



## Interrupción legal y voluntaria del embarazo

### PROPUESTA PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Interrupción legal y voluntaria del embarazo: propuesta para la formación de especialistas en ginecología y obstetricia / Gabriela María Luchetti... [et al.]; coordinación general de Agustina Ramón Michel.- 1a ed.- Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2021. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga  
ISBN 978-987-48105-1-9

1. Aborto Legal. 2. Formación Profesional. 3. Salud Reproductiva. I. Luchetti, Gabriela María. II. Ramón Michel, Agustina, coord.  
CDD 362.19888

## Interrupción legal y voluntaria del embarazo

### PROPUESTA PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**Serie:** "El aborto en la formación de profesionales de la salud"

**Autoría:** Gabriela Luchetti<sup>1</sup>; Roberta Ladenheim<sup>2</sup>; Sonia Ariza Navarette<sup>3</sup>; Guadalupe Páez Callejas<sup>4</sup>; y Agustina Ramón Michel<sup>5</sup>

**Coordinación:** Agustina Ramón Michel

**Revisión:** Silvia Oizerovich<sup>6</sup>, Isabel Duré<sup>7</sup> y Guillermo Ortiz<sup>8</sup>

**Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) con el apoyo de Ipas**

**Fecha:** Mayo 2021

1. Médica gineco-obstetra. Magister en Género, Sociedad y Políticas. Profesora adjunta en Ginecología y obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue.

2. Médica especialista en medicina interna. Magister en Educación de Profesionales de la Salud. Directora del Departamento de Posgrado del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

3. Abogada. Magister en Derecho Comparado. Investigadora adjunta del área de salud del CEDES. Especialista en derechos reproductivos.

4. Abogada. Maestranda en Derechos Humanos, Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo.

5. Investigadora asociada del área de salud del CEDES. Profesora de Derecho en la Universidad de Palermo. LLM con especialidad en América Latina, University of Texas.

6. Médica tocoginecóloga, docente de la Universidad de Buenos Aires, docente y coordinadora de la Diplomatura en Cuestiones de Género y Salud. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro. Presidenta de la REDISSER. Ex directora de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación. Ex presidenta y miembro actual de sus comités científicos de la AMADA y de la SAGIJ.

7. Médica, administradora gubernamental, Magister en Salud Pública. Conducción y asesoría en áreas de RRHH de salud en GCBA, Ministerio de Salud de la Nación y PBA sobre políticas y gestión de residencias del equipo de salud. Docente universitaria. Investigación sobre la conformación de la fuerza de trabajo en salud y políticas de formación en el sistema de residencias y técnicos. Coordinación del Examen Único Federal de Ingreso a Residencias en el Ministerio de Salud de la Nación.

8. Ginecólogo y obstetra. Asesor médico senior de Ipas. Ejerció como Jefe en diferentes áreas y departamentos en el Hospital Nacional de la Mujer, El Salvador, y también como coordinador de residencias médicas en ginecología y obstetricia en la Universidad de El Salvador.


**INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>3</b>
<b>1.1.</b> El aborto como evento en la vida de las mujeres y como práctica de salud.	<b>4</b>
<b>1.2.</b> Objetivos, alcance y metodología del documento.	<b>5</b>
<b>2. EL ABORTO EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.</b>	<b>7</b>
<b>2.1.</b> Las residencias médicas, los marcos y programas de formación.	<b>8</b>
<b>2.2.</b> La formación sobre interrupción legal y voluntaria del embarazo en la residencia gineco-obstétrica.	<b>10</b>
<b>2.3.</b> Las creencias personales y la atención de la IVE e ILE en las residencias.	<b>11</b>
<b>3. PROPUESTA PARA LA INCORPORACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN RESIDENCIAS.</b>	<b>15</b>
<b>3.1.</b> Fundamentación.	<b>16</b>
<b>3.2.</b> Perfil del egresado.	<b>16</b>
<b>3.3.</b> Cronograma de rotaciones.	<b>17</b>
<b>3.4.</b> Objetivos generales por año.	<b>18</b>
<b>3.4.1.</b> Acomodamientos para residentes con objeción de conciencia.	<b>23</b>
<b>3.5.</b> Contenidos por año.	<b>24</b>
<b>3.6.</b> Cronograma semanal de actividades.	<b>27</b>
<b>3.7.</b> Recursos.	<b>27</b>
<b>3.8.</b> Modalidades de evaluación.	<b>27</b>
<b>REFERENCIAS.</b>	<b>29</b>

1.



# Introducción



# 1. INTRODUCCIÓN<sup>9</sup>

## 1.1. El aborto como evento en la vida de las mujeres y como práctica de salud

El aborto es un evento reproductivo que puede ocurrirle a cualquier mujer durante su vida fértil. Puede tratarse de un aborto espontáneo o inducido. Globalmente, se calcula que 1 de cada 5 embarazos termina en un aborto inducido (Sedgh et al., 2016), y el 15% de todos los embarazos detectados se abortan espontáneamente. Esto supone que 1 de cada 10 mujeres ha tenido, al menos, un aborto espontáneo a lo largo de su vida reproductiva (Quenby S., 2021).

En América Latina y el Caribe el embarazo no intencional ha alcanzado cifras epidémicas que afectan a millones de mujeres, también jóvenes y niñas, mientras que las leyes continúan siendo restrictivas, generando un ambiente propicio para el aborto inseguro con una alarmante carga de enfermedad (UNFPA, 2020; Warriner y Shah, 2016; Ramos, 2016). La Argentina no ha sido la excepción: el aborto inseguro fue, desde 1980 hasta recientemente, la principal causa de muerte materna, y el acceso al aborto, en los casos en que era legal, estaba fuertemente obstaculizado (Romero y Moisés -REDAAS-, 2020).

Los cuidados asociados al aborto deben formar parte de los servicios de salud. Son, además, un campo específico de estudio de la ginecología y obstetricia, que tiene por objetivo salvar la vida de las mujeres, evitar peligros para su salud y mejorar su calidad de vida. Por este motivo, en la mayoría de los países, la interrupción del embarazo es legal cuando el embarazo representa un peligro para la vida de la persona gestante y, en dos tercios del mundo, hay al menos dos causales legales para realizar un aborto (Center for Reproductive Rights, 2019). Por otro lado, la atención de las complicaciones del aborto en general, independientemente de las causas de su ocurrencia, es legal, y una obligación para los equipos de salud, en casi todo el mundo.

Por esto mismo, los conocimientos sobre el aborto son necesarios, como mínimo, para salvar la vida de las mujeres, adolescentes y niñas y, por tanto, imprescindibles en las facultades de medicina y otras ciencias de la salud, así como en las instituciones formadoras de especialistas en ginecología y obstetricia (OMS, 2015). Más aún hoy en la Argentina, con el cambio legislativo.

En efecto, a partir de la sanción de la Ley 27.610, la legalidad del aborto se amplió. Esta norma despenaliza y garantiza el derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta las 14 semanas y mantiene las causales previstas desde 1921 en el Código Penal (interrupción legal del embarazo, ILE) en casos de peligro para la vida y para la salud o cuando el embarazo es resultado de una violación.

Bajo este contexto es que [este documento propone un programa de formación en atención posaborto, ILE e IVE, para residentes en ginecología y obstetricia](#), aunque esperamos que sirva de insumo para los currículos y programas de formación de otras especialidades de la medicina y carreras de ciencias de la salud.

9. Usamos de manera indistinta e intercalada las terminaciones “a”, “o” y “e” para los términos que designan a las personas que pueden ser de géneros diversos.

Cualquier programa de formación contemporáneo tiene que, además de incorporar el conocimiento para la atención de la IVE e ILE, abordar una serie de desafíos fundamentales en la formación de los profesionales de la salud.

En primer lugar, el estigma. El contexto de ilegalidad del aborto ha operado negativamente sobre los equipos de salud y la cultura institucional, sumado a ciertos prejuicios sobre quiénes son “las mujeres” que abortan. Estigma e ilegalidad se imbrican en la práctica y es difícil diferenciarlas (LeTourneau, 2016). El nuevo marco legal argentino mejorará esta situación, aunque el estigma puede tardar en alejarse y requiere de acciones. El estigma no es indoloro: genera restricciones en el acceso que dejan verse en los diagnósticos erróneos o tardíos, en la indiferencia, en las actitudes punitivas, los maltratos y comportamientos desidiosos que desalientan o demoran la consulta de las personas gestantes en situación de aborto y pueden agravar su situación clínica y afectarlas también emocionalmente. El estigma, el prejuicio y la marginalización de esta práctica se refleja en la insistencia en emplear tecnologías obsoletas (como el legrado), la falta de actualización clínica, la escasa consulta de protocolos actualizados y la falta de prescripción de la anticoncepción posaborto, por ejemplo (Owolabi et al., 2019; Roe y Bartz, 2019); todas actitudes y comportamientos alejados del profesionalismo y el cuidado a la salud esperables.

En segundo lugar, otro desafío para la formación en IVE e ILE se vincula a las creencias personales de las médicas en formación. No pocas veces las exigencias de la profesión y práctica médica pueden tensionar con ciertas creencias personales e incluso generar dilemas éticos. Algunas de estas situaciones se enmarcan como objeción de conciencia cuando el profesional decide, como respuesta a su dilema, no proveer una práctica de salud legal, clínicamente aceptable y requerida por la paciente. En no pocas situaciones, la objeción de conciencia es mal usada para demorar el acceso, imponer violentamente ideas propias sobre los pacientes y vulnerar el derecho de información, entre otras formas de daño.

Un tercer desafío, que va más allá del aborto, es aceptar el ejercicio de autonomía de las pacientes, y entender que son sujetos de derechos y agentes morales. Es decir, incorporar el enfoque de derechos. Así es que el derecho a la privacidad, y por tanto el deber de confidencialidad, continúa siendo un problema y, en el aborto, ha tomado ciertas formas virulentas de encarnizamiento que ha afectado crudamente a muchas mujeres, exponiéndolas incluso a investigaciones penales o la cárcel, como quedó sintetizado en el caso Belén de Tucumán.

**Actualizar los programas de formación es una más de las acciones posibles e imprescindibles** para abordar estos desafíos y encarar un entrenamiento y una formación de profesionales comprometidos con el cuidado de la salud y los derechos de las mujeres, sean adultas, adolescentes o niñas.

## **1.2. Objetivos, alcance y metodología del documento**

Este documento es una propuesta para incorporar la atención del aborto –posaborto, IVE e ILE– en la formación de especialistas en ginecología y obstetricia.

El propósito es que sirva de insumo para los programas de formación en gineco-obstetricia a nivel nacional, provincial, regional o municipal y para instituciones privadas de salud formadoras de residentes; así como insumo para planes de estudios en los posgrados universitarios. Asimismo, mucho del contenido de este documento puede servir para programas formativos de otras profesiones de los equipos, y especialidades médicas y de otras ciencias de la salud.

El siguiente trabajo, está dividido en dos secciones, además de la introductoria. La segunda sección describe las características y la regulación de la formación de las especialistas en ginecología y obstetricia en las residencias médicas. En otro apartado de la misma sección, se sugieren formas de contemplar las creencias personales de los médicos, incluso aquellas que parecen conflictuar con la formación y provisión de la ILE e IVE. La tercera sección está dedicada a desarrollar un programa de formación para que residentes de ginecología y obstetricia adquieran las competencias necesarias en materia de aborto.

Como antecedente, este documento tiene un primer borrador sobre la situación de la formación de residentes en aborto, su entrenamiento y objeción de conciencia, que sirvió de base para un debate con catorce expertes de distintas disciplinas y ámbitos de trabajo en la que se identificaron las necesidades y los desafíos en la formación de residentes de ginecología y obstetricia en junio de 2020<sup>10</sup>. De esa discusión, surgió la necesidad del documento que aquí se presenta, luego reforzada por la aprobación de la Ley 27.610, en diciembre de 2020.

Para la confección de la propuesta del programa, se consultaron los documentos del Ministerio de Salud de la Nación sobre formación en residencias (MSAL 1; MSAL 2; MSAL 3; MSAL, 2008; MSAL, 2010; MSAL, 2011; MSAL, 2012; MSAL, 2015; Duré et al., n.d.) y documentos internacionales de la Faculty & Reproductive Healthcare del Reino Unido (2017), General Medical Council del Reino Unido (2013), Organización Panamericana de la Salud (Borrell et al., 2011), Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (Gómez et al., 2010), Accreditation Council of Graduate Medical Education (2015), Council on Residents Education in Obstetrics and Gynecology (2016), Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (2014) y del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Health Care for Underserved Women (2014), así como trabajos e investigaciones de médicas de la Argentina (Gómez, Oizerovich y Jefferson, 2010) y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2015).

El programa de formación en IVE e ILE y posaborto que aquí se propone sigue los lineamientos de la guía para la elaboración de programas del Ministerio de Salud de la Nación (2012).

Una versión preliminar de este documento fue revisada en detalle por Silvia Oizerovich, Isabel Duré y Guillermo Ortiz, que permitieron arribar a una versión final del documento, más allá de que todos los errores y/o imprecisiones son responsabilidad de nosotras, las autoras.

10. De ámbitos de la investigación, clínica, activismo, academia, gestión gubernamental, residencia médica. También de distintas disciplinas: ginecología y obstetricia, docencia, recursos humanos, sociología, derecho, etc.

# 2.



**El aborto en la  
formación de  
especialistas en  
ginecología y  
obstetricia**



## EL ABORTO EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Hoy, en la Argentina, la interrupción de un embarazo es una opción legal. Todas las personas con capacidad de gestar pueden decidir, hasta las 14 semanas de gestación inclusive, si seguir adelante o no con su embarazo (IVE), y también cuando exista un peligro para su vida, su salud, o el embarazo sea resultado de violación (ILE).

Toda médica en proceso de especializarse como gineco-obstetra debe adquirir formación sobre estas prácticas. Los programas de formación para las residencias deben satisfacer esta necesidad conforme la evidencia más actualizada y rigurosa, un enfoque de derechos, el marco legal vigente y las buenas prácticas de enseñanza y aprendizaje.

### 2.1. Las residencias médicas, los marcos y programas de formación

Un alto porcentaje de quienes se gradúan de medicina en la Argentina opta por una especialización. Existen diversas maneras de formarse como especialista: en el ámbito universitario mediante las carreras de especialización y posgrados, o en una institución de salud pública o privada mediante la residencia. Esta última es la forma más difundida para adquirir una especialidad médica (Duré y Cadile, 2015).

Las residencias son “un sistema de formación integral de posgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación en forma exhaustiva, ejercitándose en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en el trabajo” (MSAL, 2008). La actividad es a tiempo completo, remunerada, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes.

La residencia es un paso fundamental en la transformación de una estudiante de medicina en una médica capaz de ejercer una especialidad de manera autónoma. Esta transformación tiene lugar a lo largo de un proceso de educación de altísima demanda física, emocional e intelectual (ACGME, 2015; MSAL, 2011).

El Ministerio de Salud de la Nación establece lineamientos sobre la formación de residentes, tanto generales como marcos específicos para cada especialidad (MSAL, 2015; MSAL 2)<sup>11</sup>. Estos lineamientos se encuentran en los marcos de referencia, que brindan criterios para la formación en cada especialidad y un estándar para definir un perfil y el desempeño profesional en diferentes contextos asistenciales (MSAL, 2012). Contienen, también, criterios comunes para los programas que surgen de consensos federales.

11. La Ley 22.127 (1980) regula el Sistema Nacional de Residencias de Salud, su reglamentación (Resolución 1993/2015) y el marco de referencia para la formación en residencias médicas de la especialidad tocoginecología (Resolución del Ministerio de Salud 1073/2015, 2010) son las normas que fijan las pautas para el régimen nacional de residencias de esta especialidad. Rigen en los establecimientos sanitarios dependientes de la autoridad nacional. Las provincias, la Ciudad de Buenos Aires, las universidades, las fuerzas armadas, la policía federal y las instituciones privadas tienen sus propios regímenes, aunque tienen la posibilidad de adherirse a este mismo régimen. La programación se realiza en distintos niveles. El primer nivel, de macropolítica ministerial, es el que define cuáles son las necesidades de formación de recursos humanos, las prioridades pertinentes y los marcos regulatorios. A este nivel pertenecen los marcos de referencia. El segundo nivel es provincial/jurisdiccional y establece prioridades locales; a este nivel corresponden los programas de formación. Un tercer nivel se desarrolla en los centros asistenciales, que poseen reglamentos comunes a todas las residencias. Por último, el cuarto nivel es el que realizan los responsables de cada residencia y su equipo; en este nivel, se diagraman los detalles de la formación y organización de aprendizaje, siguiendo lo indicado en los niveles superiores. Para ver los documentos de acreditación de residencia producidos a nivel nacional, ver: <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/acreditaciones/documentos>. Para mayor detalle sobre las residencias en la Argentina ver Duré y Cadile (2015).



Gráfico Propio

El marco de referencia de tocoginecología es del 2010 (MSAL, 2010). Fue elaborado por representantes de programas nacionales y de dependencias jurisdiccionales vinculadas con la especialidad, como así también por representantes de asociaciones profesionales y académicas. Este marco refiere a la atención de las complicaciones del aborto inseguro. No hay, en cambio, referencias al aborto legal, pese a que, para entonces, ya se encontraba publicada la Guía de atención integral de los abortos no punibles (actualmente conocida como ILE) de 2007 (MSAL, 2010b). Desde entonces, no solo cambiaron los estándares legales -la Ley 27.610 establece, para todos los subsistemas de salud, efectores y profesionales, la obligación de proveer servicios de IVE e ILE- sino también la experiencia y el conocimiento de los equipos de salud que proveen ILE, junto a una mayor aceptación social. De este modo, el aborto se ha fortalecido como un derecho reproductivo, una obligación del sistema de salud y una práctica de salud.

Además de los marcos de referencia, están los programas de formación, que contienen la planificación curricular y pueden definir un perfil propio según criterios locales, siempre y cuando sigan los lineamientos de los marcos de referencia. Los programas de formación enuncian el proceso pedagógico a través del tiempo que dura la residencia. Contienen los objetivos para cada año, distinguen rotaciones, estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación. El Ministerio de Salud de la Nación ofrece lineamientos sobre la organización y los contenidos que deben seguir los programas de residencias (MSAL, 2012), que son los que este documento que presentamos también sigue, para realizar las propuestas de formación en IVE e ILE (ver sección 3).

Más allá de la necesidad de actualizar el marco de referencia, **los programas de formación deben también actualizarse para cumplir con las exigencias y compromisos que tendrán los residentes en ginecología y obstetricia.**

## **2.2. La formación sobre interrupción legal y voluntaria del embarazo en la residencia gineco-obstétrica**

La residencia es una apuesta a formarse en el trabajo: aprender de la experiencia y hacerlo en interacción con otros. Bajo la residencia, el saber técnico se obtiene de manera activa, integrando la teoría y la práctica y lo individual con lo grupal para la resolución de los problemas. Esto se hace, necesariamente, dentro de marcos valorativos (Duré y Cadile, 2015).

El compromiso primario de obstetras y ginecólogas y de quienes están en entrenamiento, como señala la FIGO (2015), es servir a la salud reproductiva de las mujeres y promover el bienestar y el conocimiento que permitan ofrecer un cuidado con la mayor seguridad y calidad posible, tanto desde el entrenamiento como después de la certificación.

La formación en la residencia debe apuntar a un perfil de una especialista en ginecología y obstetricia que tenga competencias específicas para el cuidado integral de la salud de las (mujeres) personas gestantes, particularmente en sus aspectos sexuales y reproductivos a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital. Esto abarca conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes específicas para abordar problemas de salud prevalentes y con alta carga de enfermedad que afectan a las mujeres en la Argentina, como el aborto. También, la residencia debe incorporar en sus prácticas las obligaciones de respetar, proteger y garantizar<sup>12</sup> el derecho a la autonomía de las personas gestantes, bajo una mirada de género, que incluye el derecho a acceder a una IVE y/o ILE.

12. Hay tres niveles de obligaciones: respetar, proteger y garantizar. La obligación de respetar implica la abstención por parte del Estado y los distintos actores del sistema de salud, incluidos los médicos, de obstruir el disfrute de los derechos de las mujeres que demandan acceso a la IVE e ILE. Supone que el Estado no debe denegar o limitar el acceso a la ILE en condiciones de equidad para todas las mujeres. La obligación de proteger a las mujeres que demandan una IVE o ILE supone adoptar medidas por parte del Estado y/o los distintos actores del sistema de salud, incluidas las médicas, para prevenir una violación de sus derechos causada por terceros que interfieran en el disfrute de los mismos. La obligación de garantizar implica el deber del Estado y de los distintos actores del sistema de salud, incluidos los médicos, de adoptar las medidas y llevar adelante las acciones necesarias para efectivizar (hacer realidad) los derechos de las mujeres en torno a la IVE e ILE.

Los aprendizajes de tales competencias deberían realizarse a través de prácticas supervisadas, clases teóricas, instancias de discusión y reflexión como los talleres de clarificación de valores (Ipas, 2008)<sup>13</sup>, los pases de guardia y sala, ateneos clínicos y bibliográficos, y otras instancias de educación continua programadas. Asimismo, deberían promoverse, también, actividades de extensión a la comunidad como talleres, consejerías, visitas al área del hospital y una relación fluida con las organizaciones de la comunidad (Gómez Ponce de León y Turner, 2009). Estas competencias pueden abarcar, además de cuestiones clínicas, cuestiones éticas, bioéticas y de derechos (ver sección 3).

### 2.3. Las creencias personales y la atención de la IVE e ILE en las residencias

Las creencias personales, morales, religiosas y políticas son algo vital para todas las personas y, por tanto, para toda profesional de la salud. Las médicas tienen valores que influyen y guían su práctica diaria, como también principios éticos y estándares de buena práctica profesional.

Cada profesional de salud llega al sistema con creencias ético-morales, puede que religiosas y convicciones políticas que, junto a lo experimentado durante su educación y en los servicios sanitarios, informan su conciencia (Cavallo y Ramón Michel, 2014). Como se ha dicho, la residencia es una instancia de práctica profesional pero, ante todo, de formación en la especialidad elegida; es un momento en el que las personas se enfrentan, por primera vez, con procedimientos y situaciones reales con pacientes y colegas. Por lo tanto, es probable que se enfrenten con tensiones, incomodidades o incluso dilemas morales.

En el caso del aborto, es probable también que muchas de las opiniones con las cuales llegan las residentes estén poco informadas en la experiencia y se nutran, en cambio, de prejuicios y estereotipos comunes a una práctica que hoy sigue estando cubierta por un estigma proveniente de concepciones sobre la sexualidad, la maternidad, las normas binarias de género y el rol de las mujeres en la sociedad.

Para abordar estos factores, deben ponerse en diálogo y entrenamiento criterios no solamente técnicos sino también razonamientos éticos, que permitan a las residentes ponderar sus deberes profesionales y legales, teniendo en consideración el interés de su paciente, razones estratégicas para aprobar su residencia y el contexto en el cual se desempeñan.

Así, la experiencia de la residencia es determinante para la formación de la conciencia de las residentes, no solo la formación teórica, sino también la interacción con las pacientes y sus realidades –más allá de los cuadros clínicos valorados, la relación con docentes, jefas y supervisores, así como el entorno de la residencia y sus enfoques–. La forma en que estos jóvenes profesionales asumirán su ejercicio profesional y enfrentarán los retos y dilemas estará marcada por su experiencia dentro de la residencia.

13. Los talleres de clarificación de valores sirven para eliminar algunas de las barreras al acceso a servicios de calidad impuestas a las mujeres en situación de aborto, que surgen de información errónea, estigmatización de mujeres y prestadores de servicios de salud, mediante actitudes negativas o comportamientos obstruccionistas (Gómez Ponce de León y Turner, 2009).



Por un lado, **el carácter formativo de la residencia implica tener presente el rol de la supervisión.** Los comportamientos y opiniones de profesionales de mayor jerarquía tienden a ser interpretados positivamente por los residentes, quienes justifican y aprueban estas posturas, no solo como parte del proceso de aprendizaje, sino porque las consideran producto de la experiencia y de un mayor conocimiento. De tal suerte, el modelo de rol de jefas de residencia, docentes y supervisoras no solo integra aspectos técnicos, sino también conductuales, emocionales y éticos. Por ello, quienes son modelos de rol para los residentes deben promover la reflexión ética y explicitar los valores que nutren sus decisiones, de forma que el proceso de toma de postura en su propia práctica profesional sea lo más transparente y explícito posible.

Por otro lado, como hemos dicho, la interacción de factores de múltiples dimensiones impacta en la opinión de residentes y profesionales de salud sobre esta práctica. Así, en la dimensión político-social, el aborto legal aún es visto como algo estigmatizante, moralmente malo y prohibido. En la dimensión regulatoria, el aborto legal todavía se sigue asociando con consecuencias jurídicas indeseables y se ve como una prestación sanitaria excepcional cuya provisión es particular y no se integra del todo con la política sanitaria. En la dimensión práctica dentro del sistema de salud, en muchos casos, se relaciona al aborto legal con la falta de prestigio profesional, la exposición a posibles intimidaciones o amenazas, y es un procedimiento poco valorado por algunas comunidades médicas (Chavkin, Leitmana y Polin, 2013; Cook Dickens, 2006).

En contextos favorables a la provisión del aborto, con equipos comprometidos con la garantía de los derechos humanos de las mujeres y la promoción de una práctica profesional empática y solidaria, los residentes serán más propensos a considerar la provisión del aborto como una de las tareas ordinarias de su ejercicio profesional, sin imponer el peso del estigma sobre esta práctica.

Considerando todos estos factores y la posibilidad de que persista la situación dilemática, pese a la reflexión profunda y contextual acerca de la provisión de una práctica sanitaria, el ordenamiento jurídico provee una figura que puede invocarse en el marco de la práctica profesional: cuando la profesional decide, como respuesta a su dilema, eximirse de participar en la provisión de una práctica de salud legal y clínicamente aceptable pues contraria convicciones morales o religiosas profundas, puede ejercer la objeción de conciencia.

**De acuerdo con la Ley 27.610, las profesionales que deben intervenir directamente en la provisión de la IVE e ILE pueden alegar objeción de conciencia.** No se permite, en cambio, objetar la atención posaborto ni las prácticas dirigidas a garantizar la atención integral de la salud de la mujer, como la consejería, la preparación o control posterior o el suministro de medicamentos.

**Asimismo, los residentes en tanto profesionales de la salud tienen derecho a ejercer objeción de conciencia, pero en tanto estudiantes en formación deben, también, cumplir con el currículo,** el programa establecido, para así adquirir los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes exigidas por la especialización elegida.

Estudios nacionales y comparados han mostrado que las motivaciones para recurrir a la objeción de conciencia, muchas veces, no tienen que ver con convicciones morales o religiosas en contra del aborto sino más bien con miedos, preocupaciones y/o desconocimientos que pueden trabajarse no solo ni especialmente a través de prohibiciones, límites y permisos, sino a través de espacios de reflexión, intercambios y entrenamiento (Faúndes, Alves Duarte y Duarte Osis, 2013; Harris et al., 2018; Ariza Navarrete y Ramón Michel, 2018; Ramón Michel y Ariza Navarrete, 2019; De Zordo y Mishtal, 2011; Botero et al., 2020).

Por todo ello, **les residentes de ginecología y obstetricia deben adquirir los conocimientos *teóricos* acerca de la IVE e ILE.** Esto es necesario incluso para un profesional que objeta, pues se mantiene el deber de informar a le paciente sobre opciones disponibles legales ante un embarazo no intencional y todas las situaciones vitales relacionadas con el aborto y, para esto, debe contar él mismo con el conocimiento.

**En relación con los conocimientos prácticos, es necesario que las residentes se acerquen a la experiencia de la atención del aborto.** Si una residente alega objeción, la forma y modalidades de participación deben acomodarse para respetar este derecho y para asegurar la adquisición del conocimiento, habilidades, destrezas y actitudes requeridas por la especialidad (ver sección 3). En este sentido, una residente que objeta debe, en cualquier caso, adquirir habilidades y destrezas relacionadas con –o que estén asociadas a– el aborto, pues, a lo largo de su vida profesional, **se encontrará con situaciones de atención posaborto, embarazos detenidos y evacuación de fetos muertos –que utilizan técnicas y requieren abordajes integrales similares a las de una IVE o ILE– y que no son susceptibles de denegar.** A su vez, en alguna circunstancia estando solas, sin la posibilidad de derivación, pueden llegar a tener que enfrentar la situación de realizarlo.

Según la evidencia, a medida en que el profesional se familiariza con la práctica de la interrupción del embarazo tomando contacto más estrecho con las realidades que traen los distintos casos, surgen actitudes de respeto a las decisiones de estas pacientes, de menos prejuicios y mayor empatía, y un entendimiento de que esta práctica hace a una parte integral de la atención de la salud (Brocks et al., 2015; Lipp, 2008; Faúndes et al., 2004; Pace, 2008).

Sobre la atención de una complicación posaborto, es decir, de una emergencia, la vida del paciente, al igual que su salud mental y física, debe ser preservada y, en ese caso, como sostiene la FIGO (2015), el profesional debe dar prioridad a la vida, la salud y el bienestar del paciente, practicando o participando en el procedimiento indicado.

En línea con lo establecido por la Ley 27.610 respecto a la atención posaborto –la cual implica la misma tecnología que la del aborto inducido– la FIGO establece como una responsabilidad ética que un proveedor brinde atención en casos de posaborto, a pesar de haber ejercido la objeción de conciencia a participar en la inducción de un aborto, en tanto que no puede invocar tal objeción para rechazar la atención clínicamente indicada después de haber sido realizado el aborto. El manejo seguro de la atención posaborto es una habilidad profesional requerida a todos los profesionales calificados de obstetricia y ginecología y, por tanto, la formación en la especialidad médica requiere la inclusión de la atención posaborto (FIGO, 2019).

Para que el programa de formación pueda cumplir con los objetivos antedichos, las docentes a cargo deben tener la formación teórica y práctica sobre la IVE e ILE requerida en la especialidad y la residencia debe asegurar los ajustes necesarios para acomodar las objeciones, los espacios de reflexión y capacitación para todos sus residentes, garantizando el cumplimiento de un currículo actualizado.

Sin dudas, **el pluralismo es un valor deseable en el ámbito de los servicios de salud** –lo que incluye al personal de salud y a las pacientes– y también en la formación de profesionales de la salud. Del mismo modo, lo es **el profesionalismo médico**, entendido no solo como el conjunto de habilidades y conocimientos técnicos, sino también como las actitudes y comportamientos guiados por los preceptos éticos de la profesión (el cuidado, la empatía, el altruismo, la autorregulación, la devoción al bien público, etc.). El profesionalismo se alcanza a través de la implementación de la reflexión, de la exposición de los conflictos para generar un diálogo y del buen juicio; estos requieren entrenamiento, práctica y autoevaluación constante. **La residencia, en tanto programa de formación, debe aspirar y promover que todo médico, incluso con dilemas y creencias conflictivas respecto a la IVE e ILE, cumpla y ejercite los principios y deberes fundamentales de la profesión, y conozca y aplique los mejores estándares clínicos disponibles según la especialidad elegida .**

# 3



**Propuesta para la  
incorporación de la  
interrupción voluntaria  
y legal del embarazo  
en los programas de  
formación en residencias**





## 3.

## Propuesta para la incorporación de la interrupción voluntaria y legal del embarazo en los programas de formación en residencias

A continuación, **siguiendo el esquema de la “Guía para la elaboración de programas de residencia del Ministerio de Salud de la Nación”** (MSAL, 2012), se presenta una propuesta para incorporar la IVE e ILE en los programas de formación.

Dado que el marco de referencia de ginecología y obstetricia no ha sido actualizado, en este documento se ofrece una definición de competencia general<sup>14</sup> del gineco-obstetra, que contempla la IVE e ILE y otras actividades específicas sobre la materia (MSAL, 2010).

Como competencia general, se propone que el residente conozca y adquiera los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes (estar preparado, sensible y dispuesto) para ofrecer información y discutir sobre las opciones disponibles ante un embarazo no intencional y todas las situaciones vitales relacionadas con la intención de abortar. La información debe brindarse con amabilidad, respeto y sin juzgar ni discriminar las decisiones que, eventualmente, la mujer podría tomar. También se incluye la capacidad de tomar responsabilidad para que la paciente reciba los cuidados apropiados, incluyendo la prescripción de medicación, realización del procedimiento de AMEU (aspiración manual endouterina) y AEU (aspiración endouterina) o contacto con colegas que realicen la práctica sin retraso. Por último, en los casos de reparos en realizar la práctica, debe darse la oportunidad de valorar con toda la información disponible en el espacio clínico para revisar su oposición a prestar un servicio esencial.

Todas estas competencias, además, cumplen con lo que la Ley 27.610 establece como obligaciones del profesional, incluso si se alegase objeción de conciencia; de ahí que todo residente debe entrenarse en estas competencias.

### 3.1. Fundamentación

El aborto es un evento reproductivo que atraviesa a muchas mujeres, y que cuando ocurre en condiciones de inseguridad puede generar la muerte o consecuencias dañinas en la salud. A partir de la sanción de la Ley 27.610, se amplió y fortaleció la legalidad de esta práctica. La médica que elija la especialidad de ginecología y obstetricia debe formarse para atender estas prácticas y así garantizar, además, el derecho que el sistema jurídico argentino reconoce. Ofrecer y garantizar el acceso a estos servicios que sean de calidad, seguros, confidenciales y libres de estigma, requiere una formación que incluya no sólo habilidades técnicas sino una serie de actitudes acordes al profesionalismo médico, y los derechos reconocidos a las mujeres y personas gestantes adultas, jóvenes o niñas por el sistema jurídico argentino.

### 3.2. Perfil del egresado

La egresada debe poseer conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para abordar en forma integral los problemas prevalentes de salud y con alta carga de enfermedad que afectan a las mujeres y personas gestantes a lo largo de su ciclo vital,

14. Definir una competencia general requiere pensar qué conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas deben estar incluidas para asegurar un correcto comportamiento profesional frente a un determinado contexto clínico.

incluido el aborto, y hacerlo desde un enfoque de derechos<sup>15</sup>.

En su práctica médica, privilegiará el bienestar y la autonomía de las mujeres, bajo una mirada de género que contemple las inequidades interseccionales, revisando los propios sesgos que una profesional, en tanto médico y persona, puede tener.

Debe haber tenido las experiencias y el conocimiento suficientes para reconocer que el aborto es un evento que puede ocurrir (aborto espontáneo) y, en ocasiones, constituir una decisión (aborto inducido) por parte de las personas gestantes, y que, ya sea por ocurrencia o por decisión, debe ser respetado.

Sus creencias personales nunca podrán ser una motivación para no respetar, proteger o garantizar los derechos de las pacientes.

### 3.3. Cronograma de rotaciones<sup>16</sup>

El cronograma de rotaciones debe contemplar aprendizajes relevantes relacionados con la IVE, ILE y la atención posaborto, y las excepciones y reemplazos de escenarios de aprendizaje para quienes aleguen objeción a realizar las prácticas de IVE o ILE, para que construyan la práctica y el conocimiento necesarios.

Para el desarrollo adecuado de competencias en IVE e ILE y posaborto, **la residente debe estar expuesta a situaciones que habitualmente se presentan en las instituciones de salud: mujeres con embarazos no intencionales de todo tipo, niñas abusadas y embarazadas y otras situaciones vitales de personas gestantes que soliciten un aborto.**

La residente debe adquirir, desde el primer año del cursado, la competencia en la atención de consultorios externos, tanto programados como de guardia, junto a médicas de planta que brinden servicios de IVE e ILE. En esa instancia, verá personas que consultan por embarazos no intencionales, algunas de las cuales querrán conservar el embarazo y otras que no, lo que le permitirá adquirir herramientas para ambas situaciones, sin presuponer o proponer conducta alguna para esta situación, más que la deseada por la propia paciente. Se propenderá a que el residente se involucre en múltiples casos de este tipo y colabore como asistente del médico de planta o residente superior en el proceso y que, en todo momento, se comporte con amabilidad y comprensión, cumpliendo sus deberes profesionales. También, se propenderá a que tenga la oportunidad de hacer preguntas y reflexionar sobre la práctica.

Deben promoverse, a su vez, rotaciones externas por centros de atención primaria de la salud, para que residentes de gineco-obstetricia realicen sus tareas aprovechando la capacidad de la interdisciplina y que, en ese contexto comunitario,

15. "Los enfoques basados en los derechos humanos se caracterizan por centrar su atención en los determinantes sociales subyacentes de la salud, con énfasis en los principios de rendición de cuentas, participación significativa, transparencia, igualdad y no discriminación" (Yamin y Frisancho, 2015).

16. Dentro de un servicio de gineco-obstetricia hay diversas áreas de práctica en donde una residente desarrolla sus actividades. La programación debe ordenar estas rotaciones para optimizar el aprendizaje y coordinarlas con las actividades asistenciales del servicio de salud. En el programa deben contemplarse los diversos escenarios de práctica, como las salas de internación, los consultorios externos, las áreas de guardia, los quirófanos y las salas de parto y preparto, además de áreas diferenciadas como las de ecografía, salud fetal, hospital de día, quirófano para procedimientos ambulatorios, consultorios específicos de subespecialidades, etc. Las decisiones de cómo, cuándo y cuánto una residente debe estar en cada una de estas áreas constituye el cronograma de rotaciones. Este cronograma contempla lo que hace una residente según el año de residencia que esté cursando, es decir, tienen una secuencia, deben relacionarse con los objetivos propuestos para cada año y cubrir, en lo posible, el desempeño y los ámbitos profesionales que correspondan a la especialidad.

compartan experiencias, saberes y miradas con el equipo de salud del primer nivel de atención en relación a la IVE e ILE, y puedan comprender muchas de las situaciones sociales por las que se llega al aborto. Asimismo, es de interés que desde la residencia conozcan e interactúen con organizaciones de la comunidad que realizan soporte a la autogestión del aborto con medicamentos.

### 3.4. Objetivos generales por año<sup>17</sup>

Los objetivos de aprendizaje por año propuestos a continuación siguen el esquema de áreas de competencia del marco de referencia –que tienen una lógica de actividades profesionales agrupadas según ámbitos de desempeño<sup>18</sup>–.

#### Primer año

*Al final del primer año, le residente será capaz de:*

#### En el área atención de la demanda y prevención

- Atender la demanda espontánea de la guardia de gineco-obstetricia de mujeres y otras personas gestantes en situaciones de aborto, embarazo no intencional, violencia de género y/o violencia sexual o de coitos no protegidos, entre otras. Tener en cuenta y facilitar el acceso a grupos vulnerables, particularmente niños y adolescentes.
- Promover e informar acerca de conductas saludables con relación a situaciones de IVE e ILE y posaborto, basándose en evidencia actualizada y en un lenguaje claro, comprensible y respetuoso. Utilizar la transparencia activa en las situaciones de embarazo no intencional. Esta actividad se realizará a través de un dispositivo de consejería, si el servicio lo tiene dispuesto, o a través de la consulta médica común.
- Pesquisar las situaciones de abortos realizados en condiciones inseguras que requerirán una rápida actuación médica.
- Atender en la sala de internación de ginecología los casos de complicaciones posaborto y la consejería post IVE e ILE.

#### En el área de procedimientos médicos o quirúrgicos

- Adquirir, respecto a la práctica del aborto con medicamentos, el conocimiento teórico que contemple el tipo de medicamentos, el mecanismo de acción, dosis y vías de administración, así como sus efectos adversos y colaterales y sus contraindicaciones.
- Atender, bajo supervisión, a personas en situación de aborto con medicamentos en sala de internación y/o guardia para conocer y practicar el manejo del dolor,

17. Para cada año de residencia deben especificarse qué aprendizajes debe alcanzar cada residente al finalizar el año. Estos aprendizajes estarán centrados en conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas.

18. a) Actividades de atención y prevención que se demandan espontáneamente en las distintas etapas de la vida de las mujeres; b) resolver mediante procedimientos médicos o quirúrgicos situaciones de salud y/o enfermedad en los aspectos sexuales y reproductivos; c) gestionar el proceso de atención interactuando con otras especialidades y con los distintos niveles de complejidad; d) participar en procesos de investigación y educativos.

el confort y la consejería posaborto.

- Contar con los conocimientos necesarios para diagnosticar y tratar precozmente complicaciones del aborto.
- Adquirir las herramientas básicas iniciales del AMEU, como su técnica en la anestesia paracervical y uso de la cánula de AMEU en simuladores.
- Tener manejo inicial de las actividades en quirófano participando como ayudante y como cirujana en las actividades quirúrgicas de baja complejidad (ej.: AMEU).
- Tener manejo inicial de diagnóstico y tratamiento de la atención de guardia de emergencias e internación de ginecología en situaciones de baja complejidad como IVE e ILE y atención posaborto.

### En el área de gestión del proceso de atención

- Conocer, utilizar y completar correctamente los sistemas de registro médico de la atención de pacientes en situación de aborto.
- Respetar la organización de la residencia. Para los casos de IVE e ILE, esto implica contemplar los casos de objeción de conciencia y su reemplazo de actividades, que debe ser conocido y estar previsto.
- Seguir los procesos adecuados para la gestión de los pacientes, y de referencia y contrarreferencia, particularmente en las áreas de guardia de emergencias e internación, para procurar que la paciente que requiere una IVE o ILE acceda a esta, efectiva y oportunamente.
- Respetar, proteger y tomar las medidas que estén a su alcance para que se respeten los derechos de las mujeres.

### En el área de investigación y educación

- Participar del proceso de elaboración de un protocolo de investigación y de su presentación en una jornada pública.
- Presentar casos en ateneos del servicio, centros de salud y hospitalarios, que podrían incluir temas asociados a la atención del aborto, sean clínicos, éticos, o basados en casos particulares que hayan ocurrido en el servicio.
- Realizar capacitaciones formales relacionadas con derechos sexuales y derechos reproductivos, y con el enfoque de género en la atención de la salud que incluya la diversidad sexual y de género.
- Participar de talleres de clarificación de valores u otros espacios de discusión.



## Segundo año

*Al finalizar el segundo año, le residente será capaz de:*

### En el área de atención de la demanda. Prevención

- Prevenir, diagnosticar y tratar en forma efectiva, sensible y abierta los problemas de salud prevalentes de las mujeres en las áreas de consulta externa programada, internación y guardia de emergencia. Esto incluirá situaciones problemáticas de embarazo no intencional, embarazo en niñas, embarazo en adolescentes, embarazo en situaciones de violencia sexual, IVE e ILE.
- Conocer, respetar y proteger los derechos de les pacientes (autonomía, privacidad, etc.) y los derechos sexuales y reproductivos.
- Conocer, respetar y proteger los derechos de autonomía y mecanismos para consentir de niñas y adolescentes.
- Conocer, respetar y proteger los derechos de autonomía y mecanismos para consentir de personas gestantes con discapacidad.
- Cumplir con el deber de transparencia activa en situaciones de embarazo no intencional, lo que supone informar a las pacientes, de manera transparente y activa, acerca de las opciones posibles frente a sus embarazos.
- Acompañar y supervisar al residente de 1er año en su actuación en guardia y sala de internación en situaciones de atención del aborto.

### En el área de procedimientos médicos o quirúrgico

- Realizar consejería pre y posaborto.
- Conocer dosis, usos, vías de administración, efectos colaterales y adversos de la medicación para abortar e indicar correctamente la medicación. Realizar el seguimiento ambulatorio de IVE e ILE e informar a la paciente sobre las pautas de alarma.
- Conocer los procesos de atención posaborto con criterios de emergencia.

Realizar prácticas quirúrgicas y no quirúrgicas ambulatorias como AMEU, inserción de DIU e implantes subdérmicos.

Realizar cirugías de baja y mediana complejidad asociadas a la atención del aborto, como AMEU o incluso aspiración eléctrica (AE). Para acreditar la adquisición de la competencia se considera óptimo realizar al menos 20 procedimientos de AMEU durante el 2do año de la residencia.

- Participar como ayudante en cirugías de mediana y alta complejidad asociadas a la atención del aborto.
- Realizar, en forma autónoma, atención posaborto, control y consejería.

### En el área de gestión del proceso de atención

- Conocer y manejar las relaciones en la institución, tanto en el centro de salud como en el hospital y con los servicios interconsultores para la atención del aborto (salud mental, trabajo social, clínica médica, pediatría, etc.).
- Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y seguridad del paciente por parte de residentes de 1er año.
- Trabajar coordinadamente con el resto del servicio (médicas de planta, enfermeras, administrativos, etc.) para la atención del aborto.
- Completar y mantener los registros hospitalarios asociados al aborto.

### En el área de investigación y educación

- Preparar clases para sus pares en temas relevantes adjudicados por el instructor, que pueden incluir situaciones clínicas, de actualización, de organización de servicios, bioéticas o integrales, referidas al aborto.

### Tercer año

*Al finalizar el tercer año, le residente será capaz de:*

### En el área de atención de la demanda y prevención

- Abordar y resolver, de manera sensible y abierta, problemas de salud menos prevalentes y más complejos, como las malformaciones fetales, el embarazo en niñas y adolescentes, el aborto en el segundo trimestre y las situaciones de violencia sexual y de género.
- Hacer efectivos, en esos casos, la obligación de informar, de manera transparente, respetuosa, clara y comprensible, las opciones acerca de la continuación o interrupción del embarazo.

### En el área de procedimientos médicos o quirúrgicos

- Dilatación y evacuación de embarazos de más de 14 semanas, bajo supervisión.
- Realizar, en forma autónoma y supervisada, cirugías de mediana complejidad asociadas a complicaciones del aborto.
- Actuar como 1er ayudante en cirugías de alta complejidad asociadas a complicaciones del aborto.
- Realizar prácticas ambulatorias complejas (punciones transecográficas, mamarias, pelvianas y, durante la gestación, histeroscopias diagnósticas y otras).

### En el área de gestión del proceso de atención

- Conocer y manejar los indicadores de salud e interpretar los resultados referidos al aborto.
- Conocer los procesos comunes medicolegales y confeccionar los documentos correspondientes referidos a la atención del aborto.
- Entender las implicancias de la objeción de conciencia para con los deberes profesionales propios asumidos al elegir la especialidad, para con las pacientes, los colegas, el servicio de salud donde se trabaja y el sistema de salud en general.
- Comprender el alcance y el procedimiento para efectivizar la objeción de conciencia, así como sus deberes y límites.

### En el área de investigación y educación

- Participar activamente en el pase de sala diario, estando a cargo de la presentación de las situaciones problemáticas bajo su responsabilidad, incluidas las de IVE e ILE.
- Elegir un tema de investigación dentro de las patologías y situaciones prevalentes atendidas en el servicio –aborto si así lo fuera– y generar un protocolo de investigación completo que se lleve adelante junto a un residente de 2do año.

### Cuarto año

*Al finalizar el cuarto año, le residente será capaz de:*

### En el área de atención de la demanda y prevención

- Afianzar sus cualidades técnicas en el abordaje ambulatorio de la salud sexual y reproductiva y sus problemas más prevalentes.
- Desarrollar pensamiento crítico y profesionalismo en la atención de la demanda de las pacientes y en las actividades de prevención referidas a la salud sexual y reproductiva, incluido el aborto.
- Acompañar y supervisar a residentes de 1ro, 2do y 3er año en el abordaje integral de IVE e ILE y las situaciones que pudieran presentarse, tanto las ambulatorias urgentes y programadas, como las de internación, o las de cirugía programada y urgentes.

### En el área de procedimientos médicos o quirúrgicos

- Realizar, en forma autónoma, cirugías de mediana complejidad y, bajo

supervisión directa, cirugías de alta complejidad y de emergencia. También, complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas asociadas a la atención del aborto.

- Atender y resolver problemas en la atención de la internación, la guardia y el consultorio externo asociados a la atención del aborto.
- Supervisar residentes de 1ro, 2do, y 3er año en sus cirugías y procedimientos invasivos ambulatorios asociados a la atención del aborto.
- Estar capacitado para el abordaje de las complicaciones severas posaborto, tanto las médicas como las quirúrgicas.
- Supervisar en el abordaje inicial de los residentes de 1ro, 2do y 3er año a las situaciones de IVE e ILE.

### En el área de gestión del proceso de atención

- Conocer los procesos de gestión de pacientes del centro de salud, del servicio y del hospital.
- Conocer, respetar y promover las normas vigentes en el servicio y en la residencia.
- Promover la gestión del conocimiento en el servicio y la reflexión sobre la práctica.
- Separar sus valores de los de sus pacientes, respetando, protegiendo y garantizando el ejercicio de la autonomía de la paciente.  
Ser la encargada de la presentación de las situaciones vinculadas sobre aborto que hayan estado bajo su responsabilidad.

### En el área de investigación y educación

- Promover espacios de reflexión sobre las creencias personales y cómo estas influyen en el acceso de las mujeres a sus derechos.
- Coordinar talleres de clarificación de valores, espacios de capacitación u otro tipo de encuentro de capacitación y diálogo en el servicio de salud, o entre residentes de distintos servicios de salud sobre la atención del aborto. Participar activamente de encuentros de reflexión con las diferentes áreas que hacen a la atención de las personas: enfermería, instrumentadoras, personal de farmacia.

#### 3.4.1. Acomodamientos para residentes con objeción de conciencia

Si un residente reporta creencias personales que podrían dar lugar a una objeción de conciencia respecto de la IVE e ILE, debe recibir información detallada sobre [el alcance del derecho a la objeción, los límites y los deberes](#). Al respecto, el residente deberá, como marca la Ley 27.610, informar a la paciente acerca de sus opciones, derivarla de buena fe y cumplir con el resto de sus deberes profesionales.



La residencia –en particular, quienes tengan la capacidad y responsabilidad de tomar decisiones– debe habilitarle al residente que se encuentra en esta situación, los mecanismos para fomentar la reflexión sobre la práctica de IVE e ILE, sus deberes profesionales y civiles, y los compromisos éticos en tensión, aclarando que únicamente la provisión directa puede ser objetada. **El residente, por su parte, debe cumplir con las tareas asignadas, con el apoyo de la residencia promoviendo la reflexión acerca de la provisión de IVE e ILE, de sus deberes éticos y del impacto de este servicio en las pacientes y en la comunidad,** de manera que, llegado el momento de la formación en que esté capacitado para realizar la práctica directa, pueda decidir informadamente acerca de la objeción de conciencia.

Las intervenciones indirectas, es decir, todas aquellas que tienen lugar antes y después de la práctica (entrega de información, consejería, toma de análisis complementarios, control posaborto), así como las concomitantes que no producen directamente la interrupción (anestesia, colocación de vías, etc.), no son pasibles de objeción. Dado esto, **el residente que alega objeción de conciencia debe, en cualquier caso:**

- **Adquirir el conocimiento y las habilidades, destrezas y actitudes necesarias para informar a las pacientes** acerca de la IVE e ILE. Por esto mismo, el residente no puede exceptuarse de todas aquellas actividades de la formación teórica que incluyen la investigación sobre la práctica. Asimismo, la residencia podrá requerir que la residente participe como observadora en consejerías o situaciones de atención del aborto.
- **Adquirir el conocimiento, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para la atención posaborto, de embarazos detenidos y evacuación de fetos muertos** –que utilizan técnicas y requieren abordajes integrales similares a las de IVE e ILE– y que no son susceptibles de negación. Por esto mismo, el residente debe llevar adelante una cantidad determinada de procedimientos de este tipo.
- **Participar en algunas investigaciones, ateneos, reuniones e instancias de reflexión sobre la atención del aborto.** Estas actividades no constituyen intervención directa en la práctica de la IVE e ILE (condición necesaria para ejercer el derecho a la objeción de conciencia, según los términos de la Ley 27.610). Estas son instancias necesarias para completar la formación profesional en la especialidad, así como para la reflexión sobre las implicancias éticas, profesionales y legales de los servicios de IVE e ILE y la objeción de conciencia.

Deberán contemplarse el rol de supervisión y los compromisos de enseñanza en el marco de la residencia como tareas no cobijadas por la objeción de conciencia, y se deberán establecer mecanismos para que la objeción de conciencia de una residente no interfiera en ese rol o bien encontrar tareas sustitutorias, de forma que su formación y sus responsabilidades no se vean afectadas.

### 3.5. Contenidos por año

**Los contenidos de aprendizaje por cada año de residencia determinan qué conocimientos específicos tendrá el residente al finalizar, justamente, cada año.** Estos contenidos abarcan distintos aspectos de la IVE e ILE y la atención posaborto, tanto

técnicos, clínicos y epidemiológicos, como jurídicos y bioéticos.

### Primer año

- Sexo, género y salud. Enfoque de género. Diversidad sexual y de género. Derechos sexuales y derechos reproductivos: el cambio de paradigma de las políticas poblacionales a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Ley de salud sexual y procreación responsable. Ley de identidad de género. Programa nacional y programas provinciales. Guías de práctica clínica vigentes. Legislaciones sobre aborto en el mundo.
  - Derecho a la interrupción del embarazo. Ley 27.610. Fallo “F.,A.L.”. Ley del paciente. Guías de atención del aborto y otras regulaciones que hacen al marco legal de la IVE e ILE y la atención posaborto. Consentimiento informado de niñas y adolescentes menores de 18 años. Consentimiento informado de personas con discapacidad: sistemas de apoyo y salvaguardias. Deber de información y transparencia activa. Creencias personales y objeción de conciencia: regulaciones, implicancias éticas y legales. Límites legales y profesionales, deberes profesionales.
  - Mortalidad materna en el mundo y en la Argentina. Enfoque de derechos y qué significa en el abordaje de la mortalidad materna. Datos estadísticos. Causas. Conocimiento de los datos con embarazos no planificados en nulíparas y multíparas del Sistema Informático Perinatal (SIP gestión) de su hospital, localidad, provincia y país.
  - El aborto. Introducción. Definición. Epidemiología. Clasificación. Espontáneo o provocado. Causas. Etiopatogenia. Diagnóstico clínico. Examen ginecológico. Métodos complementarios. Diagnósticos diferenciales. Evolución. Tratamiento. Embarazo detenido. Huevo anembrionado.
  - Las mujeres y el aborto. Contextos. Vulnerabilidades. Niñas y adolescentes. Acceso. Los servicios.
- Profesionalismo médico. Bioética. Marco legal en la objeción de conciencia.
- Técnicas de evacuación uterina. AMEU. Aborto con medicamentos. Medicamentos: dosis y vías de administración.
    - Consejería.
    - Evaluación, anamnesis y examen físico.
    - Medicamentos: dosis y vías de administración.
    - Farmacología de Mifepristona y Misoprostol, composición química, mecanismo de acción.
    - AMEU.

- Manejo del dolor en aborto médico y quirúrgico.
  - Eventos adversos (provocados por acción directa del proveedor).
  - Contracepción posaborto.
  - Prevención de infecciones, limpieza del material.
- Reconocer las complicaciones del aborto realizado en condiciones de riesgo. Definiciones de aborto inseguro y de aborto seguro. Hemorragias. Infecciones. Lesiones, intoxicaciones. Emergencias. Shock séptico. Sepsis. Tratamientos. Secuelas. Atención posaborto. Abordajes y procesos de atención. Definiciones e indicadores de calidad en la atención del aborto.
  - Bioética y aborto. El principio de autonomía de la paciente, el principio de no maleficencia y beneficencia, entre otros.

### Segundo, tercer y cuarto año

Tecnologías apropiadas para mujeres en situación de aborto de 14 semanas o más:

- Consejería.
  - Evaluación.
  - Medicamentos: Mifepristona y Misoprostol. Dosis y vías de administración. Farmacología. Mecanismos de acción. Composición química.
  - AMEU. Complementariamente AE (aspiración eléctrica).
  - Manejo del dolor en aborto médico y quirúrgico.
  - Eventos adversos.
  - Contracepción posaborto.
  - Prevención de infecciones, limpieza del material.
- Abordaje de la emergencia posaborto. Diagnóstico y tratamientos:
    - Shock séptico. Emergencias quirúrgicas. Reparación de lesiones vaginales, uterinas y cervicales. Histerectomía de emergencia posparto.
    - Identificar y manejar las complicaciones de AMEU. Tratamiento de hemorragias severas. Manejo de transfusiones. Shock hipovolémico. Hemorragias incoercibles. Técnicas quirúrgicas. Manejo de tratamiento antibiótico.

- Abordaje ambulatorio del embarazo no intencional.
- Telemedicina y otros recursos no presenciales.
- Rol del personal de salud en la autogestión de medicación. Organizaciones de la comunidad en la autogestión del aborto.
- Anticoncepción posaborto. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPE).
- Abordaje interdisciplinario del aborto en menores de 15 años.

### 3.6. Cronograma semanal de actividades<sup>19</sup>

Las actividades educativas que promueven el desarrollo de la competencia vinculada a la asistencia en IVE e ILE incluyen:

- La atención de pacientes que consultan para IVE e ILE.
- La atención de pacientes que presentan complicaciones posaborto o abortos incompletos.
- La contención y la escucha activa y empática, independientes de las convicciones personales del residente.

La exposición de los residentes a estas situaciones, acompañados de docentes o tutoras que no solo contemplen los aspectos técnicos sino también actitudinales adecuados, favorece a un mejor entendimiento del aborto, una mejor atención de la salud y al desarrollo del profesionalismo médico. Se promoverá la participación de otros miembros del equipo de salud, como trabajadoras sociales, enfermeros, obstétricas, psicólogas y médicos generalistas, entre otros.

### 3.7. Recursos<sup>20</sup>

Los ámbitos de práctica adecuados de una residencia de gineco-obstetricia son: la consulta ambulatoria, programada y de guardia; las salas de internación de ginecología y de obstetricia; el quirófano central y el ambulatorio, si existiera; y las salas de parto y preparto.

### 3.8. Modalidades de evaluación

La evaluación posibilita la retroalimentación del proceso de aprendizaje, detectando áreas posibles de mejora y planificación, y acciones de remediación para las mismas.

19. Un cronograma semanal de actividades se organiza según el residente se encuentre rotando por el servicio de ginecología o por el de obstetricia. Detalla qué actividades realiza cada día y en qué horarios, incluyendo las actividades de reflexión sobre la práctica, como pases de sala, guardias, ateneos clínicos y quirúrgicos, clases, talleres, reuniones y actividades transversales a todas las residencias de la institución.

20. Los recursos materiales y humanos de la institución donde se lleva adelante la residencia que den cuenta de las posibilidades de resolución de problemas según su complejidad, y de su posibilidad de dar respuestas al aprendizaje de habilidades específicas y complejas. Esto determinará la necesidad de rotaciones externas para adquirir algunas habilidades que no se puedan resolver en la institución por falta de recurso humano entrenado o de tecnologías adecuadas; por ejemplo, que la institución cuente o no con servicios finales como cirugía general, quirófano anestesia, neonatología, salud mental, unidad de terapia intensiva, servicio social etc., e intermedios como laboratorio, imágenes, servicio de anatomía patológica, etc.

Dado que el desarrollo de las competencias en IVE e ILE requieren no sólo conocimientos técnicos específicos, sino también conocimientos legales y bioéticos, e incluye destrezas en quirófano y habilidades de comunicación –actitudes como la escucha activa–, todas estas deberán ser evaluadas. Esto supone el uso combinado de instrumentos. En función de ello, la coordinadora de la residencia o los instructores mantendrán entrevistas personales con el residente, según los resultados de la evaluación, con el objeto de:

- Orientarles en su desempeño profesional y en relación con el aprendizaje.
- Encausar eventuales incumplimientos profesionales, como así también estimularles a raíz de los logros alcanzados.
- Hacerlas partícipes de su propio aprendizaje, manteniéndolas permanentemente informadas sobre sus actitudes, rendimiento y desempeño.

Se usarán diversos métodos para evaluar su desempeño en IVE e ILE y posaborto:

- Supervisión y revisión de la confección de historias clínicas de IVE e ILE y posaborto.
- Supervisión y monitoreo de la calidad, a través del control de indicadores, por ejemplo: personas recibieron el alta con su consejería en anticoncepción y su método anticonceptivo, preferentemente DIU o implante colocado.
- Dentro de las habilidades y destrezas, se evaluarán semestralmente los progresos en el área quirúrgica. Concretamente para el área de IVE e ILE y posaborto referida a evacuación uterina –que, en los casos de objeción de conciencia, se hará en abortos incompletos, embarazos detenidos y fetos muertos–, se usará observación y check list para todos los pasos del proceso, incluida la entrevista inicial, la colocación del equipo quirúrgico, lavado de manos, colocación de la mesa de instrumental y el proceso de aspirado, incluyendo la anestesia local y la comunicación con la paciente antes, durante y después del procedimiento.
- Deberán realizar al menos 20 procedimientos para adquirir y mantener las habilidades para la realización de los mismos, según recomienda la bibliografía especializada (ACGME, 2020).
- Una vez por año, se realizará un ECOE (examen clínico objetivo estructurado), una de cuyas estaciones será siempre un caso de IVE e ILE, donde se incluirán situaciones de aborto con medicamentos para evaluar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, con relación al deber de informar de manera transparente y activa, y el manejo clínico ambulatorio, además del uso correcto de la medicación.
- En lo cognitivo, se realizará un examen multiple choice.





## REFERENCIAS

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2015). ACGME Program Requirements in Graduate Medical Education in Obstetrics and Gynecology.

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2020). ACGME Case log Obstetric and Gynecology: Review committee for Obstetrics and Gynecology.

Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO) (2014). APGO Medical student educational objectives.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Health Care for Underserved Women (2014). "ACOG Committee opinion no. 612: Abortion training and education" en *Obstetrics and gynecology*, 124(5), 1055-1059.

Ariza Navarrete, S. y Ramón Michel, A. (2018). "Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina". CEDES, Buenos Aires.

Borrell, R.M.; Goude, C.; Kauffman, R. y Pan American Health Organization (2011). "Residencias médicas en América Latina". Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HRS-SerieAPSNo5-Residencias.pdf>

Brocks, E.; Stockdale, C.; House, H.; Abbey H.F. (2015). "The impact of clinical clerkships on medical students attitudes toward contraception and abortion: a pilot study" en *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, 5(2):1.

Botero, S. S.; Cárdenas, R. y Zamberlin, N. (2020). "¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia" en *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, nº 33; 137-157.

Cavallo, M. y Ramón Michel, A. (2014). "La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción frente al problema del aborto legal) en América Latina". Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4283>

Center for Reproductive Rights (2019). Disponible en: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>

Chavkin, W.; Leitmana, L. y Polin, K. (2013). "Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive Healthcare: A White Paper Examining Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses" en *Int J Gynaecol Obstet*, 123 Suppl 3:S41-56.

Cook, R. J. y Dickens, B. M. (2006). "The Growing Abuse of Conscientious Objection" en *Ethics Journal of the American Medical Association*, 8, 337-340.

Council on Residents Education in Obstetrics and Gynecology (CREOG) (2016). Educational Objectives: Core Curriculum in Obstetrics and Gynecology.

De Zordo, S. y Mishtal, J. (2011). "Physicians and abortion: provision, political participation and conflicts on the ground--the cases of Brazil and Poland" en *Womens*

Health Issues;21(3 Suppl):S32-6.

Duré, I.; Davini, C. y Rodríguez, G. (n.d.). Guía para el desarrollo de la Evaluación del Desempeño en las Residencias del equipo de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-desarrollo-de-la-evaluacion-del-desempenio-residencias-del-equipo-salud.pdf>

Duré, I. y Cadile, M. C. (2015). La gestión de recursos humanos en salud de la Argentina. Una estrategia de consensos. Ministerio de Salud de la Nación.

Faúndes, A.; Duarte, G. A. y Osis, M. J. D. (2013). “Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations” en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123, S57-S59.

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) (2017). Guidance for those undertaking or recertifying FSRH qualifications whose personal beliefs conflict with the provision of abortion or any method of contraception. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.

Faúndes, A.; Alves-duarte, G. y De Sousa (2004). “The closer you are, the better you understand: The reaction of Brazilian obstetrician-gynecologists to unwanted pregnancy” en *Reproductive Health Matters*.

FIGO (2015). “Cuestiones éticas en obstetricia y ginecología para el estudio de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de la mujer”.

FIGO (2019). Committee Statement: Ethical responsibilities in post-abortion care. FIGO Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women’s Health Committee.

Galimberti, D.; Lomuto, C.; Messina, A.; Crespo, H.; Lipchak, D. y Nigri, C. (2010). Guía para el mejoramiento de la atención Post-Aborto. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20para%20la.pdf>

General Medical Council (2013). “Personal Beliefs and Medical Practice” (2020). Disponible en: [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/personal-beliefs-and-medical-practice-20200217\\_pdf-58833376.pdf?la=en&hash=04618088FF22E6D3C766CB73A0F54D278319C8A8](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/personal-beliefs-and-medical-practice-20200217_pdf-58833376.pdf?la=en&hash=04618088FF22E6D3C766CB73A0F54D278319C8A8)

Gómez, P.I.; Oizerovich, S. y Jefferson, L. (2010). “Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado”. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Gómez Ponce de León, R. y Turner, K. L. (2009). “Clarificación de valores para la transformación de actitudes; una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la asistencia a mujeres en situación de aborto”. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/clarificacion%20de%20valores.%202009.pdf>

Harris, L. F.; Halpern, J.; Prata, N.; Chavkin, W. y Gerds, C. (2018). "Conscientious objection to abortion provision: Why context matters" en *Glob Public Health*, 13(5):556-566.

Ipas (2008). Turner, K. L. y Chapman Page, K. Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

LeTourneau, K. (2016). El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa. Un informe técnico para integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto (inroads). Chapel Hill, NC: inroads.

Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2021, 01 15).

Disponible en:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Lipp, A. (2008). "A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them" en *Journal of Clinical Nursing*.

MSAL 1. (n.d.). Bloques transversales. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/3-contenidos-transversales.pdf>

MSAL 2. (n.d.). Estándares Nacionales de Acreditación. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2-estandares-nacionales-de-acreditacion.pdf>

MSAL 3. (n.d.). Lineamientos para la Elaboración de Documentos. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos-elaboracion-docs-marco-de-referencia-del-equipo-de-salud.pdf>

MSAL (2008). Resolución ministerial N° 303/2008. Anexo 1. Reglamento básico general para el sistema nacional de residencial del equipo de salud. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-303-2008-139613/texto>

MSAL (2010). Marco de referencia para la Formación en Residencias Médicas, especialidad tocoginecología. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/tocoginecologia.pdf>

MSAL (2011). Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud.

MSAL (2012). Guía para la Elaboración de Programas de Residencia. Disponible en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia\\_para\\_la\\_elaboracion\\_de\\_programas\\_de\\_residencia.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_elaboracion_de_programas_de_residencia.pdf)

MSAL (2015). Resolución ministerial 1993/2015. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/254649/texto.htm>

MSAL 10 (2010b). Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles.

Organización Mundial de la Salud (2015). “Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto”. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204374>

Owolabi, O. O.; Biddlecom, A. y Whitehead, H. H. (2019). “Health systems’ capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions” en *The Lancet Global Health*, 7 (1), 110-118.

Pace, L. (2008). Medical Students for choice’s reproductive health externships: impact on medical students knowledge, attitudes and intention to provide abortions.

Quenby, S.; Gallos, I. D.; Dhillon-Smith, R. K.; Podeseck, M.; Stephenson, M. D.; Fisher, J. y Coomarasamy, A. (2021). “Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss” en *The Lancet*.

Ramón Michel, Agustina y Ariza, Sonia (2018) “La legalidad del aborto en Argentina”. Serie de documentos REDAAS, N° 9.

Ramón Michel, A. y Ariza Navarrete, S. (2019). “Usos imprevistos y respuestas a la objeción de conciencia en el aborto legal”. Serie de Documentos REDAAS, N.10. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/nuestro-trabajo-documento.php?a=161>

Ramos, S. (2016). “Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo)” en *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860.

Roe, A. H. y Bartz, D. (2019). “Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion” en *Contraception Journal*, 99(1), 2-9. Disponible en: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(18\)30425-6/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(18)30425-6/fulltext)

Romero, M. y Moisés, S. (2020). “El aborto en cifras”. Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS). Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/index>

Sedgh, G.; Bearak, J.; Singh, S.; Bankole, A.; Popinchalk, A.; Ganatra, B. y Johnston, H.B. (2016). “Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends” en *The Lancet*.

UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

Warriner, I.K. y Shah, I.H. (2016). Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action. Guttmacher Institute.

Yamin, A. y Frisancho, A. (2015). “Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina” en *MEDICC Review*, Vol. 17, Suplemento. Publicado originalmente en *The Lancet* (2014).

ISBN 978-987-48105-1-9



9 789874 810519

