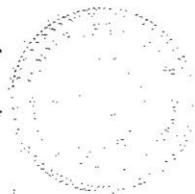

Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

*Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo
Material informativo - Compilación*



5 / 522

Poder Legislativo

LEY N° 18.426

*El Senado y la Cámara de
Representantes de la República
Oriental del Uruguay, reunidos en
Asamblea General,*

Decretan

CAPÍTULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

ARTÍCULO 1° (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

ARTÍCULO 2° (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y

oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;

- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

ARTÍCULO 3º. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;

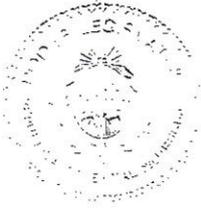
- 
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
 - c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
 - d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
 - e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
 - f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
 - g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
 - h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
 - i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
 - j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
 - k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
 - l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

ARTÍCULO 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a)
 1. dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
 2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
 3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
 4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
 5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
 6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b)
 1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
 2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";

- 
3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;

2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
 3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
 4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i)
 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
 2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;
 3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;



4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

ARTÍCULO 5º. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2º y 3º de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

ARTÍCULO 6º. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.



CAPÍTULO II

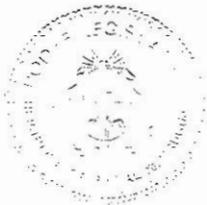
Disposiciones finales

ARTÍCULO 7°.- Incorporáse al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".



ARTÍCULO 8°. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongán a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.



JOSE MUJICA
Presidente



MARTI DALGARRONDO AÑÓN
Secretario



HUGO RODRÍGUEZ FILIPPINI
Secretario



Presidencia de la República Oriental del Uruguay

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Montevideo, 01 DIC. 2000

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 145 de la Constitución de la República, cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Dr. TABARÉ VAZQUEZ
Presidente de la República

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y

MEDIO AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 30 SET. 2010

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, de 1° de diciembre de 2008;-----

RESULTANDO: I) que la ley referida establece que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población;-----

II) que es necesario reglamentar dicha Ley, a los efectos de determinar las características de los servicios de salud sexual y reproductiva que deberán implementar los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud;-----

CONSIDERANDO: I) que el Estado debe promover políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñar programas y

organizar los servicios que permitan desarrollar los objetivos generales y específicos de la Ley N° 18.426;-----

II) que de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud sexual un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia, en un marco de respeto y protección a los derechos sexuales de todas las personas en tanto derechos humanos;-----

III) que la misma Organización entiende por salud reproductiva una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, el derecho de mujeres y hombres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz en forma segura;-----

IV) que los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal y garantizar la

Ministerio de Salud Pública

integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones correspondientes;-----

ATENTO, a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las Leyes N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y N° 18.335 de 15 de agosto de 2008;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1°.- Los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva, que organizarán según lo dispone el presente Decreto y observando lo establecido en la Ley N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, su reglamentación y las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 2°.- Las prestaciones en materia de salud sexual tienen como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las enfermedades de transmisión sexual.-----
La atención de la salud reproductiva comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a prevenir y asesorar sobre problemas relativos a la reproducción.-----

Artículo 3°:

Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:-----

- a) Universal, asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.-----
- b) Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna.-----
- c) Inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.-----
- d) Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.-----
- e) Integral, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.-----
- f) Multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen

Ministerio de Salud Pública

- en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.-----
- g) Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.-----
 - h) Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.-----
 - i) Confidencial, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención.-----

Artículo 4°.-

Las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de

disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.-----

Artículo 5°.-

Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos, observando al efecto lo dispuesto por la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, su reglamentación y demás normas aplicables.-----

Artículo 6°:

Los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán, como mínimo:-----

- a) Difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida de las y los usuarios.-----
- b) Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta médica oportuna.-----
- c) Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, y promoción de la maternidad-paternidad responsables.-----
- d) Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, que incluyan los reversibles e irreversibles.-----

Ministerio de Salud Pública

- e) Información, educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual.-----
- f) Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, que incluya a las personas involucradas en las relaciones sexuales.-----
- g) Prevención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas.-----
- h) Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción.-----
- i) Prevención de la morbimortalidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto.-----
- j) Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal.-----
- k) Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.-----
- l) Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y pos parto.-----

- m) Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.-----
- n) Asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, observando lo dispuesto en la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 369/004 de 6 de agosto de 2004.-----
- o) Atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma sea autorizada de conformidad con las normas vigentes.-----
- p) Promoción de climaterios saludables desde la educación para la salud.-----
- q) Promoción de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto.-----
- r) Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.-----

Ministerio de Salud Pública

s) Prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales, con derivación oportuna cuando se detecte.-----

Artículo 7º.- Para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se priorizará el primer nivel de atención, sin perjuicio de asegurar los mecanismos de referencia y contra referencia con los demás niveles de atención.-----

Artículo 8º.- Los servicios de salud sexual y reproductiva contarán con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar a los mismos.-----

Artículo 9º.- Sin perjuicio de su integralidad, los servicios de salud sexual y reproductiva serán prestados por los profesionales de la salud competentes en cada especialidad, de acuerdo a las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.-----
Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar. El equipo de referencia podrá ser propio del prestador o por convenio con otros prestadores que actúen en el territorio. Por razones fundadas, vinculadas a la

cantidad de población usuaria y características de la localidad en que preste servicios el prestador, el Ministerio de Salud Pública podrá autorizar excepcionalmente una integración distinta del equipo de referencia.-----

El equipo de referencia deberá asegurar la integralidad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de los mismos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia.- Sin perjuicio de la atención que reciban de los especialistas, usuarias y usuarios podrán acudir en consulta al equipo de referencia, por derivación de los primeros o por su propia iniciativa.-----

Artículo 10°.-

En el marco de lo dispuesto por la Ley N° 18.426, el Ministerio de Salud Pública definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.-----

Ministerio de Salud Pública

Artículo 11°.- El Ministerio de Salud Pública ejercerá el contralor general de la ejecución de los servicios que reglamenta el presente Decreto. La Junta Nacional de Salud, en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, controlará que los prestadores que integran dicho seguro brinden las prestaciones respectivas de conformidad con la normativa vigente.-----

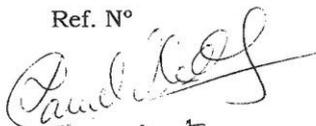
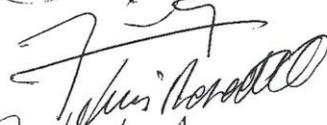
Artículo 12°.- Comuníquese. Publíquese.-----

Decreto Interno N°

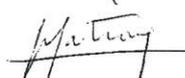
Decreto Poder Ejecutivo N°

Ref. N°


JOSÉ MUJICA
Presidente de la República







Poder Legislativo

LEY Nº 18.987

*El Senado y la Cámara de
Representantes de la República
Oriental del Uruguay, reunidos en
Asamblea General,*

Decretan

CAPÍTULO I

CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y REQUISITOS

ARTÍCULO 1º. (Principios generales).- El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley Nº 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos.

ARTÍCULO 2º. (Despenalización).- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se

establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez.

ARTÍCULO 3º. (Requisitos).- Dentro del plazo establecido en el artículo anterior de la presente ley, la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

El médico dispondrá para el mismo día o para el inmediato siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario que podrá ser el previsto en el artículo 9º del Decreto 293/010 Reglamentario de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008, el que a estos efectos estará integrado al menos por tres profesionales, de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social.

El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.

En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable.

ARTÍCULO 5°. (Deberes de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud).- Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán:

- A) Promover la formación permanente del equipo profesional interdisciplinario especializado en salud sexual y reproductiva para dar contención y apoyo a la decisión de la mujer respecto a la interrupción de su embarazo.
- B) Estimular el trabajo en equipos interdisciplinarios cuya integración mínima en cuanto a número y calidad será la dispuesta en el artículo 3° de esta ley.
- C) Interactuar con instituciones públicas u organizaciones sociales idóneas que brinden apoyo solidario y calificado, en los casos de maternidad con dificultades sociales, familiares o sanitarias.
- D) Poner a disposición de todos los usuarios mediante publicaciones en cartelera, boletines de información periódica u otras formas de información, la lista del personal de la institución que integra los equipos interdisciplinarios a que hace referencia la presente ley.
- E) Garantizar la confidencialidad de la identidad de la mujer y de todo lo manifestado en las consultas previstas en el artículo 3° de esta ley, así como de todos los datos anotados en su historia clínica, aplicándose en lo pertinente las disposiciones de la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008.
- F) Garantizar la participación de todos los profesionales que estén dispuestos a integrar los equipos interdisciplinarios, sin discriminaciones de ninguna naturaleza.

Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el literal b), numeral 2 del artículo 4° de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008, y de cualquier otra disposición reglamentaria que disponga el Poder Ejecutivo a este respecto, los directores técnicos de las citadas instituciones dispondrán controles

A partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, la mujer dispondrá de un período de reflexión mínimo de cinco días, transcurrido el cual, si la mujer ratificara su voluntad de interrumpir su embarazo ante el médico ginecólogo tratante, se coordinará de inmediato el procedimiento, que en atención a la evidencia científica disponible, se oriente a la disminución de riesgos y daños. La ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, e incorporada a su historia clínica.

Cualquiera fuera la decisión que la mujer adopte, el equipo interdisciplinario y el médico ginecólogo dejarán constancia de todo lo actuado en la historia clínica de la paciente.

ARTÍCULO 4°. (Deberes de los profesionales).- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario deberán:

- A) Orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a estos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes.
- B) Entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.
- C) Garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo.
- D) Cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.
- E) Abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción.

periódicos del estricto cumplimiento de lo establecido en los artículos 3º, 4º y 5º de la presente ley.

ARTÍCULO 6º. (Excepciones).- Fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos en los artículos 2º y 3º de esta ley, la interrupción del embarazo solo podrá realizarse:

- A) Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.
- B) Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.
- C) Cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación.

En todos los casos el médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo la mujer prestar consentimiento informado, excepto cuando en el caso previsto en el literal A) del presente artículo, la gravedad de su estado de salud lo impida.

ARTÍCULO 7º. (Consentimiento de las adolescentes).- En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 bis de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7º de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008.

Cuando por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, la adolescente podrá presentarse con los antecedentes producidos por el equipo médico actuante ante el Juez

competente. El Juez deberá resolver en un plazo máximo de tres días corridos contados a partir de la presentación ante la sede, respecto a si el consentimiento ha sido expresado en forma espontánea, voluntaria y consciente. A tal efecto, el Juez convocará a la adolescente y al Ministerio Público, para oírlos y recabar su consentimiento para la interrupción del embarazo, conforme a lo previsto en el artículo 8° del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004). El procedimiento será verbal y gratuito.

Son jueces competentes para entender en las causas que se sustancien por la aplicación del presente artículo, los Jueces Letrados de Familia Especializados en Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia con competencia en materia de familia especializada, en el interior del país.

ARTÍCULO 8°. (Consentimiento de mujeres declaradas incapaces).- Si se tratara de una mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente del domicilio de la incapaz que -previa vista al Ministerio Público- evaluará la conveniencia del otorgamiento de la misma, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia.

CAPÍTULO II DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 9°. (Acto médico).- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comercial.

ARTÍCULO 10. (Obligación de los servicios de salud).- Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley. A tales efectos, deberán establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a sus usuarias el acceso a dichos procedimientos dentro de los plazos establecidos.

Las instituciones referidas en el inciso anterior, que tengan objeciones de ideario, preexistentes a la vigencia de esta ley, con respecto a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo que se regulan en los artículos anteriores, podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos.

ARTÍCULO 11. (Objeción de conciencia).- Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3° y el artículo 6° de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen.

La objeción de conciencia podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, bastando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña. Se entenderá que la misma ha sido tácitamente revocada si el profesional participa en los procedimientos referidos en el inciso anterior, con excepción de la situación prevista en el último inciso del presente artículo.

La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios.

Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

Lo dispuesto en el presente artículo, no es aplicable al caso previsto en el literal A) del artículo 6° de esta ley.

ARTÍCULO 12. (Registro estadístico).- El Ministerio de Salud Pública deberá llevar un registro estadístico de:

- I) Las consultas realizadas en los términos previstos por el artículo 3°.
- II) Los procedimientos de aborto realizados.
- III) Los procedimientos previstos en los literales A), B) y C) del artículo 6°.
- IV) El número de mujeres que luego de realizada la entrevista con el equipo interdisciplinario deciden proseguir con el embarazo.
- V) Los nacimientos y cualquier otro dato sociodemográfico que estime pertinente para evaluar en forma anual los efectos de la presente ley.

Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán llevar sus propios registros de acuerdo a lo establecido en el presente artículo. El Poder Ejecutivo reglamentará los datos que incluirán tales registros, la forma y la periodicidad en que las citadas instituciones comunicarán la información al Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO III DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 13. (Requisito adicional).- Solo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley las ciudadanas uruguayas naturales o

legales o las extranjeras que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

ARTÍCULO 14. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

ARTÍCULO 15. (Reglamentación y vigencia).- Atento a la responsabilidad cometida al Estado y a los efectos de garantizar la eficacia de lo dispuesto en la presente ley, la misma entrará en vigencia a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo la reglamentará.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 17 de octubre de 2012.



HUGO RODRÍGUEZ FILIPPINI
Secretario



DANILO ASTORI
Presidente



Presidencia de la República Oriental del Uruguay

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

Montevideo, 22 OCT 2012

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo.

Mujica

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

J. Mujica
JOSE MUJICA
Presidente de la República

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO
AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo,

VISTO: la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012;-----

RESULTANDO: por la misma el Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población

CONSIDERANDO: que corresponde proceder a reglamentación de la referida norma;-----

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

I) AMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1: En cumplimiento del art. 15 de la ley 18.987 del 17 de octubre del año 2012 se dicta el presente reglamento el que será de aplicación en todo el territorio nacional.

**II) PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS
Y PERSONAL QUE INTERVENGAN EN LOS PROCEDIMIENTOS
REGULADOS POR LA LEY 18.987**

Artículo 2: Tanto las Instituciones Médicas como el personal de las mismas que deban intervenir en algunos de los procedimientos reglamentados por la Ley 18.987 deberán ajustarse a los siguientes principios y normas de actuación:

a) **Confidencialidad:** Las instituciones médicas así como su personal deberán de actuar en todo lo referente a la ley que se reglamenta observando la más estricta confidencialidad, de acuerdo a lo regulado por el artículo 5 literal e de la ley 18.987, así como de las leyes 18.426 del 1 de diciembre del 2008, Ley 18335 del 15 de agosto del año 2008, 18331 del 11 de agosto del 2008, decretos 414/009 del 31 de setiembre del 2009, Decreto 274/010 del 8 de setiembre del año 2010, 293/010 del 30 de setiembre del año 2010.- El deber de confidencialidad alcanza a todo el personal médico y no médico de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y al personal de los servicios tercerizados.

Ministerio de Salud Pública

b) **Consentimiento Informado:** Toda decisión deberá ser antecedida de un correcto consentimiento informado de acuerdo a lo establecido en el decreto 274/010. El consentimiento informado que prestará la paciente en marco de la aplicación de la Ley 18.987 será un consentimiento específico en el que se detallará la información recibida, el asesoramiento brindado, los derechos que le otorga la ley y las obligaciones que contrae así como los riesgos y beneficios de los procedimientos para llevar adelante la interrupción del embarazo.

c) **Respeto a la autonomía de la voluntad:** Se deberá promover el respeto por la autonomía de la voluntad de la mujer y el ejercicio de la misma de tal manera que la mujer pueda tomar decisiones personales libres, conscientes e informadas en todo proceso de atención.

Esto implica que el personal de la salud interviniente debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, así como sus visiones filosóficas personales, debiendo actuar e informar a la mujer que proceda a interrumpir un embarazo de acuerdo a la evidencia científica disponible, con profesionalismo, calidad técnica y humana

Si la usuaria comprendida dentro de las previsiones de la ley 18.987, beneficiaria del Seguro Nacional de Salud considera que el prestador integral de salud de la que es afiliada no le genera suficiente confianza, podrá presentarse ante la Junta Nacional de la Salud a solicitar el cambio de prestador, acreditando debidamente las circunstancias fácticas que la fundamentan.-

De la solicitud, se le conferirá vista al prestador de la que es afiliada, el que tendrá un plazo de 24 horas para evacuar la misma.-

Otorgado el cambio por parte de la Junta Nacional de la Salud, éste operará mediante comunicación al Banco de Previsión Social, el que efectuará el alta correspondiente en el prestador elegido por la usuaria, el mismo día de recibida la comunicación.-

En el caso de las usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud, no beneficiarias del Seguro Nacional de Salud, se seguirá el mismo procedimiento descrito en el inciso anterior, a excepción del registro en el prestador elegido por la usuaria, el cual deberá realizarse personalmente por ésta, luego de que la Junta Nacional de la Salud autorice el cambio solicitado, mediante presentación de la resolución respectiva.-

El prestador al cual se solicita el cambio, no podrá rechazar la solicitud de afiliación de una usuaria embarazada por ningún motivo, no siendo de recibo el requerimiento de cobro de ninguna suma que no sea el pago de la cuota mensual o las correspondientes tasas moderadoras.-

La Junta Nacional de la Salud elaborará un formulario a efectos de lo preceptuado en los incisos anteriores.-

En el mismo formulario la mujer deberá elegir al nuevo prestador y en caso de que tuviere hijos menores de edad o personas a su cargo que estuvieren en la institución que impugna, podrá solicitar también el traslado de dichas personas.-

Hecha la solicitud se procederá al cambio inmediato a la Institución Médica que elija la usuaria, sin perjuicio de las potestades del Ministerio de Salud Pública para verificar si la institución impugnada cumple con la Ley 18.987.

Ministerio de Salud Pública

d) Tanto las instituciones médicas como el personal interviniente también deberán tener en cuenta la ordenanza 369/004 así como las ordenanzas y guías que dicte el MSP.-

III) REQUISITOS

Artículo 3: Podrán acceder a la interrupción de embarazo que regula la ley 18.987 las ciudadanas uruguayas naturales y legales así como las mujeres extranjeras con más de un año de residencia.-

Si en el caso de las mujeres ciudadanas uruguayas naturales o legales esa condición no surgiera de la Historia Clínica, bastará con que exhiba cualquiera de estos documentos: cédula de identidad, pasaporte, credencial cívica, partida de nacimiento o cualquier otro documento que acredite la calidad legal exigida.-

Si en el caso de mujeres extranjeras su residencia habitual en el territorio de la República durante un periodo no inferior de un año no surge de su historia clínica se deberá acreditar tal hecho mediante la exhibición de constancia emitida por las autoridades nacionales competentes.-

Se dejará constancia en la historia clínica de la forma en que la mujer acreditó las condiciones mencionadas en los incisos precedentes y se agregará a la misma copia del o los documentos con los que acreditó esa condición.-

Artículo 4: La interrupción del embarazo solo podrá realizarse dentro de las 12 semanas de gestación, salvo las excepciones que plantea la ley.-

Cuando la interrupción del embarazo se solicite fuera de los plazos y requisitos de la ley se actuará conforme a lo dispuesto por el artículo 4º b.2 de la Ley 18.426 y la Ordenanza 369 del 6/08/2004 del Ministerio de Salud Pública.

Se procederá de la misma manera en aquellos casos en que la consulta tardía no imputable al médico o a la institución no permita practicar el procedimiento dentro de los plazos y con los requisitos previstos en la ley.

Si los plazos previstos en la ley se vencieran por causas imputables al médico, al equipo interdisciplinario o a la institución se procederá de la misma manera. Esta situación además será pasible de las sanciones que establezcan las normas en vigor.

IV) DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 5: La mujer que desee interrumpir un embarazo deberá presentarse ante su prestador de Salud integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud solicitando una consulta médica.-

Artículo 6: Una vez que la usuaria manifieste su voluntad de interrumpir el embarazo al médico que la asista, aduciendo cualquiera de las razones establecidas en el artículo 3º de la Ley 18.987, éste la referirá al equipo interdisciplinario al que aluden los incisos 3º y 4º del mencionado artículo, de conformidad con las disposiciones internas de cada Institución, las que deberán ser informadas a la Junta Nacional de la Salud.-

Artículo 7: El Equipo interdisciplinario el mismo día de la consulta o al día inmediato siguiente comenzará a dar cumplimiento a lo establecido en el inciso 3º del artículo 3º de la Ley 18.987, debiendo adecuar su

Ministerio de Salud Pública

accionar a lo establecido en el artículo 4° de la misma, el presente decreto y las guías que confeccione el Ministerio de Salud Pública.-

Los miembros del equipo interdisciplinario podrán entrevistarse conjunta o separadamente con la usuaria según lo estimen conveniente, pero su actuación será conjunta y coordinada.

Artículo 8: Desde el mismo día en que la mujer comience a recibir el asesoramiento previsto en la Ley 18.987 empezará a correr el plazo mínimo de cinco días corridos para que la solicitante manifieste que mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo ante el servicio correspondiente. Esa voluntad podrá manifestarse a partir de la hora 0 del día sexto a contar del día en que comenzó a recibir el asesoramiento profesional. -Deberá asentarse en la historia clínica el día en que la mujer ha comenzado a recibir el referido asesoramiento.-

Si el médico que asiste a la mujer en la primera consulta es un ginecólogo podrá integrar el equipo interdisciplinario y en ese caso deberá en esa misma consulta comenzar el proceso de asesoramiento integral a la mujer previsto en el artículo 3° de la Ley 18.987, sin perjuicio de convocar a los demás integrantes del equipo interdisciplinario para continuar con el mismo.

El equipo interdisciplinario dejará constancia en la historia clínica de que se ha dado cumplimiento al artículo 3° de la ley 18.987.-

Artículo 9: A partir del plazo indicado en el artículo anterior la mujer podrá solicitar consulta con Médico Ginecólogo la que se otorgará dentro de las 24 horas de su solicitud de acuerdo al artículo 1° del Decreto de 28 de setiembre de 2008. En esa consulta, en el caso de que

la mujer manifestara que ratifica su voluntad de interrumpir el embarazo, el Médico Ginecólogo coordinará de inmediato la indicación clínica a ese fin.

El Médico Ginecólogo en el marco de la relación médico paciente será quien determine el tipo de procedimiento a seguir para proceder a la interrupción del embarazo, basado en la evidencia científica orientada a la disminución de riesgos en el caso concreto, a las condiciones particulares de cada situación y de acuerdo a las guías que dicte el Ministerio de Salud Pública.

La ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008 y en el presente decreto, el que se extenderá por escrito, y será firmado por la mujer y se incorporará a su historia clínica sin perjuicio de lo establecido en la Ley 18.331 de Protección de Datos Personales..

Artículo 10: Los plazos a que refiere el presente capítulo serán corridos, no pudiendo interrumpirse ni suspenderse por días inhábiles ni feriados.-

V) DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Artículo 11: Las instituciones deberán contar con el personal necesario a efectos de poder conformar el o los equipos interdisciplinarios a que refiere el artículo 3° de la ley 18.987.

El equipo reglamentado por el Decreto 293/010 será tomado como referencia para la organización de los equipos interdisciplinarios previstos por la ley que se reglamenta.

Ministerio de Salud Pública

Artículo 12: El equipo interdisciplinario deberá regirse en su accionar por lo establecido en el artículo 3° del Decreto 293/010 en lo que sea aplicable, pero además deberá ceñirse a los siguientes principios:

- El equipo deberá actuar dentro del contexto de la protección de la salud integral de la mujer, debiendo asesorar en tal sentido.-

- El equipo deberá comprometerse y ejecutar todas las acciones para asegurar el abordaje y tratamiento confidencial y privado de toda la información generada durante la entrevista, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente respecto a confidencialidad y secreto profesional.-

- La intervención del equipo será el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la imposición, por parte del equipo, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya explicitado en la primer consulta..-

Artículo 13: Los profesionales integrantes del equipo deberán cumplir con los siguientes deberes:

a) orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a éstos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes.

b) entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.

Si la mujer no manifiesta que desea que el equipo se entreviste con el progenitor se entenderá que la misma no presta su consentimiento a estos efectos.-El equipo no deberá inducirla o influenciarla para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor.

c) garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo.

Se entiende por presiones de terceros, el que se encuentren presentes al momento de la entrevista personas ajenas al equipo, así como la permanencia en los lugares de espera o adyacentes, siempre que se encuentren dentro del ámbito institucional, de personas que quieran manifestarse a favor o contra de la interrupción. Tampoco se permitirá dentro de la institución la existencia de folletería o publicidad a favor o en contra de la Ley 18.987. No está comprendida en esta disposición la folletería o documentación informativa elaborada por el Ministerio de Salud Pública.-

d) cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el Ministerio de Salud Pública y en particular la ordenanza 369/004.-

e) abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción del embarazo, esto implica que el equipo no se pronunciará sobre la pertinencia o no de la interrupción, ni manifestará opiniones personales, ya sea conjunta o separadamente, a favor o en contra la decisión de la solicitante.-

Ministerio de Salud Pública

Artículo 14: En caso de que la solicitante manifieste su deseo de que el progenitor sea entrevistado, el equipo interdisciplinario establecerá un día y hora a ese fin.

La entrevista con el progenitor es a los solos efectos de informarle acerca de lo establecido por la Ley 18.987 y su decreto reglamentario, debiendo ajustarse también a las guías que confeccione el Ministerio de Salud Pública. Bajo ningún concepto la entrevista con el progenitor podrá retardar o detener el proceso iniciado por la solicitante.

En el consentimiento para la entrevista con el progenitor, la mujer expresamente deberá liberar al equipo del secreto profesional, sobre cuyos alcances será debidamente informada.

VI) DE LAS EXCEPCIONES DEL ARTÍCULO 6 DE LA LEY 18.967

Artículo 15: Las Instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán practicar la interrupción del embarazo en las circunstancias previstas en los literales a), b) y c) del artículo 6° de la ley que se reglamenta sin exigir el cumplimiento de las circunstancias, plazos y requisitos previstos en los artículos 2° y 3° de la ley.

No obstante, en todos los casos, la mujer deberá prestar consentimiento informado salvo en el caso del literal a) del artículo 6° cuando por su estado de salud no pueda prestarlo o la intervención responda a razones de emergencia en las que no sea posible recabar el consentimiento de la mujer. En caso de imposibilidad de recabar el consentimiento de la mujer se recabará el consentimiento de sus parientes en el orden previsto en el artículo 24, literal c) del Decreto 274/010, salvo imposibilidad por razones de urgencia médica en las

que se procederá a la intervención que el médico tratante considere más adecuada para preservar la salud o la vida de la paciente.

Si en los casos previstos en el artículo 6° de la ley que se reglamenta la mujer fuera menor de 18 años de edad se procederá de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 7° de la ley que se reglamenta y el artículo 37 de esta reglamentación.

Artículo 16: Se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada o para la vida, toda circunstancia que implique, a criterio del médico tratante, riesgo para la salud bio- sico social o vida de la mujer.-

Artículo 17: Créase en el ámbito del Ministerio de Salud Pública una Comisión integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Cátedra de Ginecoobstetricia de la Facultad de Medicina, un representante de la Cátedra de Neonatología de la Facultad de Medicina, y un representante de la Junta Nacional de la Salud, debiendo el Ministerio de Salud Pública dictar las reglas para su funcionamiento.

Esta comisión tendrá por cometido analizar las solicitudes de interrupción del embarazo en casos de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, que se someterán a su consideración por parte de las Instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se pronunciará acerca de si esas solicitudes se hallan comprendidas en la Ley 18.987. La comisión deberá estar conformada en el plazo de 30 días a partir de la entrada en vigencia de la Ley 18.987.

Ministerio de Salud Pública

Una vez emitido el pronunciamiento positivo de la comisión el médico tratante, previo consentimiento informado de la mujer y , de acuerdo a las circunstancias y condiciones médicas de la misma, realizará en forma inmediata las coordinaciones necesarias a efectos de proceder a la interrupción del embarazo.-

Si se debiera proceder a una interrupción del embarazo por la causal prevista en el literal b) del artículo 6 de la Ley 18.987 antes de que se conforme la comisión que se crea en el inciso precedente, la institución someterá de manera inmediata el caso en consulta a la Comisión Asesora Sobre la Interrupción de la Gestación, creada por la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 890/005 modificada por la Ordenanza 531/006 .-

Una vez que se conforme la comisión que se crea por el presente decreto se disolverá la Comisión mencionada en el inciso anterior.-.

Artículo 18: Cuando el embarazo fuera producto de una violación bastará para acreditar ese extremo la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito.-

En este caso el médico tratante coordinará la atención de inmediato. Debe evitarse todo acto que implique una revictimización de la mujer.-

Artículo 19: En todos los casos indicados en los artículos del presente capítulo el médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo

la mujer prestar consentimiento informado por escrito, excepto cuando en el caso previsto en el literal a) del artículo 6 de la ley que se reglamenta, la gravedad de su estado de salud lo impida y no sea posible obtener el consentimiento de un subrogante de acuerdo al Decreto 274/2010.

VII) DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS

Artículo 20: Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley.

Las instituciones comprendidas en esta reglamentación deberán disponer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a sus usuarias el acceso a dichos procedimientos dentro de los plazos establecidos y de acuerdo a las guías y normativa que dicte el Ministerio de Salud Pública.

Las prestaciones previstas en la Ley 18.987 formarán parte de los Programas Integrales de Salud.

Artículo 21: Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud que con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 18.987 tengan "objeción de ideario", deberán presentar la solicitud de no proceder a realizar interrupciones voluntarias del embarazo ante la Junta Nacional de la Salud, con copia de sus estatutos e indicación de las normas estatutarias que lo determinan.-

Se configura "objeción de Ideario" cuando surja de los estatutos de un Prestador de Salud Privado disposiciones que determinen o de las que se pueda inferir que las mismas no realizarán procedimientos de interrupción voluntaria de embarazo que se regulan en los artículos 1, 2 y 3 de la ley 18.987, a su vez dichas disposiciones deberán estar

Ministerio de Salud Pública

vigentes previamente a la entrada en vigencia de la ley que se reglamenta.

Artículo 22: Las instituciones que deban acreditar su "objeción de ideario" tendrán un plazo de quince días hábiles a partir de la entrada en vigencia de la presente reglamentación a efectos de acreditar la preexistencia de dicha objeción a la entrada en vigencia de la ley 18.987. La no presentación en plazo determinará que la institución no podrá ampararse en la "objeción de ideario".

El Ministerio de Salud Pública una vez recibida la solicitud prevista en el artículo anterior de acuerdo a lo que determinan los artículos 1, 2, 3 y 6 literales b y c de la ley 18.987 evaluará la misma y dictará pronunciamiento estableciendo su alcance:

A efectos de su pronunciamiento el Ministerio de Salud Pública tomará también en cuenta las manifestaciones realizadas ante éste por las instituciones, respecto a su objeción a practicar interrupciones de embarazo previo a la entrada en vigencia de la ley 18.987.-

Artículo 23: Previo al dictado de la resolución definitiva por parte del Ministerio de Salud Pública, este verificará que se dan las condiciones necesarias para amparar los derechos de la mujer de acuerdo a la ley 18.987 y la ley 18.426.-

Artículo 24: Las Instituciones mencionadas no podrán negarse a realizar interrupciones de embarazo en los casos previstos en el artículo 6, literal a) de la ley 18.987.-

Artículo 25: Las instituciones autorizadas de acuerdo a este capítulo deberán celebrar convenios y contratos para que las usuarias que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo amparadas por la ley que se reglamenta tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos.-

Artículo 26: Las instituciones que se amparen en los artículos 21 a 24 del presente reglamento tendrán el deber de respetar la libertad de conciencia de sus dependientes en caso de que estos no concuerden con los fundamentos que den lugar a la "objeción de ideario" debiendo respetarse la independencia de la conciencia moral y cívica de su personal subordinado (artículo 54 de la Constitución).-

Artículo 27: Cuando la usuaria solicite la interrupción del embarazo frente a una de las instituciones amparadas por el inciso segundo del artículo 10 de la Ley 18.967 la institución deberá realizar todos los procedimientos previos al acto médico que implica la interrupción del embarazo. En este caso la Institución deberá derivar a la usuaria a otra institución que preste el servicio a efectos de la interrupción.-

VIII] DE LA OBJECION DE CONCIENCIA

Artículo 28: La objeción de conciencia solo es válida para abstenerse de intervenir en los procedimientos previstos por el inciso 5º del artículo 3º de la Ley 18.987 y no para abstenerse de actuar conforme a los incisos 1º a 4º del artículo 3º de la ley.

Solo podrán objetar de conciencia las personas físicas, no existiendo tal derecho para las personas jurídicas.-

Artículo 29: Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo de acuerdo al inciso quinto del artículo tercero y el artículo seis literales B y C de la ley 18.987,

El ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma.

Ministerio de Salud Pública

Artículo 30: Queda excluido del derecho de objetar de conciencia el personal administrativo, operativo y demás personal que no tenga intervención directa en el acto médico respectivo.-

No se podrá invocar objeción de conciencia en actos posteriores a la realización de la interrupción del embarazo.-

Artículo 31: La objeción de conciencia se presentará por escrito ante todas las instituciones en las que el objetor preste servicios. Será dirigida a la Dirección Técnica de cada institución y deberá contener una declaración de que objeta participar en los procedimientos previstos en el inciso 5º del artículo 3º y literales b) y c) del artículo 6º de la Ley 18.987.

Artículo 32: Solo serán válidas las objeciones de conciencia que sigan los procedimientos establecidos en la presente reglamentación.-

Artículo 33: **Del desistimiento expreso a la objeción de conciencia:** En cualquier momento el objetor de conciencia podrá revocar la objeción de conciencia por escrito ante la institución o instituciones en que la haya presentado.

El desistimiento en una institución se extenderá a todas las instituciones en donde trabaje el objetor.-

Artículo 34: **Del desistimiento tácito a la objeción de conciencia:** si una institución constatare que quien haya declarado ser objetor de conciencia realiza alguna de las actividades que dieron lugar a su objeción en ella o en cualquier otra institución en donde trabaje o preste algún tipo de servicio en ese sentido, se tendrá como desistido de su objeción de conciencia.-

No se configura desistimiento tácito el caso de que el médico deba intervenir a efectos del cumplimiento del literal a, del artículo 6º de la Ley 18.987.-

Artículo 35: Quienes no hayan presentado objeción de conciencia o hayan desistido de la misma no podrán negarse a realizar los procedimientos a efectos de la interrupción del embarazo.-

IX) DEL CONSENTIMIENTO

Artículo 36: A efectos del consentimiento informado se estará a lo que dispone el decreto 274/010 en su Capítulo III.-

Artículo 37: **(Consentimiento de las adolescentes).**- En caso de menores de 18 años no habilitadas el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo en los casos de los artículos 2º y 6º de la ley respetando la confidencialidad de la consulta de acuerdo con el artículo 11 bis de la Ley No. 17.823, de 7 de septiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7º de la Ley No. 18.426 de 1º de diciembre de 2008.

De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes. Si el ginecólogo tratante o el equipo interdisciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.

El médico ginecólogo o el equipo interdisciplinario podrán notificar a los padres, tutores, guardador o adulto responsable si entienden que la

Ministerio de Salud Pública

ausencia de madurez de la menor le impide otorgar un consentimiento válido para la interrupción del embarazo a efectos de que estos presten su asentimiento, lo que deberá hacerse constar con detalle en la historia clínica.

En caso de que por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, se le brindará a la adolescente toda la información y documentación necesaria para que pueda ejercer las acciones a que refiere el artículo 7, inciso 2 de la Ley 18.967.-

Artículo 38: Si la menor de 18 años obtuviera el consentimiento en vía judicial, bastará la exhibición original de la documentación que acredite que el Juez competente ha actuado y se ha obtenido el consentimiento, el que se incorporará a la Historia Clínica, y se procederá a realizar las acciones necesarias a efectos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.-

Artículo 39: **(Consentimiento de mujeres declaradas incapaces).**- Si se tratara de una mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia del Juez competente.-

A efectos de la intervención se deberá requerir el asentimiento del curador y exhibir el documento original o autenticado por el juzgado que acredite la obtención de la venia, el que se incorporará en la Historia Clínica y se procederá a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.-

Artículo 40; (Registro Estadístico): En la información que las instituciones envíen al Ministerio de Salud Pública a los fines del artículo 12 de la Ley 18.987 se omitirá cualquier dato que directa o indirectamente permita identificar a la mujer debiendo siempre preservar su anonimato.

XI) DISPOSICIONES GENERALES Y DEROGACIONES

Artículo 41: El Ministerio de Salud Pública dictará las guías necesarias para el cumplimiento de la presente reglamentación, en particular para la actuación de los profesionales y personal intervinientes.-

Artículo 42: Déjense sin efecto los decretos y ordenanzas que se opongan al presente decreto.-

Decreto Interno N°

Decreto Poder Ejecutivo N°

Ref. N° 001-3/8168/2012.-

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines, positioned below the text of the decrees.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

La expresión asistencial de cada institución prestadora de salud en el área específica de los temas concernientes a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Todas las instituciones prestadoras de salud deberán contar un Servicio de Salud Sexual y Reproductiva. El mismo estará constituido por un Equipo Coordinador de Referencia y por todos los técnicos y profesionales de la institución involucrados en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley 18.426 y su reglamentación (293/010).

Equipo Coordinador de Referencia: equipo con funciones asistenciales directas, ya sea por derivación o por solicitud directa de los usuarios. También responsable de la gestión, facilitador de la coordinación de la atención integral y responsable de la implementación de las acciones y prestaciones incluidas en la ley de prevención y promoción.

Integrado por aquellos profesionales seleccionados por la institución según el siguiente perfil:

- poseer formación de grado en el área de la salud
- acreditar estudios especializados y/o experiencia probada en el área de la salud sexual y/o salud reproductiva según una perspectiva de derechos, con un abordaje de la atención que tenga en cuenta todos los componentes de la salud de las personas, la diversidad sexual y de género¹.

La integración mínima (ley 18.987): ginecóloga/a, profesional del área salud mental, profesional del área social. También la obstetra partera está contemplada en la ley 18.426 así como licenciados en enfermería.

El abordaje integral se impone a la hora de considerar las múltiples implicancias de la vida sexual y reproductiva de las personas, las decisiones al respecto y las necesidades de atención en salud que ellas determinan. Permite generar un diagnóstico de situación individual de la salud sexual y reproductiva de la usuaria y la construcción de un plan de atención consensuado con ella de acuerdo a sus necesidades, expectativas y prioridades.

¹ *Guía para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. MSP, Uruguay 2010.*

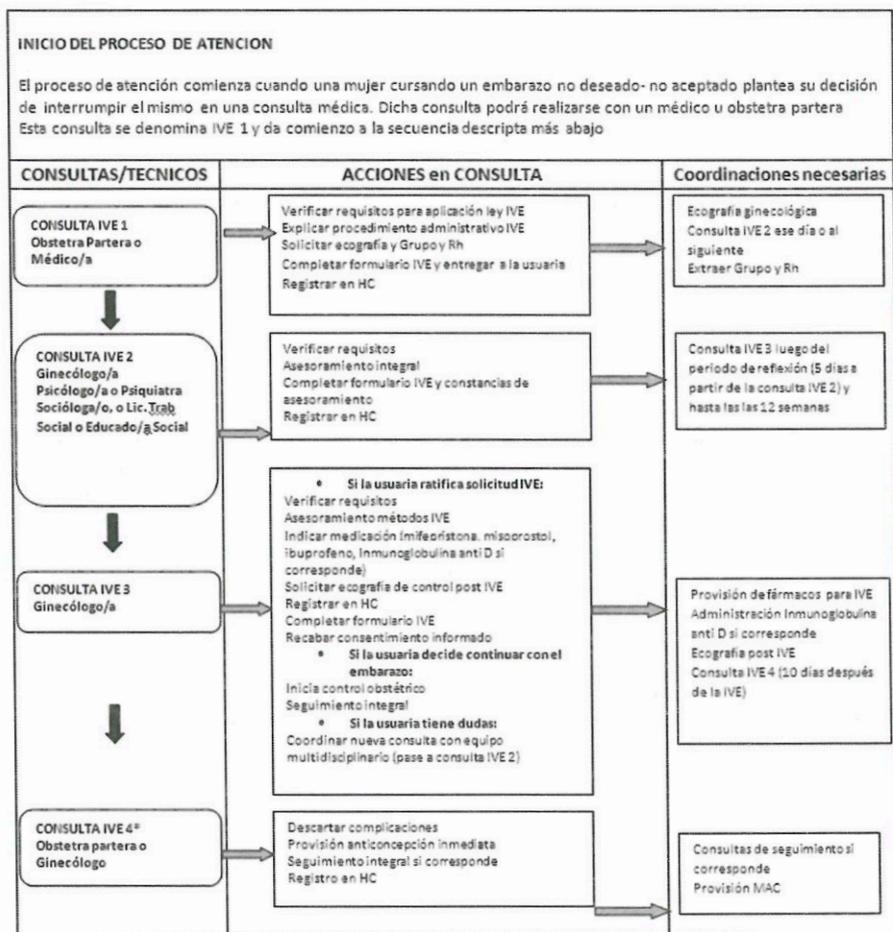
APLICACIÓN LEY 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

FLUJOGRAMA BASICO DE ATENCIÓN

El proceso de atención de cada usuaria, según la ley de IVE consta de 4 consultas las que deben seguir las pautas previstas en el Manual de procedimientos del MSP.

Este es un esquema aplicable a las situaciones 1,2 y 3 descritas en dicho manual (situaciones más comunes)

- usuaria mayor de 18 años o menor habilitada, cursando embarazo dentro de las primeras 12 semanas
- usuaria adolescente con autonomía progresiva, cursando embarazo dentro de las primeras 12 semanas
- usuaria declarada incapaz judicialmente, cursando embarazo dentro de las primeras 12 semanas



*Si la usuaria no concurre a control post IVE, se realiza seguimiento telefónico

CONFIDENCIALIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD:

La confidencialidad constituye un valor inherente a la relación entre las/os usuarias/os y los equipos de salud en todos los casos, adquiere una trascendencia especial en lo referente a la salud sexual y reproductiva.

En forma expresa los profesionales le brindan información a las usuarias sobre su derecho a la confidencialidad y el compromiso en el resguardo de la misma².

La Historia Clínica integra el Secreto Profesional Médico y de Profesionales de la Salud y ningún juez puede obtenerla sin consentimiento del paciente titular de la misma³.

Las normas legales vigentes consideran a la historia clínica (HC) propiedad del paciente y amparada bajo el secreto profesional.

- La relación médico- paciente está amparada por el secreto profesional.
- Ninguna norma legal autoriza a un juez (penal o civil) a relevar al médico/profesionales de la salud del secreto profesional si no media consentimiento del paciente, es más la ley prohíbe al médico/profesionales de la salud testificar sobre hechos secretos.
- La HC integra el secreto profesional pues refleja toda la relación médico-paciente.
- En consecuencia ningún juez puede pedir una HC sin consentimiento del paciente y si la institución o el médico/profesional de la salud entregan a la justicia la HC sin ese consentimiento incurren en violación al secreto profesional.

La disposición legal de la que se parte es el artículo 220 del Código del Proceso Penal cuyo numeral 3° establece que “Deberán abstenerse de declarar sobre los hechos secretos que llegasen a su conocimiento en razón del propio estado, oficio o profesión, bajo pena de nulidad:... Los médicos, farmacéuticos, obstetras parteras y demás técnicos auxiliares de la ciencia médica”.

Por lo tanto ningún juez puede citar a un médico/profesional de la salud a efectos de que declare sobre cualquier patología o dato conocido a través de la relación médico paciente.

Con relación a la HC la Ley 18.335 art 18 lit D, establece que: “La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible de delito previsto en el art. 302 del Código Penal.”

² Ser parte de la solución... la experiencia de Iniciativas Santiarias, Uruguay. Gorgoroso M. y cols. Uruguay, 2010.

³ Secreto Profesional – Confidencialidad. Guía para el manejo de Historias Clínicas ante pedidos de la Justicia. Adriasola G., Pereira M. Iniciativas Santiarias, 2011.

DECRETERO DE SENTENCIAS

//tevideo, 11 de agosto de 2015.

No. 586

VISTOS:

Para sentencia definitiva, estos autos caratulados: "ALONSO, JUSTO Y OTROS con PODER EJECUTIVO. Acción de nulidad" (Ficha No. 430/13).

RESULTANDO:

I) Que el 17 de julio de 2013 (fs. 2-17) comparecen Justo Alonso, Washington Lauría, Ricardo Pou, Luis Dabezies, María Lourdes González Bernardi, Gloria Remedi, Mariel Coelho Alves Da Cruz, María del Luján Chiesa Sabatucci, Miguel Girard Pereira, Diego Ferrari Franchi, Luis Pozzi Rivas, Mariana Boutmy, Claudio Sosa, Gonzalo Sotero, Nicolás Martino, Federico Baldjian, Eugenia Verde, Juan Amaral, Maite Moldes y Daniel Grasso, promoviendo demanda de nulidad contra el Decreto N° 375/012, de 22/11/2012 que reglamenta la Ley N° 18.987, de 22/10/2012, relativa a la interrupción voluntaria del embarazo.

Afirman que son médicos ginecólogos del Sistema Nacional Integrado de Salud y trabajan en mutualistas privadas y en hospitales públicos, por lo que resultan alcanzados por la normativa y procedimiento previstos en el acto en causa.

Señalan que el decreto impugnado restringe ilegítimamente el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia del personal de salud, reconocido en la Ley N° 18.997 y en el art. 54 de la Constitución. Añaden que se les impone una obligación general a la participación en abortos que

puede calificarse como un atentado al sentido último de su profesión e, incluso, a su dignidad personal y al libre desarrollo de su personalidad, al tratarse de profesionales que, por su peculiar vocación, están comprometidos humana y profesionalmente con la defensa de la vida humana.

Precisan que los artículos 7, 8, 12, 13 (b), 16, 28, 29, 30, 31, 32 y 35 del Decreto pretenden de manera ilegal e ilegítima: 1) restringir el derecho de objeción de conciencia solo a los actos de ejecución del aborto (recetar el fármaco o hacer el legrado), cuando la Ley no establece tal limitación; 2) restringir el derecho de objeción de conciencia solo a los médicos y el personal técnico, cuando la Ley no establece tal restricción; 3) redefinir el concepto “grave riesgo de salud para la mujer”, por “riesgo de salud” (eliminando el término grave) y de esa forma aumentar las restricciones al ejercicio del derecho de objeción de conciencia; 4) desconocer los principios establecidos en la Ley, quitándole libertad a los médicos en el asesoramiento.

Refieren al derecho a la objeción de conciencia y su reconocimiento, en la normativa nacional e internacional.

Citan doctrina y jurisprudencia, para concluir que el Decreto cuestionado, so pretexto de reglamentar la Ley, crea limitaciones no contempladas por el legislador.

En definitiva, solicitan el amparo de la demanda, con efectos generales y absolutos.

II) Conferido traslado de la demanda por auto N° 6024/2013, de 01/08/2013 (fs. 19), fue evacuado por el representante del Poder Ejecutivo - Ministerio de Salud Pública a fs. 26-39.

Liminarmente refiere al concepto y caracteres de la objeción de conciencia y analiza su regulación a nivel nacional e internacional, precisando que tiene carácter excepcional y por tanto debe interpretarse con carácter restrictivo, no pudiendo plantearse como un derecho fundamental, sino como un instrumento para el ejercicio de la Libertad de Conciencia y Pensamiento.

Añade que la Ley, en su artículo 11 no establece un criterio amplio respecto a la objeción de conciencia, sino que la restringe tanto desde el punto de vista objetivo, como subjetivo. El legislador fue claro y siguiendo lo que la jurisprudencia a nivel internacional ha establecido, tan solo se puede objetar el acto concreto, lo que excluye el resto de los actos previos y posteriores a la interrupción (inciso 5º del artículo 3º de la Ley) y solo lo puede hacer el personal que esté directamente involucrado en ese acto concreto (médicos ginecólogos y personal técnico que debe intervenir en el procedimiento).

En referencia a las formalidades que deben observarse para objetar (presentación por escrito), indica que no se trata de una limitación u obstáculo, como afirman los accionantes, sino de una condición de forma necesaria a los efectos probatorios, la que por otra parte, no se encuentra supeditada a ningún plazo.

En lo que atañe al concepto de “riesgo grave de salud”, aduce que es obvio que el legislador no puede conceptuar que es “grave riesgo de salud”, solo realiza la enunciación. Mientras la reglamentación tan solo se puede limitar a establecer el concepto de salud, el que a su vez tiene una definición legal dada por la Ley N° 11.246, recogida por la OMS, siendo el

facultativo que intervenga, de acuerdo al caso concreto, quien establezca si existe grave riesgo para la salud o inclusive la vida de la mujer.

En cuanto a la alegada violación del principio de información, expresa que no surge de ninguna parte de la Ley que el Equipo Interdisciplinario será un ámbito para convencer a la mujer de que desista de interrumpir el embarazo, ni de convencimiento respecto a la toma de una u otra posición, ya sea para inducirla a evitarlo o a realizarlo. Agrega que lo que reglamenta el decreto es no solo lo que establece la Ley, sino que se debe tomar en cuenta lo que establecen otras normas: Ley N° 18.335 sobre Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud y su decreto reglamentario; Ley N° 18.426, sobre Salud Sexual y Reproductiva y su decreto reglamentario.

En lo que refiere a la entrevista con el progenitor, destaca que el decreto no resulta contradictorio, pues es la propia Ley, en su art. 4º, literal B), que exige el consentimiento expreso de la mujer para que aquella se verifique.

En cuanto al período de cinco días de reflexión, tampoco se vulnera la Ley. El Equipo desde un inicio actúa conjunta y coordinadamente, apenas se comienza a recibir el asesoramiento y por tanto el plazo debe computarse desde ese instante.

En definitiva, sostiene que los artículos 7, 8, 12, 13, 16, 28, 29, 30, 31, 32 y 35 del Decreto N° 375/023, en nada vulneran la Ley que reglamenta N° 18.987, en cuyo mérito solicita el rechazo de la demanda y la confirmación del acto impugnado.

III) Se abrió el juicio a prueba, habiéndose diligenciado la que luce certificada a fs. 68.

IV) Alegaron las partes por su orden, la parte actora a fs. 71-79 y la demandada a fs. 82-84.

V) Se oyó al Sr. Procurador del Estado en lo Contencioso Administrativo, quien se expidió por Dictamen N° 523/2014 (fs. 87-90), aconsejando hacer lugar a la demanda incoada.

VI) Se citó para sentencia por auto N° 6941/2014 (fs. 92), la que se acordó en legal y oportuna forma, previo estudio de los Sres. Ministros.

CONSIDERANDO:

I) Que, conforme a lo establecido en la normativa vigente (artículos 4 y 9 de la Ley 15.869), se han observado los presupuestos habilitantes para el accionamiento de la nulidad incoada, y, por consecuencia, corresponde que el Tribunal se aboque al estudio del debate plantado.

II) Que la parte actora impugna el Decreto 375/2012, reglamentario de la Ley 18.987, dictado por el Poder Ejecutivo el 22 de noviembre de 2012 y publicado en el Diario Oficial el 29 de noviembre de 2012.

El contenido de los actos de proposición ha sido resumido en el capítulo de Resultandos, a lo que cabe remitirse en honor a la brevedad.

En síntesis, los actores, Médicos ginecólogos integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, sostienen que el Decreto en cuestión restringe ilegítimamente el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia del personal de la salud que fuera reconocido por la Ley 18.987.

En especial, consignan que los artículos 7, 8, 12, 13 (b), 16, 28, 29, 30, 31, 32 y 35, de manera ilegal e ilegítima: a) restringe el derecho de objeción de conciencia solo a los actos de ejecución del aborto (recetar el fármaco o hacer el legrado) cuando la ley no establece tal limitación, b) restringe el derecho de objeción de conciencia solo a los médicos y el personal técnico, cuando la ley no establece tal restricción, c) redefine el concepto de grave riesgo de salud para la mujer y de esa forma aumentan las restricciones al ejercicio del derecho de objeción de conciencia, d) desconocen los principios establecidos en la ley quitándole libertad a los médicos en el asesoramiento.

III) Que, como ha señalado Javier MARTÍNEZ-TORRÓN, por objeción de conciencia habría que entender la negativa del individuo, por motivos de conciencia, a someterse a una conducta que, en principio, sería jurídicamente exigible -ya provenga la obligación directamente de la norma, de un contrato, de un mandato judicial o resolución administrativa-.

Todavía, más ampliamente, se podría afirmar que el concepto de objeción de conciencia incluye toda pretensión contraria a la ley motivada por razones axiológicas -no meramente psicológicas-, de contenido primordialmente religioso o ideológico, ya tenga por objeto la elección menos lesiva para la propia conciencia entre las alternativas previstas en la norma, eludir el comportamiento contenido en el imperativo legal o la sanción prevista por su incumplimiento.

En esta noción de objeción de conciencia se encuentran implícitas dos características que no pueden dejar de influir en su tratamiento jurídico: la primera, es que el objetor se encuentra ante un grave conflicto interior,

esto es, si debe someterse a la norma jurídica, o bien, a la norma ética que invoca su propia conciencia individual y que se le presenta con carácter de ley suprema. La consecuencia inmediata es que existe una importante carga moral sobre esas personas, que se ven abocadas a elegir entre desobedecer a la ley o desobedecer a su conciencia. Lo primero recibe un castigo material, lo segundo implica una sanción espiritual.

La segunda característica es la enorme variedad posible de objeciones de conciencia que aumenta a medida que es mayor el pluralismo religioso e ideológico de una sociedad, y también a medida que se produce una intervención del legislador en nuevos ámbitos. Y es que la objeción de conciencia, aunque pueda tener raíces en creencias religiosas institucionalizadas, es un fenómeno esencialmente individual. Es la conciencia de cada persona la que, desde su autonomía como individuo, genera el conflicto con una concreta obligación jurídica.

Como expresan FRIDMAN y GUTIÉRREZ: “....desde la perspectiva del Estado, en la medida en que la libertad de conciencia es un derecho fundamental, su protección es, en todos los casos, un interés público -sea cual fuere su repercusión social- y, además, del máximo rango. En los casos de objeción de conciencia lo que está en juego realmente no es el interés público representado por la ley, pues el objetor normalmente no pretende que la ley sea derogada, sino solamente ser eximido de su cumplimiento.

En realidad al final del día la objeción de conciencia genera el conflicto de dos intereses públicos. MARTÍNEZ TORRÓN agrega que “la tutela del ordenamiento jurídico a la libertad de conciencia no está condicionada por cuáles sean los valores éticos presentes en cada

conciencia individual, de igual manera que el Estado no condiciona la protección de la libertad de expresión a cuáles sean las ideas defendidas por cada ciudadano. Lo que se pretende con esos derechos fundamentales es la salvaguarda de ámbitos individuales de autonomía -y en su caso también colectivos- que constituyen elementos necesarios del pluralismo democrático, y en los cuales cualquier injerencia ha de ser cuidadosamente justificada....” (La objeción de conciencia en la ley de interrupción del embarazo (aborto). Tribuna de Abogado N° 183, págs. 16 y 17).

Y agregan que: “.....De modo que el referido incumplimiento de la obligación de fuente normativa de parte del objeto, deviene legítimo, por virtud de la tutela que el mismo ordenamiento jurídico depara a la conciencia. En definitiva, el conflicto entre conciencia y ley no pone de manifiesto la ocurrencia de un conflicto entre dos órdenes normativos distintos -el jurídico, por un lado y el moral, religioso o ideológico, por el otro-. En realidad el conflicto, que es sólo aparente, se plantea dentro del mismo orden jurídico -entre la norma jurídica que tutela el derecho a conducirse de conformidad con la conciencia, y la norma jurídica que impone o veda una conducta determinada.

Y el conflicto, decimos, es sólo aparente, pues ya ha sido resuelto de antemano por el Derecho, haciendo primar la conciencia, como principio, salvo excepciones.....” (op. cit., pág. 18).

En este mismo orden de ideas, en su voto el Sr. Ministro, Dr. Juan Pedro Tobía consigna que: “.....En el ámbito médico, los Dres. Mautone y Rodríguez Almada, en un trabajo centrado al estudio de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, haciendo especial referencia a la normativa actual en nuestro país y a la Opinión del Comité de Bioética de

España, a propósito del Proyecto de Ley Orgánica de la Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo, expresaron:

“(.....) La objeción de conciencia es pues individual, no pretende modificar la norma ni que la mayoría revise su decisión, por lo que no admite que los colectivos o asociaciones la invoquen, esta es la razón por la que debe quedar clara la diferencia entre objeción de conciencia y desobediencia civil.

La objeción de conciencia como medida de excepción puede ser tenida en cuenta frente a situaciones de reconocida importancia.

Esto es muy importante precisarlo ya que en un Estado de Derecho todos estamos obligados a acatar una ley, expresión de la voluntad democrática; pero es el propio Estado que habilita esta excepción, al incumplimiento de la ley, respetando precisamente a las minorías y a la pluralidad ideológica.

El reconocimiento de la objeción de conciencia por el Estado es expresión de tolerancia y respeto de tolerancia y respeto no sólo a la libertad ideológica o religiosa, sino el permiso para actuar de acuerdo a las convicciones morales.....” (Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina, en Revista Médica del Uruguay, volumen 29, N° 1).

Vertidos estos conceptos, resulta innegable, -tal como se expuso en la sentencia N° 297/2014 que resolviera el incidente de suspensión- que el reconocimiento del derecho de objeción de conciencia, deriva de los derechos fundamentales del individuo, ya sea se lo relacione con el derecho a la libertad de conciencia, o con el derecho a la dignidad humana. Por lo que no cabe duda de que goza de tutela en distintos instrumentos

internacionales, plasmada en varias disposiciones de nuestra Constitución, tales como los artículos 7, 29, 54 y 72 y recogido en la ley 18.987.....”.

A la luz de los conceptos que vienen de exponerse, corresponde analizar los agravios planteados por la parte actora.

IV) Que, en relación a los artículos 7 y 8 del Decreto 375/2012.

El artículo 7° del decreto 375/012 dispone que: “...El equipo interdisciplinario el mismo día de la consulta o al día inmediato siguiente comenzará a dar cumplimiento a lo establecido en el inciso 3° del Artículo 3° de la Ley N° 18.987, debiendo adecuar su accionar a lo establecido en el Artículo 4° y las guías que confeccione el Ministerio de Salud Pública.

Los miembros del equipo interdisciplinario podrán entrevistarse conjunta o separadamente con la usuaria según lo estimen conveniente, pero su actuación será conjunta y coordinada.....”.

En puridad, la dificultad la plantea el inciso 2°, en cuanto dispone que los miembros del equipo interdisciplinario “...podrán entrevistarse conjunta o separadamente con la usuaria.....”, cuando el inciso 3° del artículo 3° de la ley que se reglamenta, dispone que: “...El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente.....”, etc.

Está claro que la actuación de los miembros del equipo en forma separada, aunque coordinada, no es la misma solución que preceptúa el texto legal; y ello es tan así que los incisos 2° y 5° del artículo 3° de la ley solo prevén: “...la consulta con un equipo interdisciplinario...”, “....la reunión con el equipo interdisciplinario.....”.

La exigencia de la ley es clara en cuanto se trasunta en el uso de los sustantivos “consulta”, “reunión” en singular, y con un “equipo”, y no con

cada miembro del mismo, solución que podría determinar hasta la celebración de tres consultas.

Incluso, el propio formulario IVE elaborado por el Ministerio de Salud Pública, induce a que los profesionales actúen de manera no conjunta, al establecer casilleros separados relativos a la actuación de cada uno de ellos.

En realidad, esta cuestión que puede aparecer como de detalle, adquiere trascendencia cuando se la vincula con lo preceptuado por el artículo 8° del Decreto.

En efecto, dicha norma establece que: “.....Desde el mismo día en que la mujer comience a recibir el asesoramiento previsto en la Ley 18.987 empezará a correr el plazo mínimo de cinco días corridos para que la solicitante manifieste que mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo ante el servicio correspondiente, esa voluntad podrá manifestarse a partir de la hora 0 del día sexto a contar del día en que comenzó a recibir el asesoramiento profesional.

Debe asentarse en la historia clínica el día en que la mujer ha comenzado a recibir el referido asesoramiento.

Si el médico que asiste a la mujer en la primera consulta es un ginecólogo podrá integrar el equipo interdisciplinario y en ese caso deberá en esa misma consulta comenzar el proceso de asesoramiento integral a la mujer previsto en el Artículo 3° de la Ley 18.987, sin perjuicio de convocar a los demás integrantes del equipo interdisciplinario para continuar con el mismo.

El equipo interdisciplinario dejará constancia en la historia clínica de que se ha dado cumplimiento al Artículo 3° de la Ley 18.987....”.

En el Senado, el Miembro Informante, el Sr. Senador Gallo Imperiale manifestó que: “.....se establece la consulta con un equipo interdisciplinario para que informe, asesore y acompañe la decisión de la mujer, y se exige un plazo de reflexión obligatorio de cinco días para que la interesada ratifique su voluntad libremente y sin condiciones, pero sí bien informada. Esta última condición era una de las bases del proyecto y es controvertida -lo sabemos- siendo interpretada desde algunas organizaciones sociales, inclusive desde el Instituto de Psicología de la Salud de la UdelaR como sometimiento a un procedimiento que podría ejercer presiones sobre la mujer para hacerle cambiar su decisión, y que no debería ser una imposición legal sino un requerimiento de aquélla, si así lo considerara. Sin embargo, lo aceptamos en el convencimiento de que, si no se burocratiza y se convierte sólo en un trámite formal, puede ser una opción legítima.....” (Sesión del 17 de octubre de 2012, subrayados del Redactor).

De conformidad con lo expuesto por el Miembro Informante, el texto legal prevé, en su inciso 5º del artículo 3º, que: “....A partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, la mujer dispondrá de un período de reflexión mínimo de cinco días.....” etc.

Es de toda evidencia que, la solución implementada al respecto en el Decreto, procura licuar ese plazo de reflexión, en claro apartamiento del texto legal (y del espíritu del legislador), plazo de reflexión que según se vio y es bueno reiterarlo, constituía una de las bases del proyecto.

Sobre esta cuestión, expresa en su voto el Sr. Ministro, Dr. Ricardo Harriague que: “.....se obliga (“deberá”) al médico que asiste a la mujer en la primer consulta a comenzar el asesoramiento (en solitario), y ello

constituirá el primer día a partir del cual se computará el período de reflexión.....”.

A su vez, el Sr. Ministro, Dr. Juan Pedro Tobía expuso que: “.....el Decreto desvirtúa el período de cinco días de reflexión que se estableció para que la mujer pudiera reflexionar en base a toda la información recibida, pues disocia, en el tiempo, la entrevista con el equipo interdisciplinario y, en el Decreto, el plazo se cuenta a partir de la primera y no de la última entrevista, como sería de sentido común, de forma que las restantes podrían acaecer extemporáneamente y en consecuencia no tenerse en cuenta para la reflexión.....”.

Así las cosas, echa de verse que, con la solución estampada en el inciso 3° del artículo 8° en estudio, puede ocurrir que la usuaria haya recibido sólo el asesoramiento del ginecólogo y, antes de entrevistarse con el resto del equipo, ya haya transcurrido el plazo mínimo de reflexión legalmente previsto.

Cuestión que, resulta de singular gravedad, si se atiende a lo manifestado por el Ministerio de Salud Pública al contestar la demanda: “....si la mujer pasado el plazo de cinco días después de haber pasado por el equipo interdisciplinario persiste en su voluntad se debe proceder a la IVE.....” (fs. 33 vto. de autos).

Ahora bien, es el propio M.S.P. que, en el Decreto en estudio, estableció la hipótesis de disociación de las entrevistas con el equipo interdisciplinario y quien reglamentó el inicio del cómputo del plazo de reflexión de la forma referida que, a juicio de la Sala, desvirtúan los propósitos del legislador.

En suma, el Tribunal entiende que corresponde amparar la demanda y anular lo dispuesto por el inciso 2º del artículo 7º e incisos 1º, 2º y 3º del artículo 8º del Decreto 375/2012.

V) Que, el último inciso del artículo 12 del Decreto 375 estatuye que: “...La intervención del equipo será el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la imposición, por parte del equipo, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya explicitado en la primer consulta...”.

El Tribunal comparte las consideraciones expuestas por el Ministerio de Salud Pública en cuanto a que el equipo interdisciplinario no es un tribunal ni un ámbito en el que corresponde realizar juicios de valor respecto de la resolución de la mujer, sino que debe constituir “...un ámbito de información objetiva, con el debido aval científico y de contención para que la mujer pueda tomar una resolución tan importante exenta de toda presión.....” (fs. 38vto.).

Precisamente, por estas razones, es que se estimará el agravio de la parte actora en cuanto ésta señala y el Tribunal comparte que, por el inciso transcripto, sólo se permite brindar información sobre cuáles son las formas menos riesgosas de practicar el aborto (fs. 11 de infolios).

En este orden de ideas, en su voto, el Sr. Ministro, Dr. Juan Pedro Tobía considera que: “...El Decreto solo permite asesorar exclusivamente en temas “técnicos con encare de disminución de riesgo y daño” (inciso final del artículo 12), lo que implica brindar información sobre cuáles son las formas menos riesgosas de practicar el aborto. De ese modo, se priva a

la mujer de recibir toda la información científica necesaria para la toma de una decisión conciente y responsable, tal como lo exige la ley....”.

En efecto y sin perjuicio de los deberes impuestos a los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario previsto en el artículo 4º, el artículo 3º de la Ley 18.987, preceptúa que el referido equipo deberá informar a la mujer: a) de lo establecido “en esta ley”, b) de las características de la interrupción del embarazo, c) de los riesgos inherentes a dicha práctica, d) de las alternativas al aborto provocado, incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como de la posibilidad de dar su hijo en adopción.

Particularmente significativo resulta la exigencia del legislador de poner de cargo del equipo multicitado el garantizar que la mujer “....disponga de la información para la toma de una decisión conciente y responsable....” (inciso 4º del artículo 3º).

En suma, el inciso final del artículo 12 del Decreto, está diseñado para asesorar a la mujer solo en la realización del aborto con “....disminución de riesgo y daño...”, omitiéndose reglamentar todos los demás propósitos que persiguió el legislador.

De lo que viene de exponerse fluye, sin esfuerzo, que resulta palmario el apartamiento de la norma reglamentaria en estudio del texto y espíritu de la Ley, y, por lo tanto, corresponde anular el inciso final del artículo 12 del Decreto 375/012.

VI) Que, los actores impugnan el literal b) del inciso 2º del artículo 13 del Decreto en examen, en cuanto se le veda al equipo interdisciplinario entrevistarse con el progenitor.

El M.S.P. considera que: “...es la mujer la que debe plantear si quiere que se entreviste al progenitor y si no lo hace es porque justamente

no desea hacerlo, es una potestad de la mujer y si así lo pide el equipo debe hacerlo, debiendo la usuaria prestar su consentimiento y relevar del secreto profesional a esos efectos.....” (fs. 39 de autos).

Y bien, el artículo 13 del Decreto 375 dispone que: “...Los profesionales integrantes del equipo deberán cumplir con los siguientes deberes: b) Entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.

Si la mujer no manifiesta que desea que el equipo se entreviste con el progenitor se entenderá que la misma no presta su consentimiento a estos efectos, el equipo no deberá inducirla o influenciarla para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor.....”.

La Ley 18.987, en su artículo 4º, dispone que “...los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario deberán: B) Entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.....”.

De la mera confrontación de ambos textos, sin hesitaciones, se advierte que el Decreto ha desbordado el texto legal que reglamenta, atribuyendo al silencio de la usuaria un efecto que la ley no prevé.

El equipo “deberá” entrevistar al progenitor si la mujer así lo consiente, por lo que, va de suyo que, en cumplimiento del deber impuesto, por lo menos, el equipo deberá conocer el parecer de la mujer acerca de tal cuestión, por lo que, al respecto, parecería que debe mediar un pronunciamiento de la mujer acerca de tal cuestión.

En conclusión, es de recibo el agravio de la parte actora respecto a lo dispuesto en el inciso 2º del literal b) del artículo 13 del Decreto 375/012, por lo que corresponde acceder a la anulación del mismo.

VII) Que, se impugna el artículo 16 del Decreto multicitado, por entenderse que al eliminarse el concepto de gravedad, por un concepto mucho más amplio, se aumenta el elenco de casos en los que no puede esgrimirse la objeción de conciencia.

El M.S.P. sostiene que: "...el legislador no puede conceptualizar que es "grave riesgo de salud", solo realiza la enunciación y la reglamentación sólo puede limitarse a establecer el concepto de salud el que a su vez tiene una definición legal dada por la Ley 11. 246 y el facultativo que intervenga, de acuerdo al caso concreto a establecer en qué circunstancia existe grave riesgo para la salud e incluso vida de la mujer...." (fs. 36 vto. de autos).

El artículo 6° de la Ley 18.987, establece que fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos por los artículos 2 y 3, la interrupción del embarazo sólo podrá realizarse, entre otros supuestos, cuando la gravidez implique "...un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer..." (literal A).

El Decreto reglamentario, a su vez, en el artículo 16 establece que: "...Se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada o para la vida, toda circunstancia que implique, a criterio del médico tratante, riesgo para la salud bio-sico social o vida de la mujer..."

En primer lugar, debe señalarse que el Decreto elimina la nota de "gravedad", e introduce la hipótesis de toda circunstancia de riesgo para la salud bio-sico social de la mujer, sin enunciar pauta alguna que ilustre al médico tratante acerca de cómo evaluar ese riesgo bio-sico social, concepto que resulta, por lo demás, amplio, vago, subjetivo.

La Administración sostiene que se ha recogido el concepto establecido en la Ley 11.246, pero es el caso que la precitada ley, publicada

en el Diario Oficial el 21 de enero de 1949, en realidad, en su único artículo, lo que hace es aprobar la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en cuyo preámbulo, a título meramente declarativo, enuncia una serie de cualidades que debe reunir el estado de salud.

Con estos supuestos resulta, por lo menos, discutible su aplicación al tema de autos.

En realidad, el literal A) del artículo 6º no constituye una novedad en la legislación patria, ya que aluden al aborto terapéutico strictu sensu, que es el que se practica para salvar la vida de la mujer; y, el lato sensu, que es el que se efectúa cuando lo que está en riesgo no es la vida, sino la salud de la mujer (Cfm. artículo 328, ordinal 3º, del Código Penal).

En un caso, se acude a la teoría del mal menor, haciendo prevalecer la vida de la madre, existente y plena, por sobre la del concebido, y, en el segundo caso, la hipótesis aparece limitada por la calificación de gravedad, respecto de la entidad de la lesión que puede sufrir la mujer (Cfm. LANGÓN CUÑARRO, Código Penal anotado, tomo II, pág. 778 y ss.).

En este orden de ideas, la propia norma legal ilustra al intérprete acerca del propósito perseguido por el legislador cuando limita la regla de salvar ambas vidas a que, con ello, no se ponga en peligro la vida o la salud de la mujer (inciso A, segundo párrafo del artículo 6º).

En definitiva, de lo que se trata es de la vida o salud de la mujer y para nada tienen que ver otras consideraciones, como los riesgos sico-sociales, que pueden ser valiosas, pero que no están contempladas en el precepto legal.

En realidad, como expresa en su voto el Sr. Ministro, Dr. Ricardo Harriague: "...el alcance que el artículo 16 del Decreto confiere a la expresión grave riesgo para la vida o salud de la mujer embarazada, amplía

ilegítimamente el concepto dado en el artículo 6º, literal A), de la ley, limitando, en consecuencia, el ámbito de la objeción de conciencia establecido en el artículo 11, inciso final.

En efecto, desde que dicha disposición exceptúa de los casos en que puede esgrimirse objeción de conciencia, a la interrupción del embarazo en las circunstancias expuestas en el literal A) del artículo 6º, la interpretación del Decreto vendría a exceptuar de la posibilidad de objetar a un número más amplio que el dispuesto legalmente, cuando se verifiquen circunstancias que -sin poner en riesgo grave la salud de la mujer- comporten un riesgo (no grave), para su salud bio-sico social.....”.

En este caso, nuevamente, se ha exacerbado la potestad reglamentaria, definiendo, mutilando y ampliando lo que la Ley no prevé, hipótesis que determina la nulidad del artículo 16 en estudio.

VIII) Que, asimismo, se impugna, el artículo 28 del Decreto 375/012, que establece: “...La objeción de conciencia sólo es válida para abstenerse de intervenir en los procedimientos previstos por el inciso 5º del Artículo 3º de la Ley N° 18.987 y no para abstenerse de actuar conforme a los incisos 1º a 4º del Artículo 3º de la ley.

Sólo podrán objetar de conciencia las personas físicas, no existiendo tal derecho para las personas jurídicas....”.

En lo que interesa al estudio del presente punto, debe recordarse que el inciso 1º de la Ley 18.987 establece que: “.....(Objeción de conciencia).- Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del Artículo 3º y el Artículo 6º de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a que pertenecen....”.

Como cuestión liminar corresponde señalar que el inciso 2º del artículo 28 del Decreto no presenta observaciones, por lo que queda fuera del debate.

En relación al inciso 1º del artículo 28, cabe señalar que, de la mera confrontación de su texto y el transcrito del artículo 11 de la Ley, se advierte que el reglamentador se apartó de la solución legal al omitir incluir, entre las hipótesis de objeción, las previstas en los literales B) y C) del artículo 6º, expresamente incluidas en el texto legal, desde que, en su último inciso, éste excluyó el supuesto del literal A) del citado artículo 6º.

El segundo problema que plantea este inciso 1º del artículo 28, y que se reitera, luego, en el inciso 1º del artículo 29, dice relación con la limitación (“sólo”) que estatuye en cuanto al alcance de la objeción de conciencia.

La parte demandada sostiene que el legislador ha seguido la jurisprudencia a nivel internacional y que: “...tan solo se puede objetar el acto concreto, lo que excluye al resto de los actos previos y posteriores a la interrupción y es justamente lo que establece el decreto que se impugna...”, concluyendo en que nada se innova o modifica lo que la ley dice en este aspecto (fs. 34 de autos, subrayado del Redactor).

El Tribunal no participa de este punto de vista.

La cuestión debatida, en este caso, no parece circunscribirse a determinar la correspondencia entre lo legislado y lo reglamentado, sino que, más bien, lo que aquí se evidencia es una distinta concepción de la objeción de conciencia entre legislador y autoridad administrativa.

La objeción de conciencia constituye un derecho fundamental y visto la materia legislada, el parlamentario fue consciente de las contradicciones

que genera la práctica del aborto y, por tal motivo, consagró un ejercicio amplio de aquel derecho.

La Ley otorga amplias garantías para el ejercicio de la libertad de conciencia, que forma parte del contenido del derecho a la libertad ideológica y religiosa y, por tanto, todos los poderes públicos están obligados a adoptar cuantas medidas fueran necesarias para procurar su efectividad.

En este orden de ideas, no se puede compartir la aseveración de la parte demandada en cuanto manifiesta que la reglamentación en nada innova o modifica la solución legal; ya que, en realidad, el Decreto es notoriamente limitativo del derecho de objeción de conciencia.

A juicio del Tribunal y como expresa en su voto el Sr. Ministro, Dr. Juan Pedro Tobía: "...La acepción legal "procedimiento" debe entenderse como omnicomprendiva de todas las etapas necesarias para la práctica del aborto y no solo del acto concreto de la ejecución de aquél.

Señalan los accionantes, con razón, que tales etapas incluyen las acciones preparatorias (por ejemplo, preparación del instrumental) y las posteriores (por ejemplo, disposición de los restos) necesarias para su conclusión.

La participación en el asesoramiento previo implica, necesariamente, la firma de un formulario, condición formal para realización del aborto. Por tanto, quien firma este formulario está participando activa y directamente en el proceso de interrupción del embarazo, a lo cual no permite objetar, sino que se obliga a intervenir....".

La ley no dice que la objeción de conciencia sólo procede para aquellos profesionales que participan directamente en la maniobra abortiva, en el "acto concreto" en palabras del M.S.P., sino que la ley habla de

“...procedimientos del inciso 5º del artículo 3º y artículo 6º...”; procedimientos y en plural, y, no de acto (en singular).

El Diccionario de la Real Academia Española define “procedimiento” como “método, operaciones, etc., para realizar algunas cosas...”, y por consecuencia, de la recta inteligencia del texto legal es preciso concluir que el derecho de objeción de conciencia es aplicable, en todo caso, en que el objetivo intencional sea la provocación del aborto, con independencia de que este resultado se obtenga en un único acto médico con efecto inmediato o a través de varias intervenciones que se extiendan en el tiempo.

Es decir, comprende la exención de todas aquellas actuaciones que responden a la intencionalidad de abortar, ya sea que el resultado sea obtenido en una sola actuación clínica o bien a través de variados y diversos actos desarrollados a lo largo de un proceso y que constituyan condición necesaria para el logro del objetivo.

En suma, se anulará este inciso 1º del artículo 28 del Decreto en examen.

IX) Que, igualmente la parte actora, cuestiona lo dispuesto por el artículo 29 del decreto 375, en cuanto limita el elenco de sujetos que pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia y en cuanto a las acciones necesarias para la concreción del acto abortivo.

El agravio se limita a lo dispuesto en el inciso 1º del precitado artículo (fs. 10 vto de autos), el que dispone que. “...Sólo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo de acuerdo al inciso quinto del artículo tercero y el artículo seis, literales B y C, de la Ley N° 18.987...”.

Como se ha visto en el Considerando anterior, el artículo reconoce el derecho de objeción de conciencia no sólo a los médicos, sino, además, al “...personal de salud...”, por lo que le asiste razón a la parte actora que, en el supuesto legal, están comprendidos los clínicos, paraclínicos y personal administrativo, por lo que se trata de un nuevo apartamiento del reglamentador del claro texto legal.

Ahora bien, el Tribunal no puede acoger esta pretensión de los accionantes, en la medida que todos los actores comparecientes son médicos ginecólogos y, por consecuencia, carecen de legitimación activa para agravarse de tal limitación (artículo 309 de la Constitución).

En cambio, se recepcionará la pretensión de los impugnantes en cuanto este inciso 1º del artículo 29 del Decreto 375, reiterando lo expuesto en el artículo anterior, limita la objeción de conciencia al personal médico y técnico “...que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo...” (subrayado del Redactor), desde que, como señalan los accionantes, el texto legal no efectúa distinción alguna entre acciones directas e indirectas.

X) Que, en relación a la impugnación de los artículos 30, 31, 32 y 35 del Decreto en examen, el Tribunal desestimaré la demanda.

El artículo 30 excluye del derecho de objeción de conciencia “...al personal administrativo, operativo y demás personal que no tenga intervención directa en el acto médico respectivo.

No se podrá invocar objeción de conciencia en actos posteriores a la realización de la interrupción del embarazo....”.

Como se ha dicho en el Considerando anterior y en la interlocutoria N° 297/2014 del 14 de agosto de 2014, los actores (médicos ginecólogos),

carecen de legitimación activa para impugnar la norma en estudio, desde que la norma no les alcanza en su esfera personal.

El artículo 31 dispone que la objeción de conciencia se presentará en forma escrita ante las instituciones en que el objetor presta servicios, especificando el contenido de dicha declaración.

A su vez, el artículo 32 preceptúa que “.....Solo serán válidas las objeciones de conciencia que sigan los procedimientos establecidos en la presente reglamentación...”.

Las normas reglamentarias transcriptas no exorbitan el texto legal y, en realidad, a juicio del Tribunal, asiste razón a la Administración en cuanto a que se establece una forma de manifestar el derecho en cuestión que, por lo demás, constituye un elemento probatorio.

Al respecto expresa en su voto, la Sra. Ministra, Dra. Mariela Sassón: “... ..El hecho de que el objetor deba expresar su voluntad por escrito a la Dirección Técnica de cada institución en las que preste servicios, no se advierte que vulnere lo dispuesto en la ley que reglamenta.

Por el contrario, no solo se evidencia necesario que cada institución conozca la voluntad de sus profesionales médicos ginecólogos a fin de organizar sus cuadros, sino que mal puede afectar la situación de los médicos, hacer saber su objeción de conciencia, fundamentada en valores personales que sobradamente se pusieron de manifiesto en la demanda.

Hacerlo por escrito, bajo firma de quien plantea la objeción de conciencia, es la única forma o, por lo menos, la que aporta mayor certeza y fehaciencia, de la posición sustentada respecto a una situación tan sensible como la que se plantea.

Y mal puede agraviar esta exigencia desde que “el escrito” es la forma habitual que nuestro ordenamiento exige para numerosos actos en los cuales se asienta la voluntad de los sujetos.....”.

Finalmente, el artículo 35 del Decreto 375 dispone que: “....Quienes no hayan presentado objeción de conciencia o hayan desistido de la misma no podrán negarse a realizar los procedimientos a efectos de la interrupción del embarazo....”.

No se advierten razones por las cuales se reclama la nulidad de esta norma, ni se vislumbra que contradiga el texto legal, máxime cuando la solución edictada por el artículo 31 del Decreto, se considera ajustada a derecho.

XI) Que, el art. 15 de la Ley 18.987 encomienda al Poder Ejecutivo que, en el plazo de treinta días de su promulgación, reglamente la Ley.

Al respecto, enseña SAYAGUES que: “...El reglamento es un acto administrativo y por lo tanto se desenvuelve bajo las normas de jerarquía superior: constitución y ley. De ahí que toda violación de éstas o de los principios que las informan, invalida el reglamento y los jueces pueden declarar la ilicitud....” (Tratado...., tomo I, pág. 129 y ss.).

En sentencia N° 545/2014, del 23 de octubre de 2014, el Tribunal expresó que: “....El reglamento de ejecución de ley, como enseña CAJARVILLE: “...se dicta con el motivo de que existe una ley a ejecutar y con la finalidad de ejecutarla; para decirlo con las palabras de nuestra Constitución, con la finalidad de ejecutarla y hacerla ejecutar.” (CAJARVILLE, Juan Pablo: “Relaciones entre reglamento y Ley en el

Derecho uruguayo”, en Sobre Derecho Administrativo, Tomo I, FCU, 3ª Edición, 2012, pág. 471).

Sucede que esas condicionantes por las que se hará eventualmente operativa la autorización a la que refiere la Ley no supone, francamente, una norma de permiso asignada al Poder Ejecutivo para que agregue, prescriba y establezca, discrecionalmente, limitaciones al ejercicio de un derecho constitucionalmente tutelado.

De lo contrario, por vía reglamentaria el Poder Administrador se arrojaría facultades irrestrictas y limitativas de derechos fundamentales en franco desconocimiento del alcance de la atribución del legislador y, en definitiva, de los expresos límites sobre los que aquél contorneó el ámbito de acción del Poder Ejecutivo.....”.

Como se ha expresado en los Considerandos precedentes, los artículos 7, inciso 2º; 8, incisos 1º, 2º y 3º; último inciso del artículo 12, 16, el inciso 2º del literal b) del artículo 13, 16, y los incisos 1º de los artículos 28 y 29 del Decreto 375/012 exorbitan el marco legal que reglamentan y por lo tanto el Tribunal dispondrá la anulación de los mismos.

La decisión anulatoria se dictará con efectos generales y absolutos, conforme a lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 311 de la Constitución e inciso 3º del artículo 28 del Decreto-Ley 15.524.

Como se ha dicho en sentencia N° 545/2014: “.....dado el alcance general del impugnado, y en función de la desigualdad que la anulación con efecto interpartes podría provocar entre los sujetos alcanzados, el Tribunal ejercitará la facultad conferida en el artículo 311, inciso 2º, de la Constitución de la República, amplificando el alcance del pronunciamiento anulatorio, por fuera de los límites connaturales de la cosa juzgada.

La sentencia anulatoria con efectos generales y absolutos cumple “...una finalidad purgativa del ordenamiento de la que puede decirse que es primariamente relevante en interés de la Ley antes que el interés particular de los recurrentes”, objetivo que prima sobre evidentes razones de economía procesal al evitar el planteamiento de multitud de litigios, al tiempo que facilita la unidad de calificación de la ilegalidad declarada (GARCÍA DE ENTERRÍA: Ob. cit., t. I cit., págs. 244-245).” (Cfm.: sentencias Nos. 1016/1998; 619/2013, 696/2013, 59/2014, 642/2014, entre otras).

Por los fundamentos expuestos, el Tribunal,

FALLA:

Haciendo lugar parcialmente a la demanda y, en su mérito, anulando, con efectos generales y absolutos, las siguientes normas del Decreto 375/012, del 22 de noviembre de 2012: a) inciso segundo del artículo séptimo; b) incisos primero, segundo y tercero del artículo octavo; c) último inciso del artículo decimosegundo; d) el inciso segundo del literal b) del artículo decimotercero; e) artículo decimosexto; f) el inciso primero del artículo vigesimooctavo; y, g) el inciso primero del artículo vigesimonoveno.

Desestimando la demanda respecto de los artículos 30, 31, 32 y 35 del precitado Decreto.

Sin especial condenación.

A los efectos fiscales, fijanse los honorarios del abogado de la parte actora, en la suma de \$ 22.000 (pesos uruguayos veintidós mil).

Oportunamente, devuélvase los antecedentes administrativos agregados; y archívese.

Dra. Sassón, Dr. Harriague, Dr. Gómez Tedeschi (r.), Dr. Tobía, Dr. Echeveste.

Dr. Marquisio (Sec. Letrado).

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, **22 ABR. 2016**

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934, la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012, el Decreto N° 375/012, de 22 de noviembre de 2012, la Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo N° 586/2015 de 11 de agosto de 2015 y el Decreto N° 101/016 del 5 abril de 2016;

RESULTANDO: que la Sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo N° 586/2015 de 11 de agosto de 2015, ha anulado parcialmente ciertos artículos del Decreto reglamentario de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, en concreto, el Inciso segundo del Artículo séptimo; los incisos primero, segundo y tercero del Artículo octavo; el último inciso del Artículo décimo segundo; el Inciso segundo del Literal b) del Artículo décimo tercero; el Artículo décimo sexto, el Inciso primero del Artículo vigésimo octavo y el Inciso primero del Artículo vigésimo noveno;

CONSIDERANDO: I) que como consecuencia del dictado de la referida Sentencia anulatoria, se considera necesario reglamentar algunos aspectos de la norma legal que por efecto de su anulación en el Decreto reglamentario, quedan sin regulación, conciliando los mandatos del fallo con el mandato imperativo de la Ley;

II) que a tales efectos, se hicieron consultas en el ámbito de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funciona en este Ministerio;

III) que la referida reglamentación tiene por objeto complementar la normativa reglamentaria vigente, de forma de diseñar un

marco normativo que recoja en forma integral los diferentes aspectos del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, lo que permitirá garantizar a las usuarias que el procedimiento sea realizado dentro de los plazos legales y respetando los principios rectores de la Ley N° 18.987, a efectos de afianzar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población;

IV) que en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012 y en el Artículo 41 del Decreto N° 375/012, de 22 de noviembre de 2012, se hace necesario actualizar el “Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo”, a efectos de guiar la actuación del personal de salud e instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, intervinientes en este proceso;

V) que en orden a las competencias y poderes jurídicos atribuidos al Ministerio de Salud Pública por la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934, Artículo 15 de la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012 y lo dispuesto por el Artículo 1° del Decreto N° 101/016 de 05 de Abril de 2016, corresponde que el citado Ministerio dicte las disposiciones que permitan aplicar correctamente la Ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo, en base a las consideraciones precedentes;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo previsto en la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012, Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934, el Decreto N° 375/012, de 22 de noviembre de 2012, la Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo N° 586/2015 de 11 de agosto de 2015 y el Decreto N° 101/016 de 5 abril de 2016;

Ministerio de Salud Pública

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

RESUELVE:

- 1°) Apruébase la presente modificación del procedimiento regulado por la Ley N° 18.987, de 22 de noviembre de 2012, en los términos que se expresan a continuación.
- 2°) Los miembros del equipo interdisciplinario deberán entrevistarse con la usuaria en forma conjunta. Los mecanismos a los que podrán recurrir los prestadores de salud para efectuar las reuniones conjuntas de los integrantes del equipo interdisciplinario serán establecidos en la actualización del “Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo” de esta Secretaría de Estado. Los referidos mecanismos deberán contemplar la necesidad de generar un ámbito de contención adecuado para la usuaria y garantizar su privacidad.
- 3°) A partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, comienza a correr el plazo mínimo de cinco días corridos para que la solicitante manifieste que mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo ante el servicio correspondiente.
Deberá asentarse en la Historia Clínica la fecha en la que la usuaria tuvo la entrevista con el equipo interdisciplinario, así como dejar constancia que se ha cumplido con el procedimiento previsto en el Artículo 3 de la Ley N° 18.987.
- 4°) El personal de salud se encuentra imposibilitado de imponer sus convicciones filosóficas o personales por lo que debe abstenerse de emitir todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la

solicitante, así como de revisar el motivo de su decisión, garantizando así el cumplimiento del principio de autonomía de la voluntad de la mujer.

- 5°) A efectos de cumplir con lo dispuesto en el Literal B), del Artículo 4 de la Ley N° 18.987, el equipo interdisciplinario debe consultarle a la mujer si desea que el progenitor sea entrevistado y, en caso de que otorgue su consentimiento, registrarlo en la historia clínica, recabando su firma. El equipo está obligado a no inducir o influenciar a la mujer para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor.
- 6°) El ejercicio de la objeción de conciencia es individual, debe ser específico y referido a acciones concretas, vinculadas al procedimiento previsto en el Artículo 3 de la Ley N° 18.987. La objeción de conciencia deberá ser manifestada en forma previa y por escrito a la Dirección Técnica de la o las Instituciones donde el objetor presta servicios.
- 7°) El personal médico podrá objetar de conciencia en los procedimientos previstos en los incisos uno a cinco del Artículo 3 de la Ley N° 18.987, así como en las hipótesis reguladas por los literales B) y C) del artículo 6.
- 8°) A los efectos de lo establecido en el Artículo 6, Literal A de la Ley N° 18.987, se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada, toda circunstancia que, a criterio del médico o de los médicos actuantes, implique un grave riesgo para la salud o vida de la mujer.

Ministerio de Salud Pública

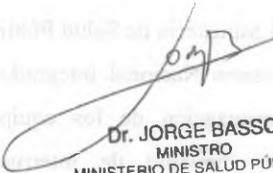
- 9°) Las Instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen la obligación de contar, todos los días del año, con recursos y capacidad suficiente para realizar, dentro del plazo legal, el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo. Si los prestadores no tienen personal suficiente para cubrir dicho servicio podrán recurrir a otros mecanismos, a modo de ejemplo la complementación de servicios con otros prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, para cumplir con la normativa vigente.
- 10°) Los Directores Técnicos de las referidas instituciones deberán realizar controles periódicos del estricto cumplimiento del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, de los deberes de los profesionales intervinientes en el procedimiento y de la institución médica.
- 11°) El incumplimiento de los deberes dispuestos en la presente normativa será pasible de ser sancionado conforme a lo previsto en los Artículos 8, 9 y 26 de la Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934 y sus Decretos reglamentarios, sin perjuicio de las facultades sancionatorias de la Junta Nacional de Salud, según el Literal E) del Artículo 28 de la Ley N° 18.211, del 5 de diciembre de 2007 y el Decreto N° 81/012, de 13 de Marzo de 2012.
- 12°) El Ministerio de Salud Pública podrá requerir de las Instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, la información relativa a la organización de los equipos de trabajo que intervienen en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, para controlar la correcta ejecución del servicio y garantizar el cumplimiento de la normativa.

- 13°) Encomiéndase al Área Programática para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva y al Área Programática para la Atención de Salud de la Mujer, del Ministerio de Salud Pública, actualizar “el Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo”, sin perjuicio de las interconsultas que entiendan necesario.
- 14°) Comuníquese a los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, a la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, que funciona en el ámbito de este Ministerio, al Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública, al Espacio Participativo de Usuarios de la Salud , a la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS), a los Consejos Consultivos de Usuarios de los Servicios de la Salud Pública y Privada en el Uruguay, a la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), a la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP), al Sindicato Médico del Uruguay (SMU), al Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ) y a la Federación Médica del Interior (FEMI). Publíquese en la página web.

Ord. Min. N° 243

Ref. N°

/jr/st.



Dr. JORGE BASSO
MINISTRO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



GUIA TECNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE

SEGUNDA EDICIÓN CORREGIDA.

URUGUAY 2016

Esta Guía surge de la actualización del Manual de procedimientos para manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como resultado de:

1. la Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) N° 586/2015 del 11 de agosto de 2015, del Decreto N° 101/016 del 5 de abril de 2016, la Ordenanza N° 243/2016, de 22 de abril de 2016 y la Ordenanza N° 247/2016, de 26 de abril de 2016.
2. las recomendaciones realizadas por los equipos de salud y la experiencia que resulta del proceso asistencial de las usuarias que solicitan y realizan una IVE

N

o debe ser interpretado como una norma que dicta una forma exclusiva de tratamiento. Podrán introducirse variaciones en la práctica basadas en las necesidades individuales de las pacientes o de acuerdo a los recursos y limitaciones institucionales.

El uso de las recomendaciones clínicas debe adaptarse a cada mujer, y se debe enfatizar su condición clínica y el método de interrupción específico que se utilizará. Se considerarán, de ser factible, las preferencias de cada mujer respecto de la atención.

Montevideo, 2016

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades

**Ministro de Salud Pública
Dr. Jorge Basso**

**Sub Secretaria
Dra. Cristina Lustemberg**

**Dirección General de la Salud
Dr. Jorge Quian**

**Sub Dirección General de la salud
Dra. Raquel Rosa**

**Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva
Dra. Ana Visconti**

**Área Programática Salud Integral de la Mujer
Dr. Rafael Aguirre**

Coordinación

**Dra. Ana Visconti
Dr. Rafael Aguirre**

Equipo de Trabajo

Psic. Silvia Avondet
Dra. María Luisa Banfi
Dra. María Barreto
O.P. Vanesa Berruti
O.P. Rocio Cabrera
Dr. Rodrigo Díaz
Dra. Sandra Doldan
Dra. Soledad Estefan
Ed. Soc. Andrea Fabbiani
Dra. Verónica Fiol
E.U. Florencia Forrasi
Dra. Mónica Gorgoroso
Dra. Cristina Grela
Dra. Yeni Hortonedá
O.P. Ana Labandera
Dra. Laura Monge
Psic. Ana Monza
Dr. Heber Lettier
Psic. Ivana Leus
Dra. Gabriela Piriz
Dra. María Fernanda Porteiro
Dra. Grazzia Rey
Dra. Leticia Rieppi
Dr. Christians Rodríguez
O.P. Sandra Roldan
O.P. Carmen Romero
Dr. Fernando Rovira
Dra. Carolina Senattore

Dr. Carlos Severo

Dra. Jahel Vidal

Dra. Beatriz Vidarte

Dr. Gonzalo Vidiella

O.P. Pilar Zunino

INDICE

1 – Definición	6
2 – Objetivos	6
General	7
Específicos	
3- Población Objetivo	7
4 – Usuarios	7
5 –procedimiento	7
6 – Métodos de interrupción voluntaria del embarazo	7
Recomendaciones: método de elección	
A – Método farmacológico	7
Dosis, vías e intervalos de administración	
Asesoramiento a la mujer	
Información adicional	
B – Método quirúrgico	11
Técnica	
Preparación cervical	
C – Otros cuidados a tener en cuenta	12
Antibióticos profilácticos	
Gamma globulina anti - D	
Analgésicos	
7 – Seguimiento después de la IVE	13
8. Daños potenciales de los fármacos	14
Efectos adversos	
Contraindicaciones	
Referencias	15

GUIA TECNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

1. DEFINICION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Es la terminación de la gestación facilitada por personal idóneo, que cuenta con la voluntad de la mujer, usando técnicas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones de atención integral del Sistema Nacional Integrado de Salud, en las siguientes situaciones establecidas por Ley 18987

- 1 – Dentro de las 12 semanas de edad gestacional, por voluntad de la mujer, siendo mayor de 18 años, ciudadana natural, legal o extranjera con residencia mayor de 1 año (situaciones particulares: menor de 18 años, y con acreditación judicial de incapacidad)
- 2 – Dentro de las 14 semanas, ante presentación de denuncia judicial de violación.
- 3 – A cualquier edad gestacional, cuando la continuación del embarazo constituye, a criterio médico, un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada.
- 4 – A cualquier edad gestacional, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por la Comisión Asesora del Ministerio de Salud Pública (MSP).

MÉTODOS PARA IVE:

- **MÉTODOS MÉDICOS:** Utilización de productos farmacológicos para finalizar un embarazo ("aborto no quirúrgico").
- **MÉTODOS QUIRÚRGICOS:** Utilización de procedimientos trans-cervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío (AMEU), el legrado aspirativo en block quirúrgico y la dilatación y curetaje (DyC – legrado evacuador)

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbilidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo en las condiciones estipuladas por la Ley 18987.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Habilitar la toma de decisiones relacionadas con la atención de la IVE con los menores riesgos posibles y basadas en la mejor evidencia clínica disponible.
- Sistematizar el manejo de la IVE cumpliendo con lo establecido en la ley 18987, los decretos reglamentarios, ordenanzas y la sentencia del TCA N° 586/2015.
- Reducir la incidencia de complicaciones, disminuyendo la morbilidad de las mujeres y los riesgos y daños generados por IVE.
- Presentar evidencia sobre la efectividad, beneficios, y riesgos de los diferentes métodos disponibles para la atención de IVE.

3. POBLACION OBJETIVO

Mujeres que manifiestan la decisión de interrumpir voluntariamente su embarazo (IVE) en las condiciones establecidas por la ley 18987

4. USUARIOS DE LA GUIA

Equipos de salud vinculados a la atención de las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo, con énfasis en la **atención ginecobstétrica**.

5. PROCEDIMIENTO

Los detalles del procedimiento a nivel de los servicios se describen en el "Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de IVE".

Cabe reiterar la importancia de la adecuada explicación a la mujer sobre el procedimiento de elección, su consentimiento informado debidamente recabado, y el seguimiento institucional en caso que no concurra al control post IVE.

6. METODOS PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

RECOMENDACIONES:

Método de elección. En las mujeres previamente informadas que requieran una IVE, el régimen farmacológico deberá ser considerado como la alternativa de elección a ofrecer, sobre el régimen quirúrgico.¹ Se debe explicar a la mujer las ventajas del régimen farmacológico en base a la evidencia científica, la experiencia a nivel nacional y las condiciones sanitarias actuales.

A. Régimen farmacológico.

A.1 Mifepristona seguida de Misoprostol.

El régimen recomendado para la interrupción farmacológica es el de Mifepristona seguida de Misoprostolⁱⁱ. Este régimen se asocia a una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios, mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos si se lo compara con el régimen que usa Misoprostol solo.

Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para las interrupciones del primer trimestre. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98 %^{iii,iv}.

Dosis, vías* e intervalos de administración.

Mifepristona 200 mg v/o seguido de Misoprostol 800 microgramos por vía subyugal o intravaginal.

La Mifepristona será administrada siempre por vía oral (el comprimido se traga). La dosis recomendada es de 200 mg. (1 comprimido). Presenta una buena tolerancia a la administración.

La dosis recomendada de Misoprostol es de 800 microgramos (4 comprimidos) y la vía de administración puede ser subyugal o vaginal. Las dos vías ofrecen buenos **resultados** de seguridad y efectividad. Los efectos secundarios son algo menores en la vía vaginal, pero la vía subyugal es de más fácil aplicación y brinda mayor **aceptabilidad** e independencia para la mujer. Se puede utilizar también por vía sublingual o vía oral, siendo esta última la vía menos recomendada por los efectos secundarios y su alto índice de fracaso cuando se utiliza esta vía a medida que avanza el embarazo^v. En caso de administración oral* la dosis de Misoprostol será de 400 microgramos.

Formas de administración de Misoprostol:

- Subyugal: los comprimidos se colocan entre las encías y las mejillas y el resto sin disolver después de 30 minutos se traga.
- Sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y el resto sin disolver después de 30 minutos se traga.
- Vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que permanezca en **posición horizontal** al menos durante 30 minutos.

Esquema de dosis según edad gestacional

Para embarazos hasta 9 semanas	El Misoprostol será administrado 1 a 2
--------------------------------	--

	días (24-48 hs) después de la Mifepristona, nunca antes de las 24 hs.
Para embarazos mayores de 9 semanas	<p>Si el embarazo es mayor de 9 semanas se recomienda, de ser posible, que la administración del Misoprostol NO se haga antes de las 36 hs después de la Mifepristona (tiempo recomendado entre 36hs y 48 hs)</p> <p>En caso de gestaciones de 10 o más semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se recomienda repetir las dosis de misoprostol: 800 microgramos (4 comprimidos) cada 3-4 hrs en 1 a 2 administraciones adicionales. En caso de falta de respuesta al tratamiento (luego de 24 hrs. de la última toma) se recomienda la re consulta para evaluar dosis adicionales. • Puede ser necesaria la administración del misoprostol antes de las 36 hrs para lograr la respuesta clínica dentro de los plazos legales (12 sem + 6 días)

Casos refractarios a la evacuación:

- Si pasadas las 48 horas de la administración del Misoprostol, no se lograra la expulsión, se repetirá el misoprostol en dosis de 400 microgramos (2 comprimidos) por vía vaginal o subyugal, cada tres horas hasta que se logre la expulsión.
- En caso de comprobarse la vitalidad del embrión se puede repetir las dosis de mifepristona.

A.2 Uso exclusivo de Misoprostol (si no se cuenta con Mifepristona)

No es el método recomendado. Se plantea en caso de no contar con Mifepristona por razones de fuerza mayor. En ese caso el método recomendado es el uso de Misoprostol solo.

En base a la experiencia de los Equipos de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSYSR) en el asesoramiento para reducir el aborto en condiciones de riesgo se recomienda la misma pauta de uso :

- 800 microgramos de Misoprostol por vía vaginal, sublingual o yugal, repitiendo la dosis, a las 3-4 hrs (800 microgramos de Misoprostol).

En casos refractarios a expulsión:

- si pasadas las 48 horas de la administración del Misoprostol, no se lograra la expulsión, se repetirá el misoprostol 800 microgramos cada 3-4 hrs hasta obtener la respuesta clínica.

Asesoramiento a la mujer

Es muy importante el asesoramiento a la mujer acerca de la toma de los medicamentos, sus efectos, su vía y dosis de administración.

La administración de mifepristona con misoprostol, o misoprostol sólo, en gestaciones menores a las 6-7 semanas se puede asociar a una mayor tasa de fracaso, requiriendo dosis adicionales. Se debe evaluar con la mujer el momento oportuno del uso en base al caso y a la potencial eficacia del mismo.

En tanto no se le administra la mifepristona en consultorio, debe quedar claro cuál es el plazo máximo para cumplir con los requisitos legales (dentro de las 12 semanas en la situación general, dentro de las 14 semanas en caso de violación).

Deberá aclararse que debe esperar sangrado y la expulsión, así como explicarle cómo reconocer los signos y síntomas para consulta inmediata y a quién recurrir en caso de que eso suceda. Es conveniente recomendarle que mientras dure el proceso, se encuentre acompañada por alguien de su confianza.

Mientras las mujeres esperan que se complete la interrupción farmacológica, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarles apoyo.

Los servicios deben informar donde consultar ante sintomatología y dudas.

Es muy importante aconsejar y dar fecha para realizar la consulta post IVE de forma de asegurarse el éxito del proceso, el asesoramiento anticonceptivo y los controles en salud posteriores.

Información Adicional.

- El régimen Mifepristona-Misoprostol (200 mgs de Mifepristona oral y 800 microgramos de Misoprostol vaginal) es preferible a los regímenes que usan Misoprostol solo.
- En comparación con la administración vaginal, el Misoprostol sublingual parece estar asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales, y la administración subyugal parece estar asociada con índices más altos de diarrea. Sin embargo, la vía subyugal suele ser más aceptada por la usuaria por la facilidad de administración y no requerir reposo.

- Luego de haber sido asesorada, la mujer puede utilizar la medicación en su domicilio en forma segura y efectiva.
- De **presentar factores de riesgo que se asocien a complicaciones**, el ginecobstetra valorará la necesidad de ingresar a la paciente a un servicio de salud. Se citan como ejemplo: necesidad de acompañamiento, labilidad emocional extrema, domicilio con poca accesibilidad a servicios de salud, úteros multicicatrizales, patologías médicas, embarazos de 12 semanas o más, etc.
- El riesgo de rotura uterina con los diferentes regímenes farmacológicos utilizados en IVE es inferior a 1 / 1000 casos. El antecedente de cesárea anterior (una o más) si bien no contraindica el uso de prostaglandinas, deberá ser tenido en cuenta por los profesionales quienes decidirán la conveniencia de institucionalizar a la paciente durante el procedimiento.
- Debido a la teratogenicidad de los fármacos mencionados, si el embarazo continuara a pesar de la administración de los mismos, las mujeres deberán ser informadas al respecto. El Misoprostol puede considerarse como un "mini-teratogénico" (definido como un agente que causa menos de 10 alteraciones por cada 1000 exposiciones). **Sin perjuicio de esos datos**, se debe prevenir a las mujeres sobre el riesgo real - aunque menor - de malformaciones congénitas cuando el embarazo llega al término después de la exposición in útero al Misoprostol. Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados e inconcluyentes; por lo tanto, **recibida la información**, será decisión de la mujer continuar con el embarazo
- El legrado evacuador complementario deberá estar disponible de inmediato frente a casos de hemorragia severa. Menos del 1% de las mujeres que se someten a un aborto médico lo necesitarán.

B. Régimen quirúrgico.

Técnica

El uso del régimen quirúrgico se justifica solo ante la imposibilidad del uso del método farmacológico. Si finalmente se necesita optar, por razones médicas, por la interrupción quirúrgica de primera elección, **la aspiración de vacío (AMEU) o la aspiración con sistema central son las técnicas recomendadas.**^{vi vii}

Este procedimiento no requiere, generalmente, completarse mediante legrado evacuador complementario.

En caso de no contar técnicamente con la opción de legrado aspirativo se optará por el método de legrado con dilatación y curetaje (DyC)

Preparación cervical

Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino. Cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino pueden emplearse por haber demostrado la misma eficacia ^{viii}:

- a) 400 µg de Misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal, 3 horas antes del procedimiento;
- b) 200 mg de Mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes);

La elección del método para preparar el cuello uterino que se empleará, dependerá de la disponibilidad local.

C. Otros cuidados a tener en cuenta

• Antibióticos profilácticos

Todas las mujeres en las que se realice un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deberán recibir profilaxis antibiótica ^{ix}.

La pauta recomendada es 500 mg de Metronidazol v/o 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del Misoprostol) + 200 mg de Doxiciclina i/v al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la Doxiciclina por 1 gr de Azitromicina v/o al ingreso.

No hay suficiente evidencia que avale el uso universal de antibióticos profilácticos para el aborto médico ^x, por lo que éstos serán indicados según criterio de ginecobstetra actuante y ajustado a cada situación clínica. En caso de usarlos, la pauta recomendada es: Azitromicina v/o 1 gramo (monodosis) más Metronidazol 1 gramo v/o (monodosis) al inicio del procedimiento.

• La gama globulina anti-D

En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se administrará inmunoprofilaxis con gama globulina anti-D antes del aborto médico ^{xi}. En los casos de interrupción quirúrgica la administración de gama globulina anti-D se hará siempre antes del alta institucional.

Dosis: 120 mcg gama globulina anti-D por vía intramuscular o intravenosa. Su administración debe registrarse en la historia clínica.

• Analgésicos

Se recomienda la prescripción de analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) tanto en la interrupción médica como quirúrgica para el tratamiento del dolor asociado a las contracciones uterinas, síntoma que genera la mayor insatisfacción en las usuarias. ^{xixiii}

Fármaco sugerido: Ibuprofeno en dosis de 400 mg desde el inicio del procedimiento a repetir cada 4 a 6 horas hasta el cese del dolor (dosis diaria máxima 2400 mg), con control clínico evolutivo.

El Paracetamol no es eficaz para aliviar el dolor posterior al procedimiento después de un aborto quirúrgico ni para reducir el dolor durante un aborto médico. Por lo tanto, no se recomienda el uso de paracetamol para reducir el

dolor durante el aborto.

NOTA: La necesidad de manejar el dolor aumenta con la edad gestacional.

7. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE IVE

Se debe informar apropiadamente a las mujeres acerca de los síntomas que sugieren la persistencia o continuación del embarazo y otras razones médicas, como fiebre o hemorragia intensa prolongada, por las cuales deben consultar de inmediato.

La OMS no recomienda realizar una visita de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico o de un aborto médico sin complicaciones, ante la falta de evidencia que muestre sus beneficios.^{xiv}

Sin embargo, en la presente GUIA **se propone adoptar las mismas medidas de seguimiento utilizadas por los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de las Instituciones médicas ya que con una vasta experiencia en el tema, han demostrado una forma de manejo clínico de máxima seguridad.**

Dichas medidas son las siguientes:

- Coordinar una visita de control post IVE a los 10 días de iniciado el procedimiento. En dicha visita se confirmará el status de aborto completo. Como principio rector será la clínica la que diagnostica el status del aborto como completo o incompleto (anamnesis y examen genital).
- Planificar la consulta y la ecografía de forma de corroborar la **culminación** del procedimiento antes de expirar los plazos legales, en caso de gestaciones de 12 semanas o más.
- Solicitar, en caso de duda, una ecografía ginecológica. La misma es eficaz para confirmar la pérdida de vitalidad de la gestación. Para evaluar la vacuidad uterina dicha ecografía deberá interpretarse en el contexto del examen físico y la evolución clínica ya que tiene muy baja especificidad para el diagnóstico de aborto completo.
- Indicar el inicio inmediato de medidas anticonceptivas (adecuadas al caso) luego de realizada la IVE. Se debe recomendar posponer el inicio de las relaciones sexuales coitales mientras persista la genitorragia.
- Informar que la IVE es un procedimiento que presenta riesgos, aun realizada en las mejores condiciones, por lo cual se debe evitar el embarazo no intencional poniendo a disposición de la mujer y su pareja la información y los recursos para la planificación familiar.

Interpretación de los hallazgos ecográficos para diagnosticar persistencia de restos ovulares:

- Si la ecografía solicitada a los 10 días de la IVE muestra una línea endometrial

hasta 12 mm se considerará que el aborto es completo.

- Si la línea endometrial tiene entre 12 y 20 mm, se recomienda seguimiento ecográfico a la semana.
- Si el endometrio es mayor de 20 mm el aborto es seguramente incompleto y debe indicarse una evacuación endouterina con AMEU^{xv} o con Misoprostol. El régimen recomendado con Misoprostol es una dosis única^{xvi} administrada por vía subyugal o sublingual^{xvii} (400 µg) u oral (600 µg).

La conducta expectante ante el aborto incompleto puede ser tan eficaz como el Misoprostol, pero el proceso lleva más tiempo^{xviii}. La decisión de tratamiento o conducta expectante ante la persistencia de restos ovulares debe estar basada en la condición clínica de la mujer y sus preferencias para el tratamiento.

Recordar que solo entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de Mifepristona y Misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar una hemorragia^{xix}

8. DAÑOS POTENCIALES DE LOS FARMACOS

Efectos adversos de la medicación usada:

- Sangrado y dolores cólicos uterinos; náuseas; vómitos; diarrea; escalofríos y chuchos, cefaleas, disnea, fatiga y problemas de termorregulación.
- Fracaso del tratamiento. Según una revisión sistemática^{xx}, los factores que más se asociaron a fracaso de la interrupción fueron los siguientes:
 - Intervalo entre la administración de Mifepristona y Misoprostol menor a 24 h.
 - Dosis bajas de Misoprostol 400 mcg o menores.
 - Misoprostol administrado por vía oral (comparado con las otras vías vaginal, yugal, o sublingual).

La proporción de persistencia del embarazo en el seguimiento — resultado que preocupa a los clínicos por la eventualidad de malformaciones fetales y de requerimiento de cirugía es del 1.1%.

- Complicaciones severas que requirieren hospitalización. (0.3%)
- Requerimiento de transfusión (0.1%)

Con el objetivo de registrar la eficacia y seguridad de los fármacos a utilizar para IVE, se realizará un sistema de fármaco-vigilancia activa. El mismo está basado en la recolección de datos, sistemática y detallada, de las sospechas de reacciones adversas vinculadas a los medicamentos utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo.

Las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) serán informadas por la paciente a su ginecólogo tratante quien contará con un formulario de notificación oficial específico para su registro. El mismo, está

disponible en formato papel o, puede accederse a él a través de la página web del MSP por el link:

http://www.msp.gub.uy/uc_3831_1.html.

Se incluyen dentro del concepto de Reacción Adversa a Medicamento (RAM) las fallas en la interrupción del embarazo (continuación del embarazo luego de completadas todas las dosis recomendadas).

Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas para el uso de fármacos son infrecuentes.

Las contraindicaciones para el uso de **Mifepristona** incluyen:

- Sospecha o confirmación de un embarazo ectópico o cualquier masa anexial no diagnosticada.
- Dispositivo intrauterino, (se debe retirar el DIU previo a la IVE).
- Terapia actual y prolongada con corticosteroides sistémicos.
- Insuficiencia suprarrenal crónica.
- Anemia severa.
- Coagulopatía conocida o terapia anticoagulante.
- Intolerancia o alergia a la Mifepristona.

La mayoría de los estudios también excluyen a mujeres con hepatopatías severas, enfermedades renales y respiratorias severas, hipertensión no controlada, enfermedad cardiovascular (angina, enfermedad valvular, arritmia, o falla cardíaca).

Las contraindicaciones para el uso de **Misoprostol**

- Convulsiones no controladas
- Alergia o intolerancia al Misoprostol o a otras prostaglandinas.

Precaución

Lactancia. La mujer que amamanta debe desechar la leche materna producida durante las primeras 6 horas después de la administración de Misoprostol.

Referencias

-
- i Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD003037. Review.
- ⁱⁱ Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD002855. Review.
- iii Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119-13
- iv Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145-151
- v Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva, World Health Organization, 2006.
- vii Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
- viii Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Feb 17;(2):CD007207. Review.
- ix Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;3:CD005217. Review.
- ^x Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183-190.
- ^{xi} Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
- ^{xii} Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD006712. Review.
- ^{xiii} Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Sep;74(3):275-80.
- ^{xiv} Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception.* 2011 Jun;83(6):504-10. Epub 2010 Oct 8. Review.
- ^{xv} Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD001993. Review.
- ^{xvi} Phupong V, Taneepanichskul S, Kriengsinyot R, Sriyirojana N, Blanchard K, Winikoff B. Comparative study between single dose 600 microg and repeated dose of oral misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Contraception.* 2004 Oct;70(4):307-11.

^{xxii} Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2009 Jun;79(6):456-62.

^{xxiii} Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan20; (1):CD007223. Review.

xix World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524-530.

^{xx} Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2012 Aug 13.

^{xxiii} WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of pregnancy: A randomized controlled equivalence trial. *The Lancet* 2007 369: 1938-46.

^{xxiv} von Hertzen, Helena, Gilda Piaggio, Nguyen Thi My Huong, Karine Arustamyan, Evelio Cabezas, Manuel Gomez, Archil Khomassuridze, Rashmi Shah, Suneeta Mittal, Rajasekharan Nair, Radnaabazar Erdenetungalag, To Minh Huong, Nguyen Duc Vy, Nguyen Thi Ngok Phuong, Hoang Thi Diem Tuyet, and Alexandre Peregoudov, for the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. 2007. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369: 1938-46.

^{xxv}. Faúnder A. Uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia. Publicación FLASOG Segunda edición Marzo 2007

Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso administrativo N° 586/2015 de 11 de agosto de 2015

Ordenanzas N° 243/2016 Y N° 247/2016

