron a cabo más de 15 encuentros de referentes donde se trabajan distintos contenidos del programa y se transfieren herramientas de gestión.

5.4 Consolidación del Programa

La consolidación del programa provincial llega en el año 2012, etapa en la cual se promueve la gestión integral, el trabajo en red y las articulaciones intra e inter sectoriales con el fin de fortalecer la política pública de ampliación de derechos sexuales y reproductivos. Según las Memorias 2003-2013 del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, durante 2012, se sumaron otros organismos e instituciones gubernamentales que entregaron Métodos Anticonceptivos: 10 universidades, 29 centros de integración comunitaria (CICs) y otras 29 instituciones de diversa índole, alcanzando 1.885 espacios públicos y 2.206 espacios de entrega combinando espacios públicos y otros organismos.

La capacitación fue uno de los ejes fundamentales del programa, generando una oferta permanente para la capacitación de la comunidad y en especial, del equipo de salud.

Durante 2012 se capacitaron en forma virtual y presencial más de 900 residentes en ginecología, pediatría, medicina general, psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en obstetricia, directores y jefes de servicio de hospitales públicos provinciales y municipales, equipos de atención primaria, equipos de salud de las regiones sanitarias, docentes y referentes de organizaciones no gubernamentales.

Como muestra la Tabla 1, en el marco de las capacitaciones realizadas que ascendieron a 725 se capacitaron más de 50.000 personas.

CAPACITACIONES REALIZADAS AÑO 2012
PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

TEMA	CANTIDAD DE CAPACITACIONES
Violencia Sexual	48
Derechos Sexuales	129
Derechos Reproductivos	129
Actualización y/o uso de MAC	73
Marco Legal y Normativo	72
Salud Sexual y reproductiva en adolescentes	55
Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	86
Aborto (pre y post aborto)	56
Diversidad Sexual	5
Difusión Línea 0800 Salud Sexual	72

*Tabla 1: Capacitaciones Realizadas Año 2012. Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
 Provincia de Buenos Aires. 2013. Fuente: Memorias 2003-2013*

5.5 Acceso Universal y Gratuito a Métodos Anticonceptivos

En 2010, mediante licitación pública se realizó por primera vez una compra de insumos por un total de 5.064.205 pesos. Esta compra y las subsiguientes se realizaron con el fin de ampliar la canasta de métodos anticonceptivos y garantizar la continuidad en el abastecimiento.

La política de distribución a partir del programa nacional Remediar + Redes con bajada provincial permitió llegar directamente a los centros de atención primaria y hospitales públicos de la provincia generando un salto cualitativo en el rol de Estado para garantizar el acceso a los MAC (Métodos Anti Conceptivos).

Como puede apreciarse en el Gráfico 3 y 4, la cantidad de preservativos entregados aumentaron un 66% pasando de cifras de 3 millones de unidades en 2004 a 4.5 millones de unidades en 2012, con pico de 6.5 millones en 2010. En cuanto a los anticonceptivos orales, la media muestra una tendencia de distribución de 1 millón de tratamientos con picos al inicio del programa en 2003 y en 2010.

**CANTIDAD DE TRATAMIENTOS DISTRIBUIDOS 2003-2012
PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

GRÁFICO 3: CANTIDAD DE TRATAMIENTOS DE ACO Y DE PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2003-2012

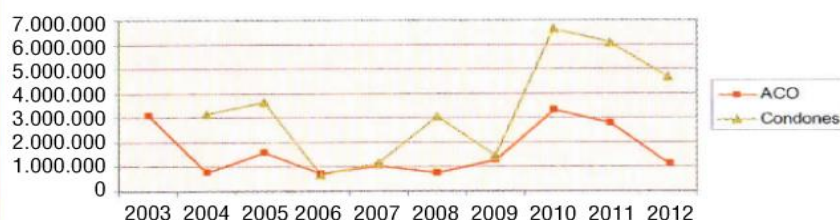
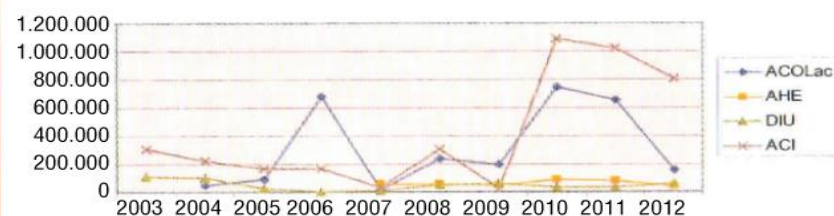


GRÁFICO 4: CANTIDAD DE TRATAMIENTOS DE ACOlac, AHE y ACI y de DIUs DISTRIBUIDOS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2003-2012



Gráficos 3 y 4: Cantidad de Tratamientos Distribuidos por tipo. Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Provincia de Buenos Aires. 2013. Fuente: Memorias 2003-2013

Otros insumos distribuidos:

- Kits de colocación de DIU: en 2004 y 2005 se distribuyeron kits de material quirúrgico, alcanzando los 720 y 496 respectivamente. En 2011 y 2012 los kits fueron descartables: 4.400 y 40.450 respectivamente.
- Test de Embarazo: 63.825 unidades en 2011 y 194.680 en 2012
- ACI Trimestral: 26.208 tratamientos en 2012.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ABORTOS NO PUNIBLES EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Una de las estrategias principales del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable para la prevención de abortos inseguros es el acceso al Aborto No Punible.

En 2012 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires convoca al Dr. Aníbal Faúndes, experto internacional en materia de atención de mujeres en situación de aborto y coordinador del Grupo de Trabajo sobre Prevención del Aborto Inseguro de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). El aporte realizado incluyó actividades de sensibilización, asistencia técnica y capacitación.

En el marco de este trabajo, se firma la Resolución Ministerial 3.146/12 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que instala el protocolo a nivel provincial.

Como se anticipó anteriormente, la elaboración del protocolo de Atención Integral de Abortos No Punibles en la Provincia de Buenos Aires se fundamenta en la necesidad de contar con pautas que garanticen el acceso al aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del Artículo Nº 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal y del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (F.,A.L., según medida autosatisfactiva, 13 de Marzo 2012).

A partir de esa interpretación el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, es considerado no punible en tres supuestos:

1. Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo proviene de una violación, conforme la manifestación de la propia víctima o su representante legal y con prescindencia de la denuncia y/o calificación penal del hecho.
3. Si el embarazo proviene de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota ò demente.

De acuerdo a ello, el protocolo incluye las siguientes indicaciones para su aplicación:

PRINCIPIOS APLICABLES A LOS EFECTORES DEL SISTEMA DE SALUD

- La interrupción del embarazo en los casos enunciados anteriormente no requiere autorización judicial.
- El Hospital y el/la médico/a tratante tienen la obligación legal de practicar la intervención a requerimiento y siempre que exista el consentimiento informado de la mujer.
- Todo personal de los efectores de salud afectados a temáticas de salud sexual y reproductiva y atención de la violencia sexual debe conocer las instancias para la atención y contención y/o eventual derivación a hospital de referencia para la solicitud (ò practica) de aborto no punible.
- Se debe actuar con celeridad para que haya menor dilación posible en la evaluación del caso y si lo amerita la interrupción del embarazo.
- El/la Director/a del Hospital arbitrará los medios necesarios a fin dar una respuesta expeditiva a la mujer que, por sí o por medio de sus representantes y/o curador solicite el aborto en los términos del Artículo Nº 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal. El/la Director/a del Hospital tiene la responsabilidad de brindar la atención y práctica solicitada siempre que se cumplan los requisitos y procedimientos establecidos en el protocolo.

RESPONSABLES

- El/La Director/a del Hospital es el/la responsable de disponer de los recursos para el cumplimiento del procedimiento sin dilaciones.
- Todos los hospitales que tienen servicios de toco ginecología deben integrar equipos interdisciplinarios para el asesoramiento, la atención integral y seguimiento de cada caso que se presente.

PROCEDIMIENTO DEL ANP

La práctica del ANP se realiza previa constatación de alguna de las siguientes causales:

- 1. Cuando existe peligro para la vida o para la salud de la mujer** se efectúa previa constatación de el/la médico/a tratante de acuerdo a los conocimientos científicos de la medicina y sobre los estándares vigentes. Los estándares en materia de salud establecen que la salud debe ser entendida como el "completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones".(OMS)

2. Cuando el embarazo sea producto de violación el/la médico/a tratante solicita declaración jurada de la mujer o su representante legal que se incluye en la historia clínica no siendo necesario ningún otro requisito para realizar la práctica.

“La exigencia de que las víctimas de violación, para calificar para el aborto, tengan que elevar cargos contra su agresor, obtener informaciones policiales, requerir autorización de un tribunal o satisfacer cualquier otro requisito que no sea médicamente necesario, puede transformarse en una barrera que desaliente a quienes tienen expectativas legítimas de buscar servicios sin riesgos y en forma temprana; retrasa el cuidado necesario y aumenta la probabilidad de abortos no seguros”. (“Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud”, OMS, 2003 y Fallo de la CSJN F.A.L., s/ medida autosatisfactiva, 13 de Marzo 2012).

Sin perjuicio de que la práctica no debe ser judicializada en ningún caso, cuando el embarazo sea producto de una violación a menor de 18 años el/la Director/a o quien éste/ésta designe al efecto debe realizar la notificación pertinente ante el Servicio Local o Zonal de Protección de Derechos del Niño a fin de restituir derechos amenazados o vulnerados (art 19 y 37 Ley Provincial 13298).

Cuando se trate de una beneficiaria menor de 13 años se deberá cumplir con la obligación de funcionario público notificando a la UFI correspondiente la situación, sin que ello obstaculice el acceso a la práctica solicitada por su representante legal, consentida por la menor.

3. Cuando el embarazo es producto de un atentado al pudor de una mujer con discapacidad mental se solicita:

- Declaración jurada de su representante debiendo ser acreditado dicho carácter mediante documentación correspondiente.
- Declaración de insania, con firma debidamente certificada o dictamen médico de equipo interdisciplinario de salud mental. En todos los casos se brinda a la mujer, en forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva.

4. El/la Director/a del Hospital debe constatar las condiciones para la realización del ANP y disponer de los recursos necesarios para la realización del procedimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se solicita el consentimiento informado de la mujer para proceder a la interrupción del embarazo (Ley Nacional 26.529) una vez que recibe información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Dicha información es efectuada por su médico tratante, y es suscripta por la mujer o sus representantes legales en su caso.

El consentimiento informado para la práctica de ANP debe constar en la Historia Clínica de la paciente, previo cumplimiento y debe constar la fecha y firma de el/la médico/a.

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

En los casos de las menores de 18 años se respeta el interés superior del niño, entendiendo por tal "... la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades, y el despliegue integral y armónico de su personalidad". Conforme surge del art 3 de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de las Niñas, Niños y adolescentes, art. 4 de la Ley Provincial 13298 De la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños y de la Convención de los Derechos del Niño. Deberán ser siempre oídas, apropiadamente informadas acorde a su nivel de comprensión, respetando su decisión. Se requiere la conformidad de las mismas acompañada del consentimiento de sus representantes legales (o al menos uno de ellos), tutores o encargados.

Cuando la menor de 18 años no tiene representante legal; tutor o encargado que acompañe su decisión, o existe una negativa por parte de los mismos, se da intervención a los Servicios Locales o Zonales de Promoción y Protección de Derechos, a fin de respetar el interés superior del niño, los que deben expedirse en un plazo perentorio de 48 horas cumpliendo con la obligación que impone la ley 13.298 (arts. 4; 14, 18 y 37 Ley Provincial 13298 y su decreto reglamentario).

Cualquier situación no especificada en el Protocolo de ANP de la Provincia de Buenos Aires en la que se presumen amenazados o vulnerados derechos de niñas o

adolescentes; se da intervención al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos; quien debe expedirse en el plazo indicado anteriormente.

PLAZOS

La resolución de las medidas necesarias para la determinación de una causal de ANP y para su realización, se efectúa en un plazo no mayor a 10 (diez) días siguientes a la solicitud de la mujer o representante legal, tutor o encargado.

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

1. INTEGRACIÓN

- El equipo interdisciplinario debe estar integrado por un/a toco ginecólogo/a, un psicólogo/a, un médico/a psiquiatra y un/a trabajador/a social y pediatra, en caso de corresponder.
- No forman parte del equipo los profesionales objetores de conciencia.

2. DE LAS FUNCIONES: ASESORAMIENTO, INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SEGUIMIENTO.

El equipo interdisciplinario brinda, desde el inicio de la atención, un asesoramiento continuo e integral con el objeto de contener emocionalmente a la mujer en las distintas etapas la atención e incluye la consejería en salud sexual y reproductiva. La atención integral de las víctimas de una violación implica la atención física y psicológica, la prestación de tratamientos médicos para reducir riesgos específicos derivados de las violaciones, el asesoramiento legal y el seguimiento. Se brinda información veraz, adecuada y completa que cubre los distintos aspectos de la interrupción del embarazo en un espacio de escucha, respeto y comprensión donde se plantean dudas en un ambiente cómodo y seguro que brinda privacidad y confianza.

El equipo Interdisciplinario constituido al efecto emite un informe garantizando la integralidad de la atención, el que debe formar parte de la historia clínica, debiendo ser comunicado a la mujer por el/la médico/a tratante previo a la firma del Consentimiento Informado.

OBJECION DE CONCIENCIA

Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica de ANP sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente.

La objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional, por lo cual cualquier establecimiento al que se recurre para la práctica de un ANP debe en cualquier caso garantizar su realización.

En todos los casos, el incumplimiento del deber no debe resentir el bien común o afectar a terceras partes; el Máximo Tribunal de Justicia así lo ha entendido al establecer que: “ la libertad religiosa incluye la posibilidad de ejercer la llamada objeción de conciencia”,... que haya sustento en los Artículos 14 y 33²³ de la Constitución Nacional, entendida como el derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente los derechos de terceros u otros aspectos del bien común.” En otro precedente la Corte, entendió que “jurídicamente la libertad de conciencia, en su ejercicio, haya su límite en las exigencias razonables del justo orden público, del bien común de la sociedad toda y en la protección de la existencia y de los legítimos derechos de la nación misma.”, finalidades éstas que inspiraron a las disposiciones constitucionales anteriormente mencionadas.

Declaración del objetor y acuerdos Institucionales

La oportunidad de invocar la objeción a determinado deber profesional por parte de los profesionales de la salud que podrían llegar a formar parte de un equipo interdisciplinario de atención de ANP se realiza con suficiente antelación de modo tal que toda institución cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las mujeres.

La objeción de conciencia ha debido ser declarada a partir de la entrada en vigor del ANP de la Provincia de Buenos Aires o al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento de salud correspondiente, y dicha declaración rige tanto en ámbitos asistenciales públicos como privados.

²³ Constitución de la Nación Argentina. Cap I. Art 14 y 33: <http://www.senado.gov.ar/Constitucion/capitulo1>

La posibilidad de contar con un registro institucional de objetores de conciencia, previene cualquier hipótesis en la que un servicio pleno se transforme en objetor, desbaratando el goce y ejercicio efectivo al derecho a prestaciones oportunas y eficaces en salud sexual y reproductiva.

Estas prácticas permiten generar acuerdos institucionales, en donde, por un lado se releva del cumplimiento de los deberes previamente objetados, y por otro, se organiza el servicio, tanto para las funciones ordinarias o programadas, como las de guardia de emergencia, garantizando la asistencia de personal no objetor.

En el ANP de la Provincia de Buenos Aires, las mujeres deben ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo.

En los Anexos I, II y III se muestran los formatos institucionales de

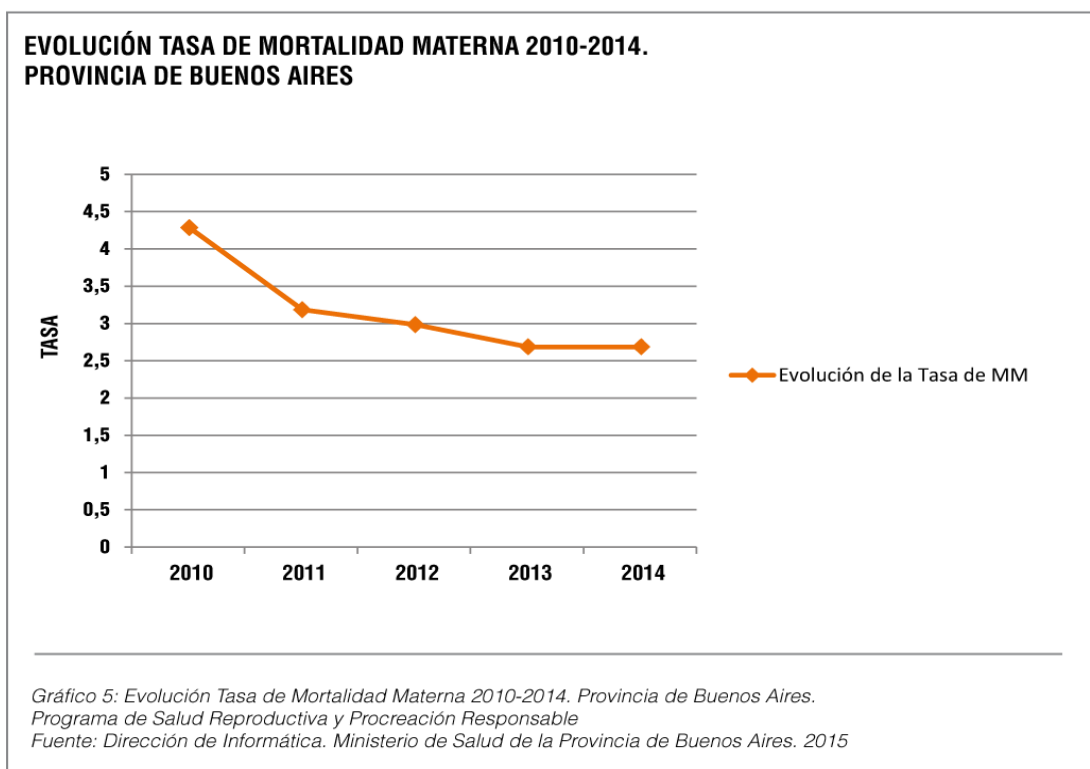
- DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABORTO NO PUNIBLE
- DECLARACIÓN JURADA – MUJER MAYOR Y CAPAZ VICTIMA DE DELITO SEXUAL
- DECLARACIÓN JURADA – MUJER MENOR O INCAPAZ VICTIMA DE DELITO SEXUAL

6. DATOS DE ANÁLISIS COMPARADOS

Realizaremos ahora, una descripción y análisis de los datos suministrados por el Sistema de Estadísticas e Informática de la Dirección de Informática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dando cumplimiento a objetivos específicos planteados en este trabajo:

6.1 EVOLUCIÓN EN LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÍODO 2010-2014

A partir de 2010, la Provincia de Buenos Aires experimentó una disminución significativa en la Tasa de Mortalidad Materna. Así, la TMM pasa de 4.3 en 2010, a 3.2 en 2011, 3 en 2012, 2.7 en 2013 y se mantiene en 2.7 en 2014. Esto representa una disminución del 65.1% en 2014 respecto de 2010.



6.2 NÚMERO DE DEFUNCIONES POR ABORTO COMO CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÍODO 2011-2014

Como se puede observar en la Tabla 2, el número de defunciones por Aborto como causa de enfermedad ha disminuido significativamente entre 2011 y 2014. Mientras que en 2011 el número absoluto de muertes maternas por aborto como causa fue de 32, en 2012 esa cifra se reduce a 14, teniendo un pequeño incremento en 2013 y volviendo a reducirse en 2014, con 11 casos.

**NÚMERO DE DEFUNCIONES POR ABORTO
COMO CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA 2011-2014
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

AÑO	TOTAL	% SOBRE TOTAL DE MM
2011	32	34,4
2012	14	16,5
2013	16	18,2
2014	11	12,4

*Tabla 2: Número de Defunciones por Aborto como Causa de Mortalidad Materna 2011-2014.
Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
Fuente: Dirección de Informática. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2015*

Es significativo también observar como el aborto como causa de mortalidad materna deja de tener un peso relativo en la totalidad de las causas. Mientras que en 2011 el aborto como causa de mortalidad materna representaba el 34.4% de las causas, en 2014 el porcentaje se redujo a 12.4, representando una disminución del 36%.

6.3 TIPIFICACIÓN DE LA CAUSA DE ABORTO EN MUERTES MATERNAS EN EL PERÍODO 2011-2014

TIPIFICACIÓN DE LA CAUSA DE ABORTO EN MUERTES MATERNAS EN EL PERÍODO 2011-2014 PROVINCIA DE BUENOS AIRES

TIPIFICACIÓN DE CAUSA DE ABORTO	2011	2012	2013	2014
EMBARAZO ECTÓPICO, NO ESPECIFICADO	1	0	2	0
MOLA HIDATIFORME, NO ESPECIFICADA	5	0	3	1
DETENCIÓN DEL DESARROLLO DEL HUEVO Y MOLA NO HIDATIFORME	1	0	0	0
ABORTO RETENIDO	1	1	0	0
ABORTO MÉDICO INCOMPLETO, CON OTRAS COMPLICACIONES	1	0	0	1
OTRO ABORTO INCOMPLETO, COMPLICADO CON INFECCIÓN	1	0	0	1
OTRO ABORTO COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO	20	11	11	8
ABORTO NO ESPECIFICADO, COMPLETO O NO ESPECIFICADO	2	2	0	0
TOTAL	32	14	16	11

Tabla 3: Tipificación de la Causa de Aborto en Muertes Maternas en el período 2011-2014. Provincia de Buenos Aires. Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
Fuente: Dirección de Informática. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2015

La Tabla 3 muestra la tipificación de la causa de aborto en muertes maternas. Vemos entonces que el mayor número de los mismos se han tipificado como "otro aborto completo o no especificado, complicado" representando esta tipificación el 62.5% de la tipificación en 2011, el 78.5% en 2012, el 68.5% en 2013 y el 72.7% en 2014.

7. CONCLUSIONES

En la República Argentina no existe aún una ley nacional de despenalización del aborto. Sin embargo, en 2012 el fallo "F.,A.L." de la Corte Suprema de Justicia marcó un punto de inflexión en relación al reconocimiento del derecho de las mujeres al aborto no punible, vigente en el Código Penal desde hace más de noventa años. Por primera vez en la historia de Argentina, uno de los máximos poderes del Estado asumió su responsabilidad como garante de los derechos constitucionales de las mujeres abordando la problemática de la inaccesibilidad del aborto permitido desde una perspectiva comprehensiva de derechos humanos.

También debemos tener en cuenta que una de las herramientas más importantes para evitar los abortos es la educación, la planificación familiar y el acceso a la información.

Sin lugar a dudas, contar con Programas de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y Protocolos de Aborto No Punible puede representar atajos desde el punto de vista normativo para dar solución a la problemática que era planteada en el ARTº 86 del Código Penal Argentino. El fallo F.,A.L de la SCJN vino a poner luz a un problema dejado de lado por cuestiones mayormente políticas y religiosas, pero la decisión de la mujer debería ser incuestionable y no debería ser sometida por parte de las/ los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas.

A casi tres años del dictado del fallo, el escenario a nivel nacional es bien diferente pero se evidencia una mejora normativa, al punto que varias provincias adhirieron a protocolos y guías de prácticas de abortos no punibles.

De las 24 jurisdicciones, más la jurisdicción nacional:

- Ocho jurisdicciones poseen protocolos que se corresponden con lo establecido por la Corte Suprema. Son Chubut, Misiones, Santa Fe, Tierra del Fuego, Jujuy, Santa Cruz, La Rioja y Chaco.
- Ocho jurisdicciones regulan los permisos con exigencias de requisitos que pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles. Se trata de Salta, Entre Ríos, La Pampa, Córdoba –actualmente suspendido parcialmente por orden judicial-, Ciudad de Buenos Aires –cuyos requisitos arbitrarios también se encuentran suspendidos por orden judicial-, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Neuquén.

- Ocho jurisdicciones carecen de protocolos. Son Mendoza, San Luis, Santiago del Estero, Tucumán, Formosa, Corrientes, Catamarca y San Juan.

Algunos de los protocolos poseen requisitos algo problemáticos y obstaculizan el derecho al acceso al aborto no punible. Por ejemplo, la falta de regulación de la causal salud en Salta y Entre Ríos; el límite gestacional para la realización de la interrupción en Salta y Ciudad de Buenos Aires; la necesidad del consentimiento de los padres en el caso de menores de 18 años en Salta, La Pampa, Córdoba, Entre Ríos, Neuquén, Ciudad de Buenos Aires y Río Negro, y del representante legal en el caso de mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial (requisito que todas las jurisdicciones establecen, excepto Río Negro y Misiones); la intervención de un equipo interdisciplinario que verifique la procedencia del aborto, como establecen los protocolos de La Pampa, Ciudad de Buenos Aires y Entre Ríos, e incluso la autorización del director o directora del centro médico, como disponen Neuquén, Ciudad de Buenos Aires y Entre Ríos.

La ausencia de protocolos en las ocho jurisdicciones restantes puede incluir la preocupación de que al no haber un procedimiento seguro y no punible, la mujer pueda tomar la decisión de hacerlo clandestinamente con los riesgos para la salud que ello implica.

Como se evidencia en el trabajo desarrollado y analizando los datos aportados, podemos ver la asociación existente entre la Mortalidad Materna y los abortos como causa.

Habiendo analizado la Provincia de Buenos Aires, los datos de las Tasas de Mortalidad Materna desde 2010 a 2014 y el número muertes maternas con aborto como causa, podemos concluir que la práctica del Protocolo de Aborto No Punible en la Provincia de Buenos Aires generó significativamente una disminución de muertes maternas causada por aborto.

Si analizamos los datos, vemos que a partir de 2010, la Provincia de Buenos Aires experimentó una disminución significativa en la Tasa de Mortalidad Materna pasando de 4.3 en 2010, a 3.2 en 2011, 3 en 2012, 2.7 en 2013 y manteniéndose en 2.7 en 2014. Esto representó una disminución del 65.1% en 2014 respecto de 2010.

El porcentaje de abortos como causa de muertes maternas se redujo notablemente desde 2012, momento en el cual se instala el protocolo, observando que en 2011 el aborto como causa de mortalidad materna representaba el 34.4% de las causas, disminuyendo a la mitad en 2012 representando el 16.5% y reduciéndose aún más en 2014 a 12.4%

Es importante tener en cuenta entonces que las mujeres tienen el derecho de estar totalmente informadas sobre sus opciones para la atención médica por personal adecuadamente capacitado, incluida la información sobre los beneficios probables y los efectos adversos potenciales de los procedimientos propuestos y las alternativas disponibles en el momento de ser atendidas, ante la posibilidad de embarazo o de práctica de un procedimiento de interrupción del embarazo

Quedará entonces la necesidad de seguir adecuando los protocolos, de llamar a las provincias que aún no cuentan con estos servicios a instalarlos para garantizar la salud de las madres, a seguir trabajando desde las normativas para crear las mejores condiciones para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todos los ciudadanos argentinos, igualando oportunidades.

7. BIBLIOGRAFÍA

- **BERGALLO, P.** (2011). "Aborto y justicia reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado", En Revista Jurídica Cuestión de Derechos, Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Nº1, (julio 2011). Disponible en <http://www.cuestiondederechos.org.ar/pdf/04-aborto-justicia-reproductiva-PaolaBergallo.pdf>
- **ADC. ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES.** Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina 2014
- **MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.** Informes de Gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.
- **MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN** (2010). Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles.
<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guiatecnica-web.pdf>
- **MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.** Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales. 2011
http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf
- **WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK GROUP AND THE UNITED NATIONS POPULATION DIVISION.** Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
- **WHO.** Aborto sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Segunda Edición.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- **Organización Mundial de la Salud** (2008). Preguntas frecuentes acerca del aborto farmacológico. OMS, Ginebra. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243594842_spa.pdf
- **LEGISLACIONES, DECRETOS Y RESOLUCIONES**
Código Penal de la Nación Argentina
Ley nacional 26.061/2006
Ley nacional 25.673/2002
Ley nacional 26.529/2009
Ley XV 14 /2010 de la Provincia de Chubut

Ley 7064/2012 de la Provincia de Chaco

Ley 4796/2012 de la Provincia de Río Negro

Ley 4.318/2012 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Resolución ministerial Nº 792/12 de la Provincia de Salta

Decreto 1170/2012 de la Provincia de Salta

Decreto 279/12 de la Provincia La Pampa

Resolución ministerial Nº 1174/2007 de la Ciudad de Buenos Aires

Resolución ministerial Nº 1252/2012 de la Ciudad de Buenos Aires

Resolución ministerial Nº 1380/2007 de la Provincia de Neuquén

Resolución ministerial Nº 304/2007 de la Provincia de Buenos Aires

Resolución ministerial Nº 612/2012 de la Provincia de Santa Fe

Resolución ministerial Nº 93/2012 de la Provincia de Córdoba

Resolución ministerial Nº 974/2012 de la Provincia de Entre Ríos

Resolución ministerial Nº 3146/2012 de la Provincia de Buenos Aires

Resolución ministerial Nº 8687/2012 de la Provincia de Jujuy

Resolución ministerial Nº 392/2012 de la Provincia de Tierra del Fuego

Resolución ministerial Nº 0540/2012 de la Provincia de Santa Cruz

Resolución ministerial Nº 3378/2013 de la Provincia de Misiones

Resolución ministerial Nº 1015/2012 de la Provincia de La Rioja

- **JURISPRUDENCIA**

Corte Suprema de Justicia de la Nación, F.,A.L. s/medida autosatisfactiva, sentencia del 13 de marzo de 2012.

8. ANEXOS

ANEXO I

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABORTO NO PUNIBLE

BUENOS AIRES SALUD

BA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABORTO NO PUNIBLE

Dado que la situación de la paciente abajo firmante, se corresponde con lo previsto en las leyes argentinas vigentes (Artículo 86 del Código Penal de la Nación incisos 1 y 2) y la misma solicita la interrupción del embarazo.

Se procede a informar la naturaleza de los procedimientos a realizar con el fin de que tome decisiones fundadas y las consienta.

Nº Historia Clínica:

Paciente: de años de edad.
(nombre y apellido)

Con domicilio en y DNI Nº

Sr./Sra: de años de edad.
(nombre y apellido si procede)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

Declaro en forma LIBRE y VOLUNTARIA que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y APELLIDO DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

..... me ha explicado la información que se detalla a continuación:

1 Existen varios métodos para interrumpir la gestación tales como: aspiración manual endouterina (AMEU), legrado intrauterino (LIU), dilatación y evacuación (DyE) y a través de fármacos.

2 Se me ofrecerá el método que mi medico tratante considere más adecuado a la edad gestacional del embarazo, mis características personales y riesgos particulares.

Todos los métodos procuran lograr la evacuación uterina completa.

En los embarazos tempranos, si la condición clínica lo permite, puede intentarse la realización de un aborto médico. La intervención consiste en la interrupción del embarazo mediante una medicación (por ejemplo: misoprostol) la cual será suministrada por vía vaginal y/o oral. Este medicamento causará un aborto al iniciar contracciones uterinas y sangrado de la vagina como un período menstrual abundante o un aborto espontáneo. Este método permite que una mujer embarazada tenga un aborto sin necesariamente utilizar instrumentos por vía vaginal y sin realizar procedimientos quirúrgicos.

Ocasionalmente puede ser necesario realizar un legrado para completar la evacuación, sobre todo en aquellos casos de embarazos mayores a las 10 semanas.

En aquellos casos en los que se opte por un aborto quirúrgico el principal propósito de estos métodos (AMEU, LIU, DyE) será **limpiar la cavidad endometrial de material ovular**. A veces puede ser necesario un segundo legrado para completar esta evacuación, sobre todo en los casos de aborto diferido.

La intervención consiste en dilatar el cuello uterino si es preciso, y la extracción del material ovular con el instrumental quirúrgico apropiado o bien por aspiración. En algunos casos es necesario colocar el día anterior a la evacuación tallos de laminaria o medicación para lograr la dilatación cervical, asociado a la aplicación de goteo intravenoso de oxitocina.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** La mayoría de las mujeres que se realizan un aborto en condiciones adecuadas no presentan ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud y/o reproductiva. Sin embargo, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad, anemia, obesidad) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas del aborto inducido, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Persistencia de restos.
- Perforación del útero.
- Adherencias intrauterinas
- Embarazos que continúan
- En caso de una hemorragia incoercible puede ser necesaria una intervención quirúrgica por vía abdominal con una consecuente histerectomía (extirpación del útero) cuya secuela más importante es la esterilidad definitiva.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

3. **Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

4. **Anestesia:** El aborto quirúrgico precisa anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

5. **Transfusiones:** No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

Se me sugirió quees el método mas adecuado en mi situación para la interrupción del embarazo.

Por mi situación actual y el procedimiento que se me ha sugerido, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

En consecuencia, en los términos de la Ley 26.529 sobre Consentimiento Informado y Derechos de los Pacientes, **DOY MI CONSENTIMIENTO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA** para que se realice una interrupción de embarazo mediante medicación y/o la práctica de intervención quirúrgica en caso de ser necesaria.

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

.....
Fdo: EL/LA MÉDICO/A

.....
Fdo: LA PACIENTE

.....
Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

El presente documento se extiende por duplicado; el original debe incorporarse a la historia clínica y la copia se entrega a la interesada.

REVOCACION

Nº Historia Clínica:

Paciente: de años de edad.
(nombre y apellido)

Con domicilio en y DNI Nº

Sr./Sra: de años de edad.
(nombre y apellido si procede)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

REVOCO el consentimiento prestado en fechay no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

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

.....
Fdo: EL/LA MÉDICO/A.....
Fdo: LA PACIENTE.....
Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

El presente documento se extiende por duplicado; el original debe incorporarse a la historia clínica y la copia se entrega a la interesada.

ANEXO II

DECLARACIÓN JURADA – MUJER MAYOR Y CAPAZ VICTIMA DE DELITO SEXUAL

BUENOS AIRES SALUD BA
DECLARACIÓN JURADA – MUJER MAYOR Y CAPAZ VICTIMA DE DELITO SEXUAL
DATOS DEL DECLARANTE
Nombre y Apellido:.....
Documento (tipo y N°):.....
Domicilio.....Ciudad deProvincia de Buenos Aires.
Edad.....Fecha de nacimiento.....
N° de historia clínica.....
Mayor y capaz, DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy conciente de que corresponde aplicar sanciones penales y administrativas por falsa declaración y DECLARO:
? Que fui víctima de abuso sexual y violación.
? Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada
? Que no existe la posibilidad de que el embarazo sea producto de ninguna relación sexual consentida
Otros datos que desee declarar:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
*solo se completará el cuadro si la mujer lo desea
*el cuadro sin datos no invalida la declaración jurada
En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento
en....., a los.....días del mes de.....de.....
Firma de la declarante.....
El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la historia clínica y la copia se entrega a la interesada

ANEXO III

DECLARACIÓN JURADA – MUJER MENOR O INCAPAZ VICTIMA DE DELITO SEXUAL

BUENOS AIRES SALUD	BA
DECLARACIÓN JURADA – MUJER MENOR O INCAPAZ VICTIMA DE DELITO SEXUAL	
DATOS DEL/LA DECLARANTE (Representante Legal)	
Nombre y Apellido:	
Documento tipo y N°	
Con domicilio en	
Ciudad de, Provincia de Buenos Aires.	
Vínculo que acredita:	
<u>Beneficiaria</u> – señalar lo que corresponda	
1. menor de 18 años ☐	
2. incapaz (idiota o demente Art. 86 Código Penal de la Nación Argentina) ☐	
Apellido y Nombre:	
Documento tipo y N°	
Fecha de nacimiento	
Con domicilio en	
Ciudad de, Provincia de Buenos Aires.	
N° de historia clínica	
DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy conciente de que corresponde aplicar sanciones penales y administrativas por falsa declaración y DECLARO:	
? Que mi representada fue víctima de abuso sexual y violación.	
? Que como consecuencia de este hecho quedó embarazada	
? Que no existe la posibilidad de que el embarazo sea producto de ninguna relación sexual consentida	
Otros datos que desee declarar: 	
*solo se completará el cuadro si el Representante Legal lo desea. *el cuadro sin datos no invalida la declaración jurada.	
En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en, a los días del mes de de	
Firma del/la declarante	
El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la historia clínica y la copia se entrega a la interesada	