Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México

Junio, 2021

ABORTO SEGURO

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | CNEGSR CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

OPS Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas

Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México

Junio, 2021

LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO EN MÉXICO
Secretaría de Salud
Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Se autoriza la reproducción total o parcial del texto siempre y cuando se cite la fuente y liga oficial de descarga.
Este documento no debe utilizarse con fines comerciales o electorales.

Hecho en México

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JORGE ALCOCER VARELA
SECRETARIO DE SALUD

DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN
DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

ELABORÓ

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

DIRECCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

MTRA. KARLA FLORES CELIS
DIRECTORA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

DRA. SUSANA PATRICIA COLLADO PEÑA
DRA. MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ BARREDA
MTRA. ADRIANA PÉREZ ARIAS
MTRA. MAY WEJEBE SHANAHAN
LIC. MARTHA ELENA LEAL CHÁVEZ
LIC. MONSERRAT HERNÁNDEZ RAMÍREZ
EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

DRA. GRACIELA BEATRIZ MUÑOZ GARCÍA
EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN GENERAL

AGRADECIMIENTOS

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA, SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
IPAS CAM
DRA. BIANCA FERNANDA VARGAS ESCAMILLA
ACT. YOLANDA VARELA CHÁVEZ
DRA. BETZAIDE CORTÉS MARURIS
DRA. RAFFAELA SCHIAVON ERMANI
DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA
DR. ARTURO SOTELO GUTIÉRREZ
MTRA. LOURDES ENRÍQUEZ ROSAS
LIC. OLIVIA ORTÍZ RAMÍREZ
LIC. LETICIA MARTÍNEZ OSORIO
LIC. ADRIANA GUADALUPE TORRES ESPARZA

Índice

Pág.

	Abreviaturas	
	Glosario	
1.	Introducción	1
2.	Objetivo	5
3.	Ejes Transversales	6
4.	Servicios de Aborto Seguro	9
5.	Marco de referencia	12
6.	Marco legal de la atención al aborto seguro en México	14
7.	Principios para la atención del Aborto Seguro	23
8.	Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud	30
9.	Momentos en la atención del Aborto Seguro	34
10.	Aborto seguro como servicio esencial, telemedicina y aborto autogestionado	69
11.	Registro de la información	71
12.	Rutas de Vinculación	72
13.	Anexos:	76
	Anexo 1. Causales legales de aborto en México	76
	Anexo 2. Manejo del dolor y paliativo	78
	Anexo 3. Técnica de Aspiración Manual Endouterina	79
	Anexo 4. Cuadro clínico y clasificación del choque hipovolémico ATLS	84
	Anexo 5. Escala obstétrica modificada qSOFA para la evaluación de la falla orgánica	85
	Anexo 6. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos	86
	Anexo 7. Procesamiento del instrumental	87
	Anexo 8. Flujograma para la atención de mujeres en situación de aborto. Parte I	88
	Parte II	89
14.	Referencias bibliográficas y documentos de consulta	90

Abreviaturas

AEEU	Aspiración eléctrica endouterina
AINE	Anti-inflamatorio no esteroideo
AMEU	Aspiración manual endouterina
APEO	Anticoncepción post evento obstétrico
ASRM	American Society of Reproductive Medicine
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
DDHH	Derechos Humanos
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FUM	Fecha de Última Menstruación
ILE	Interrupción legal del embarazo
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
MP	Ministerio Público
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PG	Perspectiva de Género
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SAS	Servicios de Aborto Seguro
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario

Aborto. De acuerdo con la OMS, es la terminación de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos.

Aborto seguro. La OMS define al aborto seguro cuando se atiende con los métodos recomendados por la propia Organización, por personal capacitado y que son apropiados para la edad gestacional[66,88]. Así, los servicios de aborto seguro incluyen el abordaje del aborto espontáneo (incompleto, diferido y sus complicaciones) e inducido (en embarazos viables y no viables) y comprenden el uso de tecnologías como medicamentos y aspiración endouterina, la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción postaborto[15].

Calidad en la atención clínica. Es el grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en salud y son consistentes con los conocimientos profesionales actualizados. Permite otorgar a toda persona atención clínica con oportunidad, seguridad y competencia, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo[81].

Calidez en la atención clínica. Es el trato cordial, atento y empático que se proporciona a toda persona usuaria del servicio de salud[81].

Consentimiento informado. Es un proceso clínico de comunicación continua entre el personal de salud y la usuaria de los servicios. Su objetivo es garantizar el acceso a la información de forma veraz, clara, suficiente y oportuna, para que una vez recibida toda la información, la usuaria esté en posibilidad de elegir todos los procedimientos que considere idóneos para su bienestar. Este proceso debe quedar documentado en el expediente clínico.

Derechos humanos. Representan mínimos vitales sustentados en la dignidad humana, cuyo respeto, protección y garantía es indispensable para el desarrollo integral de las personas. Se encuentran reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en tratados internacionales firmados y ratificados por México. Conforme a lo dispuesto por el artículo 1° de la Constitución Política todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Derechos reproductivos. Son los derechos humanos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia.

Derechos sexuales. Derechos humanos que protegen los niveles más altos de salud disponible en relación con una sexualidad libre de coerción, discriminación y violencia. Incluyen la educación sexual, el respeto a la integridad física, la elección de pareja, relaciones sexuales consensuales; la

protección a la orientación sexual y a la identidad de género y el derecho a una vida sexual satisfactoria y placentera.

Doble protección. Se refiere al uso de un método de barrera, como los condones, asociado a un método anticonceptivo regular con el objetivo de disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y de embarazo no deseado.

Edad gestacional. Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin el uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos[25].

Embarazo. Desde el punto de vista médico, se refiere a la parte del proceso de la reproducción humana que inicia con la implantación del blastocito, usualmente en el endometrio materno y termina con el nacimiento o su expulsión[25].

Interrupción Legal del Embarazo. Conocida como ILE, es aquella interrupción del embarazo que se realiza a simple demanda de la mujer en el periodo comprendido entre el momento de la implantación y las 12 semanas completas de gestación.

Interrupción Voluntaria del Embarazo. También conocida como IVE, es un derecho de las víctimas de violación sexual de acuerdo a la Ley General de Víctimas y la NOM-046-2005-SSA.

Métodos anticonceptivos. Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de una persona, en forma temporal o permanente.

Objeción de conciencia. Es una excepción al cumplimiento de un deber reconocido en la ley, motivada por convicciones morales, religiosas, etc. Para conocer los límites de la objeción de conciencia es importante revisar el marco jurídico aplicable, principalmente los establecidos en el artículo 10 Bis de la Ley General de Salud.

Oportunidad en la atención. Es la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud[25, 89].

Principio pro persona. Principio de derechos humanos reconocido en el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consiste en interpretar y priorizar la aplicación de la norma o disposición jurídica que proteja a la persona de la manera más amplia y garantice los derechos humanos, o bien, la que menos restrinja el goce de sus derechos.

Referencia y contra-referencia. Al procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios para facilitar el envío y recepción de usuarias, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir.

Salud reproductiva. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos o no y cuando se desee.

Salud sexual. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y

respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Servicios de Aborto Seguro. Aquellos que se implementarán como parte del Objetivo prioritario 5 del Componente de Aborto Seguro, del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. En el que se contempla la atención ambulatoria del aborto espontáneo e inducido en el primer trimestre, siempre que las condiciones generales de salud de las usuarias y sus preferencias así lo permitan, con tecnologías seguras (medicamentos y aspiración endouterina), equipos multidisciplinarios técnicamente competentes, manejo del dolor durante el procedimiento y anticoncepción postaborto.

Tratado Internacional. Es un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el Derecho Internacional, puede constar en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos, cualquiera que sea su denominación particular (Art. 2, 1er. Párrafo, Convención de Viena).

Usuaria. Persona con capacidad de gestar, incluyendo a mujeres, adolescentes, niñas y personas de la diversidad sexo-genérica, que acude a los servicios de salud.

Vinculación intersectorial. Tiene lugar cuando dentro del sistema de salud no se cuenta con la capacidad para atender ciertas necesidades de las usuarias que exceden el propósito de los servicios.

Vinculación intrainstitucional. Conjunto de esfuerzos de todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que otorgan atención médica oportuna, integral y de calidad.

1. Introducción

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) es el órgano rector a nivel nacional que propone las políticas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva. Tiene como atribución el establecimiento de las especificaciones técnicas de equipos e insumos, propuestas de capacitación y actualización del personal de salud en esta materia. Además, coordina, supervisa y evalúa la calidad de la prestación de los servicios de salud y define criterios para la evaluación operativa en las entidades federativas con el propósito de promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y lograr la equidad de género en materia de salud.

El Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva (PAE) 2020 – 2024, se basa en una perspectiva integral de este ámbito de la salud abarcando seis componentes esenciales: 1. Embarazo en Adolescentes; 2. Anticoncepción; 3. Salud Materna; 4. Salud Perinatal; 5. Aborto Seguro y 6. Violencia de Género y Sexual, a partir de los cuales se establecen los objetivos, estrategias y acciones puntuales de la política nacional en salud sexual y reproductiva.

A partir del 2020, a través del Objetivo prioritario 5 del Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva, el CNEGSR busca **garantizar el acceso a Servicios de Aborto Seguro (SAS) según el marco legal vigente.** Este Objetivo se encuentra alineado con el Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024[(1)] en las acciones puntuales del Objetivo 5[i] y con el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020 – 2024[(2)] en los Objetivos 3 y 4[ii].

La atención al Aborto Seguro es una prioridad de salud pública en la agenda internacional y nacional.

En el mundo, entre 8 y 12% de los embarazos considerados de riesgo habitual culminan en un aborto espontáneo[(3)]. La evidencia epidemiológica muestra que los abortos inseguros generan morbilidad materna extremadamente grave, complicaciones, eventos adversos y muertes evitables con un alto costo para las personas, sus familias y los sistemas de salud, y que las consecuencias no mortales de un aborto complicado afectan seriamente la salud y la calidad de vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluidas niñas y adolescentes[(4,5)].

[i] Objetivo 5 del PROSESA 2020-2024. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.
[ii] Objetivo 3 del PROIGUALDAD 2020-2024. Mejorar las condiciones para que las mujeres, niñas y adolescentes accedan al bienestar y la salud sin discriminación desde una perspectiva de derechos. Objetivo 4 del PROIGUALDAD 2020-2024. Combatir los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes, preservando su dignidad e integridad.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS 2021[6], la atención integral del aborto seguro es un servicio esencial que puede llevarse a cabo de manera ambulatoria en el primer trimestre, previa valoración clínica.

En este sentido, la evidencia es contundente: posponer la atención del aborto incrementa la morbilidad y mortalidad materna y en el contexto de crisis sanitarias y humanitarias no hay justificación para exponer innecesariamente a las mujeres y personas con capacidad de gestar a riesgos adicionales [7].

El retraso en la provisión de servicios de aborto seguro conlleva el riesgo potencial de dañar la salud y el bienestar de las mujeres y personas con capacidad de gestar y de exponerlas a tratos inhumanos, crueles y degradantes[7]. La atención oportuna del aborto puede evitar alcanzar límites gestacionales mayores que incrementarían el riesgo de complicaciones[iii], así como el dispendio de recursos hospitalarios y quirúrgicos para su atención. Cuando las personas no cuentan con acceso a algún servicio que brinde orientación adecuada, podrían acudir con alguien que carezca de las habilidades necesarias y recurrir a métodos que no son efectivos y podrían dañar su salud a largo plazo o ser letales.

Se ha documentado que en aquellos países donde se restringe o castiga la práctica del aborto existen también más prácticas inseguras: interpretar restrictivamente las leyes y normas no disminuye la incidencia de abortos, pero sí contribuye a que ocurran en condiciones de inseguridad y esto representa un mayor impacto en la morbilidad materna extremadamente grave y la mortalidad materna[8,9].

De modo que, cuando el Estado impide u obstaculiza el acceso al aborto seguro, las mujeres, niñas y adolescentes son forzadas a continuar con un embarazo o a buscar servicios de aborto en condiciones inseguras y se vulnera su derecho a la salud al no tomar en cuenta el posible daño en la salud física, mental y social.

A pesar de ello, la seguridad del aborto no depende sólo del marco legal, sino también de la adecuada implementación de los servicios[10]. La tasa de atención oportuna del aborto seguro con una adecuada calidad de la atención y utilizando las prácticas basadas en la evidencia científica recomendadas por la OMS[6], guarda una relación inversa con la tasa de letalidad. La disponibilidad y acceso a servicios de aborto seguro constituyen un marcador de calidad de la

[iii] En los casos de interrupción del embarazo dentro del marco legal, la atención temprana reduce significativamente el riesgo de complicaciones. En los casos de aborto espontáneo en los que no puede predecirse la edad gestacional a la que se presentarán, la asistencia oportuna también evita las demoras en recibir los cuidados que estén indicados y las complicaciones potenciales.

atención al contemplar el abordaje de diversas condiciones clínicas que se presentan con frecuencia en los servicios de salud.

En México, el aborto representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna sin cambios sustanciales en las últimas décadas, a excepción de la Ciudad de México desde 2007[9]. Ejemplo de ello es que hasta la semana epidemiológica 18 del 2021[iv], el aborto ocupó el quinto lugar de las causas de morbilidad materna extremadamente grave[11]. Además, entre 1990 y 2016, de las 32,284 muertes maternas que se registraron, 2408 (7.5%) fueron por causas relacionadas con el aborto; 305 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años y 13 niñas de 10 a 14 años murieron por esta causa[12]. Las complicaciones y muertes por aborto se consideran evitables, porque no debieron suceder o pudieron ser prevenidas por la tecnología médica existente[13].

En nuestro país los abortos ya se atienden, pero la disponibilidad de los servicios y el uso de tecnologías médicas seguras no son homogéneos ni actualizados, pues los estándares internacionales recomiendan el tránsito hacia la atención ambulatoria del aborto -que disminuye los riesgos y los costos del procedimiento- y califican los procedimientos de legrado uterino instrumental, ampliamente utilizados en México, como obsoletos[14].

Además, las niñas, adolescentes y mujeres que podrían requerir un aborto tienen características diferentes y viven en contextos sociales, comunitarios, familiares e individuales muy diversos. En esa medida, las razones por las que las mujeres interrumpen un embarazo no son únicas y se asocian a motivos de salud o de calidad de vida, embarazos no deseados o no planeados, falla o falta de métodos anticonceptivos, falta de información integral en sexualidad basada en información científica, dificultades económicas, falta de apoyo social, violencia y/o coerción sexual[15,16], etc. Por ello, además de la pericia técnica para la atención del aborto, considerar criterios de calidad sobre la experiencia en el servicio y la información que se pone a disposición de las mujeres durante la consejería, es de suma importancia porque contribuye a asegurar que las personas dispongan de opciones para la toma de decisiones en el ejercicio de su autonomía reproductiva y del derecho a la salud.

[iv] Del 2 al 8 de mayo del 2021.

En vista del papel fundamental que juega el personal de salud y teniendo como base los estándares internacionales propuestos por la Organización Mundial de la Salud[14,17], desde el CNEGSR se diseñó en 2021 un Proyecto Prioritario para contribuir con la disponibilidad y acceso efectivo, universal y gratuito a los Servicios de Aborto Seguro (SAS) en las unidades de la Secretaría de Salud, según el marco legal vigente de cada entidad federativa. El Proyecto busca el establecimiento de una red nacional de estos servicios y que, en aquellos sitios en donde ya se brinda atención al aborto, ésta sea de la mayor calidad técnica y humana posible.

Esto implica que, para que todos los abortos que se atienden sean seguros, deberán ser oportunos y confiables, utilizar tecnologías disponibles para la atención ambulatoria (farmacológicas y quirúrgicas), llevarse a cabo por personal capacitado, realizarse en ambientes apropiados e incluir una consejería sobre los procedimientos disponibles y los métodos anticonceptivos, basada en información científica y respetuosa de los principios de equidad, no discriminación y libre de estigmas.

2. Objetivo

Este documento[v] establece los criterios básicos de atención en las unidades de salud de la Secretaría de Salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutiva e integral, basada en la mejor evidencia científica disponible y con perspectiva de género y de derechos humanos.

[v] Los Lineamientos técnicos que se emiten desde el CNEGSR son de observancia, seguimiento y monitoreo obligatorios para la Secretaría de Salud y de referencia para todo el Sector, incluyendo al social, privado y de formación de recursos humanos en salud.

3. Ejes Transversales

Las necesidades de atención del aborto tienen relación con aspectos biológicos, psicológicos, emocionales y sociales. Esas necesidades deben ser cubiertas en función de las características de las mujeres y personas con capacidad de gestar y sus familias. Además, la atención se vincula estrechamente con la competencia del equipo de salud, así como con la construcción social de la maternidad y otras nociones profundamente ancladas a diferencias asociadas al género, a la reproducción biológica y a la reproducción social de roles patriarcales. Por ello, para la atención del aborto seguro se deben tomar en consideración los siguientes ejes transversales[vi]:

Derechos humanos. La salud reproductiva, como parte del derecho a la salud, es *"un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos"*[18]. El derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho de adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Así como el acceso sin impedimentos a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva[19].

Los Estados tiene una serie de obligaciones, entre ellas, contar con un sistema de protección de salud que brinde a las personas iguales oportunidades para disfrutar el más alto nivel posible de salud, a través del acceso y aplicación de los beneficios del progreso científico y tecnológico que promuevan y garanticen el bienestar en salud sin discriminación.

El acceso a la atención del aborto en condiciones seguras es un derecho humano fundamental que forma parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, derechos reconocidos en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales y regionales de Derechos Humanos (DDHH) suscritos por el Estado mexicano; lo que implica la obligatoriedad de respetar, garantizar, proteger y promover su pleno ejercicio, entre ellos, la atención segura del aborto.

[vi] Se refieren a marcos conceptuales y de referencia de carácter interdisciplinario que atraviesan, vinculan y conectan las acciones y áreas de gestión. Son instrumentos para el abordaje de todos los temas y aportan una visión de conjunto para el objetivo prioritario Aborto Seguro en lo teórico, reflexivo y práctico.

Perspectiva de género. Se entiende como perspectiva de género a una visión crítica, explicativa, y analítica que aborda las relaciones entre los géneros, que permite enfocar y comprender las desigualdades entre mujeres y hombres construidas socialmente, así como a establecer acciones gubernamentales para disminuir las brechas de desigualdad entre éstos[20].

Uno de los objetivos principales de la perspectiva de género es combatir la falta de sensibilidad, de conocimiento y de reconocimiento de la violencia y la discriminación que se ejerce contra las mujeres por razones de género y/o que les afectan de manera desproporcionada, incluyendo las causas y consecuencias de dicha discriminación y violencia[21].

Interculturalidad. El enfoque intercultural visibiliza la constitución dinámica de diversos conjuntos socioculturales que desarrollan formas particulares de vivir, pensar y actuar y contribuye a promover la paridad de trato hacia los diferentes grupos sociales[vii]. Asimismo, reconoce el papel de las instituciones de salud en el establecimiento de normas y programas con pertinencia sociocultural que definen la respuesta de los servicios de atención.

La perspectiva intercultural, permite reconocer que la experiencia y los significados en torno al aborto no son homogéneos, sino que se encuentran permeados por creencias, prácticas culturales, religiosas, entre otras. Estos elementos deben ser considerados por las y los profesionales de la salud involucrados en los diferentes procesos de la prestación de servicios.

[vii] Este concepto no se refiere de manera restringida a los grupos socioculturales tradicionales generalmente asociados a un origen racial, étnico o indígena, sino a una pluralidad de grupos que emergen en la interacción humana y se relacionan en un contexto temporal y geográfico determinado. En este sentido, la interculturalidad va más allá de la referencia al carácter multicultural y/o pluricultural de un estado o territorio, ya que incluye a grupos en constante conformación, organización y reconfiguración identitaria.

Juventudes. Este abordaje considera que las niñas, niños y adolescentes gozan de una autonomía progresiva sustentada en la libertad individual y la capacidad de cada individuo de regular sus derechos y obligaciones y por ende disfrutar de ellos y ejercerlos. La autonomía progresiva está estrechamente relacionada con los derechos humanos y, para lograr el disfrute del más alto nivel posible de la salud sexual y reproductiva:

> Este enfoque supone el respeto a las decisiones informadas y libres, acorde a la madurez de cada persona en la adolescencia, etapa en que los padres, madres y/o tutores, las instituciones educativas, de salud, así como las comunitarias y sociales, fungen como orientadores y facilitadores de espacios democráticos de decisión y participación de las y los jóvenes para el pleno ejercicio de sus derechos[22].

4. Servicios de Aborto Seguro

La política pública de Aborto Seguro se ciñe a las directrices de manejo recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define el **aborto** como:

> la terminación de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pese menos de 500 gramos. Su atención incluye al aborto espontáneo (aborto incompleto, en evolución, diferido, inevitable, muerte fetal intrauterina y sus complicaciones) y al aborto inducido (en embarazos viables o no viables)[14,17]

La definición de la OMS señala que el **aborto seguro** es aquel que se atiende con los *métodos recomendados* por la propia Organización, *realizados por personal capacitado* y *apropiados a la edad gestacional*.

La seguridad de los procedimientos implica el empleo de tecnologías como el uso de medicamentos y aspiración endouterina, la competencia técnica del equipo multidisciplinario, el manejo del dolor y la anticoncepción postaborto[14,17]. La OMS señala a los servicios de aborto seguro como como esenciales, por lo que no pueden ni deben suspenderse, aún en contextos de crisis humanitaria o sanitaria, como es el caso de la actual pandemia por SARS-CoV-2[6].

En México, la *interrupción del embarazo es un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva* de acuerdo a las obligaciones de derechos humanos contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales que México ha firmado y ratificado. La atención de los *abortos inducidos*, se refiere a aquellos casos previstos por la ley de acuerdo con la normatividad aplicable en cada entidad federativa (ver Anexo 1), tales como:

La Interrupción *Voluntaria* del Embarazo cuando es producto de violación, aplicable en las 32 entidades federativas del país y reconocida como un derecho de las víctimas de violencia sexual.

En estos casos, la atención debe ser brindada de manera inmediata, sin condicionar su prestación al cumplimiento de requisitos previos, como la presentación de una denuncia ante la autoridad ministerial, conforme a la Ley General de Víctimas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, Criterios para la prevención y atención y a la Guía de Práctica Clínica "Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en violencia sexual"[viii].

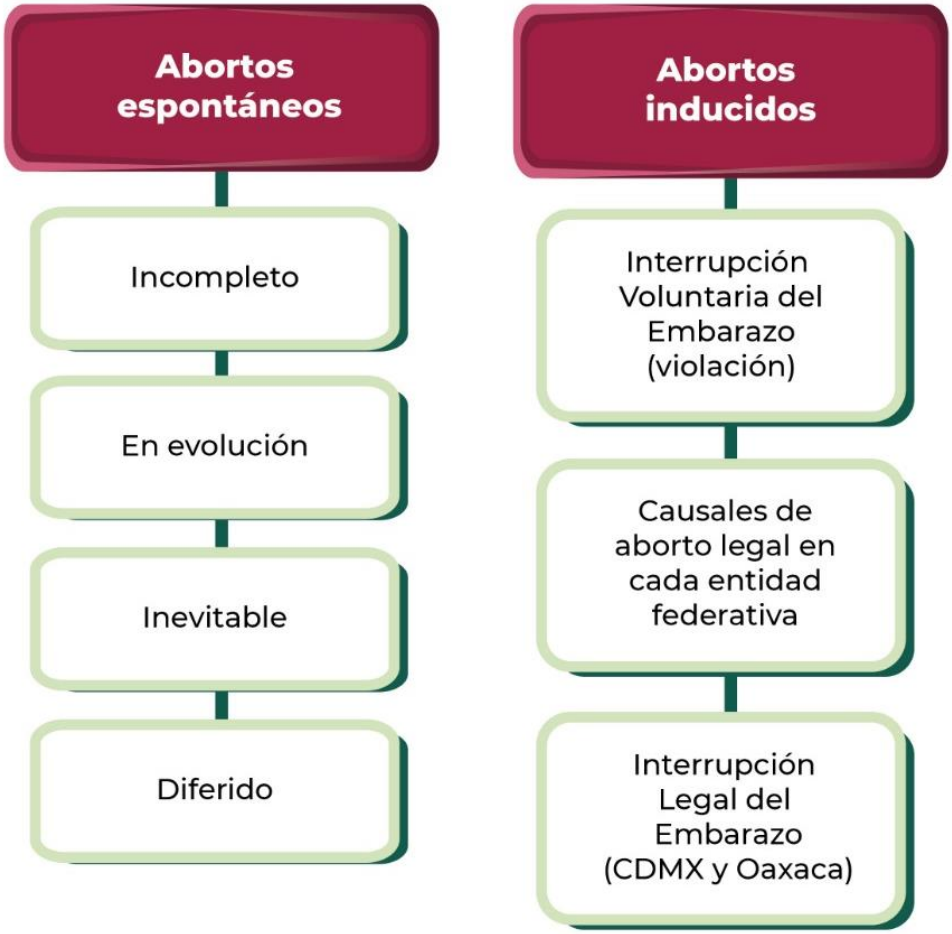
La interrupción del embarazo por riesgo grave a la salud o a la vida, por una inseminación artificial no consentida, por alteraciones congénitas o genéticas del producto que imposibiliten la vida, por causas económicas, o como consecuencia de un acto imprudencial[ix].

La Interrupción *Legal* del Embarazo (ILE) hasta las doce semanas completas de gestación en la Ciudad de México y Oaxaca[x].

[viii] En el caso de la Guía Práctica Clínica mencionada, la última actualización es de 2018.
[ix] Cfr. Códigos penales de las 32 entidades federativas de México y Código Penal Federal.
[x] Cfr. Código Penal para el Distrito Federal y Código Penal para el estado de Oaxaca (arts. 144 y 312, respectivamente).

Por lo tanto, el **Aborto Seguro** incluye el manejo de los abortos espontáneos e inducidos.

Figura 1. Aborto Seguro



Fuente: Elaborado con base en OMS, 2018 y Códigos penales estatales de México. CNEGSR; 2021.

Desde el CNEGSR se proponen estándares de calidad y de mejoramiento gradual de atención al aborto en las unidades de salud de la Secretaría de Salud además de criterios de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como de mobiliario e insumos en los establecimientos de atención a la salud en los que se proporcionarán los servicios específicos de aborto seguro[23].

Todo ello en apego al marco normativo nacional en materia de prestación de servicios de salud (ambulatorios y hospitalarios, en primer y segundo nivel de atención) y al marco normativo internacional en materia de prestación y continuidad de la atención de servicios esenciales en SSR.

5. Marco de referencia

Internacional

- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo)
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo
- Declaración de Nairobi sobre la CIPD 25

Nacional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Víctimas.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Programático y de Salud

- Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.
- Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024.
- Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescente.
- Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 3: Mayo, 2021.
- Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica.
- Lineamiento técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.
- Guía de Práctica Clínica Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral.
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia.
- Guía de Práctica Clínica Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención.
- Guía de Práctica Clínica Métodos anticonceptivos temporales: dispositivo intrauterino y condón, consideraciones de uso y aplicación.
- Guía de Práctica Clínica Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en la violencia sexual.

6. Marco legal de la atención al aborto seguro en México

Las causales de aborto legal están previstas en la legislación de cada entidad federativa. La provisión de servicios de aborto cuando el embarazo es resultado de violencia sexual es legal en todo el país y es regulada por la legislación federal en materia de derechos de las víctimas de violencia sexual.

Dado el amplio marco de legislaciones que las autoridades deben observar para la atención del aborto seguro, a continuación, se presentan conceptos que buscan facilitar un mejor entendimiento del marco legal que ampara y mandata al personal de salud para proporcionar este servicio y garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todo el territorio mexicano.

Principio pro persona. Este principio se refiere al criterio que se utiliza en la interpretación y aplicación de los derechos humanos y consiste en preferir y priorizar la norma o disposición jurídica que proteja a la persona de la manera más amplia, o bien, la que menos restrinja el goce de sus derechos.

El principio pro persona debe ser ejecutado por las autoridades en el ámbito de sus competencias, cuando elijan el instrumento legal aplicable a un determinado caso, sin importar su jerarquía, sea si se trata de la Constitución, de un Tratado Internacional, de una Ley, Norma Oficial, etc. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional o la legislación local, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales suscritos y ratificados por el Estado mexicano.

El principio pro persona fue integrado en nuestra legislación nacional a través de la Reforma Constitucional en materia de derechos humanos, publicada el 10 de junio de 2011 y quedó plasmado en el segundo párrafo del artículo 1° de la Constitución: “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.

Las autoridades mexicanas están obligadas a cumplir y guiarse por el principio pro persona cuando apliquen normas de derechos humanos, es decir, deben preferir el instrumento legal o la interpretación del mismo, más favorable a la persona sobre otras disposiciones jurídicas aplicables a un mismo caso.

El aborto es una intervención terapéutica indicada para preservar o restaurar la salud de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social, y en términos del principio pro persona, se configura como el cumplimiento y garantía efectiva de los derechos a estar libre de discriminación, a gozar de una vida digna, a la libertad y a estar libre de injerencias arbitrarias en la vida privada[23].

Estos derechos, interrelacionados con el derecho a la salud, implican que las mujeres y personas con capacidad para gestar accedan, sin distinciones arbitrarias, a los servicios de salud que sólo ellas necesitan[23].

El Estado mexicano está obligado, a través de sus autoridades competentes (en este caso la Secretaría de Salud mediante sus titulares en las 32 entidades federativas), a garantizar el acceso al aborto seguro, en la forma y términos que establezca la legislación vigente y aplicable, favoreciendo en todo momento a las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que soliciten dicho servicio, priorizando y eligiendo la norma o la interpretación que más les favorezca.

A manera enunciativa, las normas jurídicas aplicables al aborto seguro en México se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Marco jurídico aplicable a la prestación de servicios de aborto seguro en México

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículos 1° y 4°
Tratados o Acuerdos Internacionales referentes a derechos humanos: • Convención Americana sobre Derechos Humanos • Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará) • Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales • Convención sobre los Derechos del Niño • Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo) • Declaración y Plataforma de Acción de Beijing • Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible • Declaración de Nairobi sobre la CIPD25
Ley General de Salud. Artículos 1, 10 bis, 27 fracción IV y V, 37, 61, 67
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículo 18
Ley General de Víctimas. Artículos 29, 30, 35
Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Artículo 50
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IX Bis
NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Apartados 2, 6.4.2.7, 6.4.2.8 NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
Leyes de salud estatales
Código Penal Federal y Códigos penales estatales

Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. CNEGSR; 2021.

a. Legislación del aborto en materia de salud.

La **Ley General de Salud** (LGS) señala que, para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos los referentes a la salud sexual y reproductiva (incluída la atención al aborto seguro) y reconoce como áreas prioritarias a la atención materno-infantil y la planificación familiar[24].

Por otro lado, la **NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**, define al aborto como:

> *"la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable"*[25].

La Ley General de Víctimas establece que los servicios de emergencia médica comprenden los servicios de **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)** en los casos permitidos por ley y respetando la voluntad de las víctimas[26][xi]. El concepto de **IVE** se introduce en la Ley General de Víctimas en el año 2013 y es un derecho de las víctimas de delitos relacionados con violencia sexual.

> La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un derecho de las víctimas de violación sexual de acuerdo a la Ley General de Víctimas y la NOM-046-2005-SSA.

En la Norma Oficial Mexicana NOM 046-2005-SSA *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención,* se reconoce que las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deben brindar servicios de IVE.

El único requisito previo a la prestación del servicio señalado por la Norma es la solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad, en la que se manifieste que dicho embarazo es producto de violación. No es necesario presentar denuncia ante la autoridad y para menores de 12 años de edad, esta solicitud será realizada por su padre y/o su madre, o tutor. El personal de salud no está obligado a verificar el dicho de la solicitante, de acuerdo a lo establecido por la Ley General de Víctimas bajo el principio de buena fe[27][i].

[xi] Ley General de Víctimas, artículos 30 y 35.

Además del delito de violación, el derecho de las víctimas a la IVE también abarca la atención a niñas y adolescentes que han sido víctimas de otros delitos que atentan contra la libertad y autonomía sexual y que se encuentran tipificados en los códigos penales de las entidades federativas[xii]. En este sentido, la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad señala que el embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y que cuando se presenta en menores de 15 años, se debe descartar que este pueda ser producto de violencia y/o abuso sexual[(28)][xiii]. La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) enfatiza que el embarazo en adolescentes está asociado a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras[(29)].

En los términos previstos por la NOM-046-SSA-2005[(27)][xiv], las instituciones del sector público, social y privado deben dar aviso al Ministerio Público (MP) en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a violencia familiar o sexual y que pongan en peligro la vida. El motivo del aviso es la violencia sexual de la cual ha sido víctima la usuaria y no es sinónimo de denuncia, sino que es una medida para proteger su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Estos términos son de observancia obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud.

Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Este concepto es utilizado por primera vez en México para las reformas al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal del año 2007. En el Código Penal para el Distrito Federal y el Código Penal para el Estado de Oaxaca se entiende por delito de aborto a la interrupción del embarazo *después* de la décima segunda semana de gestación, *es decir que el delito se configura a partir de la semana trece*. Por lo que existe un periodo comprendido entre la implantación y las 12 semanas completas de gestación en el que la interrupción del embarazo es legal.

> **La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre el momento de la implantación y las 12 semanas completas de gestación, a simple solicitud de la mujer.**

La Ley de Salud del Distrito Federal establece que las instituciones públicas de salud del Gobierno deberán proceder a la interrupción del embarazo, en forma gratuita y en condiciones de calidad, en los supuestos permitidos en el Código Penal para el Distrito Federal, cuando la mujer interesada así lo solicite[(30)][xv]. Este mismo criterio le aplica al estado de Oaxaca, en donde al igual que acontece en la Ciudad de México, la ILE es un asunto de salud pública.

[xii] En este caso se tendrá que atender a lo dispuesto por el código penal de cada entidad federativa. Se enuncian de manera ejemplificativa los delitos de estupro, violación equiparada, incesto, pederastia, abuso sexual, entre otros.
[xiii] NOM-047-SSA2-2015 Apartados 6.8.9 y 6.8.10
[xiv] NOM 046 - SSA-2005. Apartado 6.5
[xv] Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 58

b. Legislación del aborto en materia penal.

En México hay treinta y tres códigos penales (32 corresponden a las entidades federativas y uno es federal) que tipifican el delito de aborto. Sólo dos de estos códigos, el Código Penal para el Distrito Federal y el Código Penal para el Estado de Oaxaca, consideran al delito de aborto como la interrupción del embarazo que sucede después de la décima segunda semana de gestación. Posterior a las doce semanas completas de gestación, estos dos códigos penales reconocen excluyentes de responsabilidad, desde las cuales las mujeres pueden interrumpir un embarazo legalmente. El delito de aborto únicamente se puede configurar cuando se trate de interrupciones del embarazo después de las doce semanas completas de gestación y que no procedan por alguna de las causales legales previstas en la legislación de cada estado. Para el resto de las entidades el tipo penal de aborto se asemeja a lo dispuesto por el Código Penal Federal, el cual establece que aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez[(31)][xvi]. Sin embargo, cada código penal reconoce causales desde las cuales el aborto es legal.

Causales de interrupción del embarazo previstas en la legislación penal.

Los códigos penales de las 32 entidades federativas y el Código Penal Federal, señalan causas desde las que no se configura el delito de aborto, o bien, cuando existiendo el delito éste no merece sanción. A estas circunstancias se les denomina excluyentes de responsabilidad y excusas absolutorias, respectivamente.[xvii] Es importante verificar la regulación del código penal de cada entidad federativa desde un enfoque de derechos humanos, con la finalidad de otorgar a la usuaria la protección más amplia en términos del principio pro persona.

En general, como se muestra en la Figura 2, en los códigos penales de las entidades federativas, se pueden identificar ocho supuestos por los cuales el delito de aborto no se configura o no se sanciona (en el Anexo 1 se agrupan las causales de aborto legal reconocidas por cada entidad federativa):

[xvi] Código Penal Federal, artículo 329

[xvii] Aunque la tipificación del aborto es diversa en los códigos penales de las entidades federativas, las causales en las que no se configura el delito de aborto se denominan *excluyentes de responsabilidad*. Por otro lado, hay códigos penales que establecen que las causales reconocidas no impiden que el delito se configure, sino que la pena no se aplica, éstas reciben el nombre de *excusas absolutorias*. En otras palabras, mientras que en las excluyentes de responsabilidad el delito de aborto no existió, cuando se trata de excusas absolutorias, el delito de aborto se configura, pero no se impone ninguna sanción.

Figura 2. Causales reconocidas para acceder a un aborto legal en México.

Fuente: Elaboración con base en Códigos penales estatales de México. CNEGSR; 2021.

Consideraciones en la atención a niñas y adolescentes.

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Las autoridades, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para[32][xviii]:

- Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva.
- Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos.
- Impulsar programas de prevención sobre las ITS incluyendo el VIH/SIDA.
- Asegurar la prestación de servicios de atención a la salud respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio.

El principio del *interés superior de la infancia* se refiere a un conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar a las y los menores un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que les permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible. Este bienestar abarca el aspecto físico, mental y social y comprende la salud sexual y reproductiva.

En el marco jurídico internacional[xix], se han emitido recomendaciones relacionadas con la atención de la salud sexual y reproductiva para este grupo etario, entre ellas:

- Ofrecer educación sobre salud sexual y reproductiva que tome en cuenta el contexto, problemáticas y etapas del desarrollo de este grupo[33].
- Abordar las cuestiones relativas a los embarazos no deseados, el aborto en condiciones inseguras y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA[34].
- Garantizar el acceso a la información esencial y adecuada para su salud y desarrollo[35].
- Participar activamente en la planificación y programación de las decisiones que afecten su salud, mediante un consentimiento informado y el derecho a la confidencialidad[35].
- Garantizar que puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de calidad apropiada y adaptados a los problemas de las y los adolescentes[35].
- Facilitar el acceso a los servicios, a la información y consejería sobre los derechos y servicios de salud sexual y reproductiva, sin verse obstaculizado por el requisito de consentimiento o la autorización de terceros[34]. Esto implica anteponer el interés superior de la infancia sobre los intereses o expectativas de terceras partes, incluidos padre, madre o representantes legales.

[xviii] Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Artículo 50.
[xix] Los mismos instrumentos internacionales que México ha firmado relacionados con la protección de derechos sexuales y reproductivos son aplicables para niñas y adolescentes.

Atención del aborto seguro en niñas y adolescentes.

De acuerdo con el marco legal vigente en México, es procedente brindar el servicio de aborto seguro a las niñas y adolescentes que así lo soliciten en términos del marco jurídico aplicable. Con respecto a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), habrá que atender lo dispuesto por la legislación local aplicable. Sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), las adolescentes mayores de 12 años pueden solicitar de manera autónoma la interrupción del embarazo, de acuerdo con lo dispuesto por la NOM-046-SSA2-2005 y la Ley General de Víctimas.

Es prioritario que el personal sanitario de las unidades de salud conozca el marco jurídico básico en materia de salud sexual y reproductiva, particularmente el relacionado con las características generales en las que se enmarca la atención al aborto en México. Este conocimiento permitirá que el personal de salud directamente involucrado en la provisión de los servicios tenga la certeza jurídica de que su actuación profesional está apegada a la normativa aplicable. Así mismo, permitirá que el resto del personal que no atiende de forma directa a usuarias en situación de aborto, cumpla con su obligación de proporcionar información y referencia a las usuarias. Todo el personal deberá de contar con la formación necesaria que facilite un trato digno y respetuoso para las usuarias y para el equipo de salud que atiende en los servicios de aborto seguro.

7. Principios para la atención del Aborto Seguro

En la medida en la que se impulsa una mirada integral de la atención para otorgar los SAS, es necesario considerar que se trata de una experiencia más amplia que el acto clínico en sí mismo, en la que se encuentran implicados diferentes ámbitos de la salud. Es indispensable brindar los servicios con calidad en un ambiente de confianza y seguridad que ofrezca a las usuarias un espacio de expresión sobre sus preocupaciones, dudas e inquietudes acerca del procedimiento y su salud en general[36].

Para ello, es importante que el personal de salud cuente con habilidades de escucha activa que implican una buena comunicación verbal y no verbal.

En todo momento, el personal deberá conducirse con una actitud y comportamiento empáticos que no juzgue, estigmatice o invalide las emociones que expresan las usuarias y mantener un constante reconocimiento de las diferencias que pueden existir entre las creencias, valores e ideologías respecto al aborto para actuar con apego a los DDHH. Se debe poner especial atención en las solicitudes de menores de edad y personas con discapacidad para determinar el tipo de acompañamiento e información que se otorgue.

A continuación, se exponen algunos elementos, no limitativos, que resultan indispensables en el proceso de atención, dirigidos a garantizar la aplicación del principio pro persona que ha sido delineado previamente en este documento:

Oportunidad en la atención. De acuerdo al marco legal vigente, las usuarias podrán solicitar la interrupción de su embarazo, o bien, la atención por cualquier variante clínica de aborto espontáneo en los servicios específicos de aborto seguro (cuando se trate del primer trimestre de gestación), así como en el resto de las unidades de atención médica que brinden atención obstétrica. Si la unidad de atención no contara con capacidad resolutiva, o cuando las usuarias no sean candidatas a la atención ambulatoria y ameriten manejo en un entorno hospitalario, el sitio al que acudan por primera vez deberá realizar, sin dilación, la referencia efectiva (previa estabilización y traslado si así se requiere) a la unidad que sí cuente con servicio de aborto seguro (o con la especialidad de ginecología y obstetricia). En esa unidad, **deberá brindarse la atención resolutiva tan pronto como sea posible,** e idóneamente garantizando el enlace y aceptación de la unidad receptora.

Confidencialidad y privacidad.

Las unidades de atención médica donde se brinden los servicios de aborto seguro, deberán garantizar espacios que cuenten con condiciones de privacidad para el intercambio de información como parte de la consejería, la realización del procedimiento y recuperación.

La usuaria podrá estar acompañada por la persona de su elección si así lo desea (bajo las medidas de prevención y mitigación para SARS-CoV-2)[37], o si es el caso, respetar su decisión de no estar acompañada salvo por el personal de salud, particularmente en población adolescente[28,38], en cualquier situación se debe garantizar la privacidad de la usuaria.

Los proveedores tienen el deber de proteger la información de las usuarias y de no divulgar datos sensibles e información sin autorización, toda vez que dicha información se da en el marco del secreto profesional. Debe asegurarse que, si dicha información requiere compartirse, se haga previo consentimiento de la usuaria, asegurándose que se otorgó el permiso sobre una comunicación clara[xx].

Seguridad. Siempre se debe anteponer la seguridad de la usuaria por sobre cualquier otro aspecto. La provisión del cuidado del aborto sin riesgos requiere de instalaciones adecuadas y proveedores capacitados.

Los servicios deben contar con el espacio adecuado, los insumos y el equipamiento requerido, y con profesionales que cuenten con las competencias técnicas e interpersonales necesarias.

[xx]La confidencialidad de la información y datos sensibles debe ser garantizada conforme a la ley federal y local sobre la protección de datos personales y los mecanismos establecidos en las unidades de salud. En lo que corresponde a las acciones de secreto profesional del personal de salud se aborda de forma explícita en el apartado sobre *El deber de confidencialidad y la responsabilidad profesional*.

Buen trato.

Las actitudes, creencias y valores de quienes prestan servicios de salud pueden afectar la experiencia del aborto de forma negativa de acuerdo con la evidencia que se ha producido en la región sobre maltrato durante el parto y el aborto[39]. Para prevenir conductas estigmatizantes hacia las usuarias que solicitan los servicios, el personal de salud debe tener en cuenta que garantizar el derecho de las mujeres a la salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, es un imperativo ético y desde esa lógica, **es fundamental brindar la atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia**[40,38]. Por lo tanto, debe apegarse a las siguientes premisas:

- Otorgar una atención centrada en las necesidades de las usuarias.
- Evitar emitir juicios de valor e intentar cambiar, sugerir o imponer el punto de vista propio.
- Otorgar atención de manera digna, respetuosa y sin discriminación en razón de la edad, etnia, estado civil, orientación sexual o identidad de género.
- Tener contacto visual al momento de comunicar la información y brindar la consejería.
- Proporcionar a las usuarias un ambiente de confianza, tranquilidad y seguridad que les permita expresar sus sentimientos con mayor facilidad.
- Brindar un trato empático, validando las emociones de la usuaria y respetando los principios bioéticos del consentimiento informado y de la información que se otorgó en la consejería.
- Mantenerse atentas/os a la usuaria para identificar y resolver dudas de forma clara y precisa corroborando que ha comprendido lo que se le ha comunicado.
- Utilizar un lenguaje accesible y fácil de entender, explicando la terminología médica y/o legal cuando sea necesario.

Trato libre de estigma. Si bien el acceso a servicios de atención al aborto seguro está reconocido como un derecho humano que forma parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo, niñas y adolescentes, el acceso a los servicios se encuentra limitado por una serie de barreras legales, económicas, sociales, institucionales y culturales, entre las que destaca el estigma.

En el ámbito de la salud, el estigma se considera una fuente importante de estrés que influye directamente en el acceso a los servicios de salud, e impacta directamente en el bienestar y calidad de vida de las personas[41]. En la esfera de la salud sexual y reproductiva, el estigma tiene un efecto innegable sobre la toma de decisiones de mujeres y personas con capacidad de gestar y en el quehacer profesional del personal de salud que brinda estos servicios[42].

Independientemente de las condiciones y los motivos por los que las usuarias soliciten el servicio, todo el personal de salud y en específico el que brinda atención de aborto seguro debe conducirse de forma respetuosa, empática y otorgar una atención centrada en la persona basada en los principios de equidad, justicia, confidencialidad, buen trato, no discriminación, libre de estigmas, con pertinencia cultural, perspectiva de género, apegada a la evidencia científica disponible y el marco jurídico vigente.

En este sentido, y con el propósito de evitar infligir sufrimiento psíquico y moral, se recomienda que el personal sanitario identifique oportunamente las palabras o términos bajo los que la usuaria desea referirse a su embarazo y al proceso de aborto tanto para aquellos casos en los que el embarazo deseado no tiene el final esperado, como para los casos en los que se desea la interrupción de la gestación (por ejemplo, evitar el uso de términos como bebé, hijo/a; evitar preguntar a la persona si desea ver las imágenes o escuchar los latidos cuando sea necesario realizarle estudio de ultrasonido).

Es importante considerar que la atención de niñas y adolescentes requiere erradicar los estigmas relacionados con la edad y favorecer en todo momento la protección en la toma de decisiones libres, consentidas e informadas.

a. Estigma hacia las mujeres que abortan.

La evidencia científica ha demostrado que el **estigma** ocasiona que las mujeres retrasen la atención médica ante signos de infección o sangrado [45] y es uno de los factores con mayor impacto sobre su salud mental[46].

El estigma asociado al aborto, es un atributo negativo asignado a las mujeres que interrumpen el embarazo, al considerarlas "transgresoras" del ideal de "feminidad" y que tradicionalmente se asocia con ideas sobre la sexualidad para la procreación, la maternidad como destino biológico inalterable para las mujeres y la protección y el cuidado que éstas deben proporcionar hacia los demás [43]. Esto se materializa en un trato diferenciado, a partir de actitudes y comportamientos de segregación, discriminación y exclusión por parte de la comunidad cercana a las personas estigmatizadas, causando que éstas recurran a procedimientos inseguros exponiendo su salud y su vida [44].

Se ha documentado que un mayor nivel de estigma, puede conducir a un mayor riesgo de síntomas psicoafectivos antes, durante y después de la experiencia del aborto, al hacerles sentir culpables o avergonzadas por el rechazo o desaprobación de las personas cercanas que les rodean[47].

Asimismo, estudios muestran que la **carga psicosocial** en mujeres que buscan un aborto se relaciona con **barreras de disponibilidad y/o acceso** (incluyendo el tiempo invertido para acceder a servicios de aborto, los traslados, la elección de los servicios disponibles hasta la definición de la cita para para la interrupción), con la dificultad para la toma de decisiones, la falta de autonomía y con la reacción de otras personas cuando éstas son críticas o condenatorias. La falta de autonomía es uno de los factores que más incrementa el riesgo para la presencia de síntomas de ansiedad[42].

La mayor parte de los estudios sobre emociones y aborto han referido que algunas mujeres experimentan sentimientos previos al procedimiento relacionados con temor, tristeza o angustia, y que una vez resuelto el aborto reportan sentir alivio[48]. Este proceso emocional no debe ser estigmatizado o confundido con sintomatología de algún trastorno del afecto, sino asumido como un proceso normal de adaptación ante una situación que puede ser estresante como otros procedimientos clínicos y percibida en el contexto social que ocurre[49].

En todo caso, el personal de salud debe tener en cuenta los factores de riesgo o condiciones de salud mental previos, que en algunos casos pueden estar asociados a experiencias de abuso o violencia[50]. Algunos recursos útiles para disminuir el estigma hacia las mujeres es que los proveedores de salud se familiaricen con las diferentes historias y trayectorias, así como los factores en juego en la toma de decisiones de las mujeres, por ejemplo aquellas que han enfrentado situaciones adversas[46] o carecen de apoyo social[51]. En todos los casos, debe garantizarse el reconocimiento y respeto de la autonomía en las elecciones de las usuarias sobre su cuerpo y su reproducción.

En este contexto, el buen trato libre de estigma destaca como una herramienta esencial para el personal de salud que brinda servicios de SSR, particularmente de aborto seguro; el identificar las circunstancias y necesidades de salud de cada usuaria que solicita este servicio conduce a evitar conductas que ponen en riesgo su salud.

b. Estigma y profesionales de la salud.

El estigma en torno al aborto puede afectar también la experiencia profesional del personal de salud. El estigma y rechazo asociado a la práctica del aborto entre el personal de la salud, se traduce con frecuencia en rechazo para involucrarse en los procedimientos. Algunos estudios han mostrado que, en contextos altamente restrictivos, el personal de salud tiene reservas para hablar abiertamente de su actividad e incluso ha reportado ser objeto de agresiones físicas y verbales por esta práctica[52]. Asimismo, algunos profesionales tienen dificultades para lidiar con sus valores personales cuando contrastan con el posicionamiento institucional al respecto de los servicios de aborto.

Algunas investigaciones refieren que, cuando el personal de salud no es asignado por solicitud propia al servicio de aborto seguro, sino en cumplimiento de las tareas asignadas al interior de las unidades médicas, éste muestra mayores dificultades para conciliar sus creencias y actividades con dilemas bioéticos complejos que podrían presentarse en la atención, por ejemplo, en casos de abortos subsecuentes de una misma usuaria en un periodo corto de tiempo, embarazo adolescente, desacuerdos con los padres o tutores, usuarias que no aceptan la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), etc.[52]. Los datos internacionales muestran que los profesionales de la salud con dificultades al comparar sus valores personales con sus actividades, señalan mayor preocupación por exponerse al riesgo de mermar o perder su

reputación personal o profesional[50], lo cual puede generar un círculo vicioso que refuerza la idea de que participar en servicios de atención al aborto es una actividad poco digna. En el caso de menores de edad que solicitan servicios de aborto seguro, en ocasiones, los prestadores de salud indebidamente, consideran la edad de la usuaria como impedimento para proporcionar los servicios.

Esto se presenta frecuentemente, cuando hay poco respaldo de las autoridades en materia de salud. En México, esta situación ha ido cambiando paulatinamente a partir del reconocimiento del marco legal que respalda y protege a las y los profesionales que brindan atención al aborto en los casos permitidos por la ley.

El trabajo en equipo, es una de las estrategias efectivas que el personal de salud reconoce para lidiar con esta problemática, debido a que por un lado, les permite tener objetivos comunes con sus pares y, por otro, les permite sentirse acompañados en la resolución técnico-médica de situaciones complejas o de dilemas bioéticos[52]. En este sentido, el que las y los profesionales de la salud puedan llevar a cabo procesos de clarificación de valores, les permitirá comprender mejor lo que está detrás de las historias de las usuarias y reconocer que las decisiones de cada persona son autónomas, subjetivas y respetables.

Las y los profesionales de la salud que atienden abortos seguros usualmente encuentran una fuente de satisfacción y orgullo en su práctica cuando cuentan con la competencia técnica y de trato en materia de aborto para la resolución de casos, ya que en ocasiones fueron testigos de procedimientos inseguros y sus complicaciones.

Asimismo, el personal de salud se siente motivado al ser capaz de dar información precisa y oportuna para ayudar a salvar vidas, evitar complicaciones y apoyar a las personas a ejercer su derecho elegir[52].

Otras estrategias efectivas para evitar el estigma de los profesionales de la salud es el reconocimiento de los beneficios al participar en los servicios de aborto seguro, entre los que destacan: el acceso a capacitaciones que les proporcionan habilidades técnicas, el mejoramiento de la infraestructura de los servicios en los que colaboran, el acceso a proyectos y a apoyos económicos, el fortalecimiento de vínculos laborales y a redes internacionales de especialistas, entre otros[52]. La evidencia muestra que, en la medida en la que el personal de salud es reconocido y su trabajo es valorado, se generan entornos facilitadores para que las usuarias acceden y ejerzan su derecho a la salud, contribuyendo al cambio social y fortaleciendo el compromiso profesional y social de los prestadores de los servicios[52].

8. Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud

Resulta pertinente precisar que el personal de salud siempre debe apegarse a la ética profesional. **Sobre cualquier criterio personal, la atención al aborto seguro debe otorgarse anteponiendo en todo momento el bienestar, la autonomía reproductiva y el cuidado de la salud integral de quienes solicitan la atención.**

A continuación, se describen las obligaciones éticas y profesionales bajo las que el personal de salud debe encaminar su práctica con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de forma segura, oportuna y efectiva.

El deber de confidencialidad y la responsabilidad profesional. Todos los servicios de salud deben garantizar el respeto de los derechos humanos de las usuarias, incluyendo los derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad y consentimiento informado[53]. La vulneración al carácter confidencial de la información, puede disuadir a las mujeres de acceder a un tratamiento y limitar su disposición a buscar atención médica oportuna en casos de abortos incompletos o de violencia sexual, lo cual puede deteriorar su salud y bienestar [53][xxi].

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia reconoce que su incumplimiento es causa de responsabilidad administrativa y se sancionará conforme a las leyes en la materia[54][xxii]. De acuerdo a esta Ley, la violencia institucional se refiere a los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia[54][xxiii].

Además, la LGS establece sanciones para el profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida[24] [xxiv].

[xxi] Cfr. Comité CEDAW, Recomendación General Número 24 al artículo 12, La mujer y la salud, 1999, párrafo 31, e).
[xxii] Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo 60.
[xxiii] Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, artículo 18.
[xxiv] Ley General de Salud, artículo 469: "...se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años. Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial."

Las normas oficiales mexicanas son de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que lo componen y su incumplimiento dará origen a la sanción penal, civil o administrativa que corresponda[(27)xxv].

Además de las sanciones en materia administrativa, los códigos penales del país tipifican los delitos relacionados con la responsabilidad profesional de prestadores de servicios de salud. En este sentido, la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, determina que los datos proporcionados al personal de salud, por las usuarias son datos personales y motivo de confidencialidad, en términos del **secreto médico profesional**[(55,56)xxvi]. Bajo esta lógica: ***el personal de salud no tiene la obligación de denunciar los casos en los que se sospeche de aborto inducido, pues la normatividad protege al prestador de servicios y a la usuaria al garantizar el secreto médico profesional.***

La objeción de conciencia en la atención al aborto seguro. La objeción de conciencia es la expresión pública de un individuo para sustraerse del cumplimiento de un mandato jurídico con base en motivos morales, entendidos en sentido amplio como éticos, filosóficos, políticos o religiosos[(57)xxvii]. **En materia de aborto, es un ejercicio individual de la persona directamente involucrada en la prestación del servicio, ya sea personal médico o de enfermería, y jamás podrá argumentarse a nivel institucional.**

Tiene un carácter excepcional porque a través de ella se evade el cumplimiento de obligaciones reconocidas en la ley, como las relacionadas con la atención a servicios de salud sexual y reproductiva, y solo puede ser ejercida en aquellos casos en los que no represente un riesgo a la salud y la vida de las usuarias.

Aunque su ejercicio está limitado al personal de salud que interviene directamente en la interrupción del embarazo, la objeción de conciencia no se debe argumentar para negar o retrasar la atención sanitaria y la provisión de información y referencia a la cual tienen derecho las personas, de lo contrario se puede incurrir en responsabilidad profesional.

[xxv] NOM 046-SSA-2009. Apartado 2.
[xxvi] NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, apartado 5.5.1. En cuanto al registro de información de las pacientes, los prestadores de servicios de salud que utilicen los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES) deben garantizar la confidencialidad de la identidad de las pacientes. La información contenida en los Sistemas SIRES debe ser manejada con discreción y confidencialidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, así como a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, véase NOM-024-SSA3-2012, de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, apartados 5.3 y 5.4.
[xxvii] Capdevielle P. (2016: 11).

En caso de que el personal de salud manifieste ser objetor de conciencia, la unidad hospitalaria deberá accionar las rutas previamente diseñadas para brindar a las usuarias información veraz, adoptando las medidas para que sean referidas sin dilación a otras unidades que presten los servicios que necesitan[53].

El rechazo a prestar servicios de aborto seguro, puede ser discriminatorio cuando se alega objeción de conciencia para retrasar, negar u obstaculizar el acceso a los mismos. En estos casos, esta figura se confunde y se utiliza para reproducir el estigma sobre el aborto y ocultar las dificultades que tiene el personal de salud para lidiar con éste. Además, puede generar obstáculos para involucrarse en el tema y/o en el diseño, gestión o implementación de los SAS, aun cuando no se participe de manera directa en la realización de los procedimientos.

Regulación de la objeción de conciencia. La regulación de esta figura tiene como propósito asegurar que no impida el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, particularmente en situaciones urgentes o de emergencia[58].

La LGS establece que el personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrá ejercer la objeción de conciencia, pero reconoce que *no se podrá invocar cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica*, en caso contrario se incurrirá en la causal de *responsabilidad profesional*[24][xxviii].

La NOM-046-2005-SSA señala que se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento[27].

[xxviii] Ley General de Salud, artículo 10.

No obstante, también establece que las instituciones públicas de atención médica deberán contar con médicos y enfermeras capacitados no objetores de conciencia, y que si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura para la atención con calidad[(27)].

Además, la Ley General de Víctimas reconoce que las instituciones hospitalarias públicas federales, de las entidades federativas y de los municipios, tienen la *obligación de dar atención de emergencia de manera inmediata* a las víctimas que lo requieran[(26)xxix].

[xxix] Ley General de Víctimas, artículo 29.

9. Momentos en la atención del Aborto Seguro

1. Consejería.

Es una estrategia de atención centrada en las usuarias que permite fortalecer la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva de manera libre, consciente e informada. Se centra en las circunstancias individuales de la usuaria tomando en cuenta su estado físico y emocional, así como el contexto en el que se solicitan los servicios para focalizar la información, que responda a sus necesidades e intereses, que considere la etapa evolutiva y de madurez (para el caso de niñas y adolescentes), la cultura, la orientación sexual y la identidad de género, a partir de una relación horizontal donde el personal de salud facilita y fortalece la autonomía sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos [38,59].

Reconocer que la experiencia del aborto puede ser físicamente dolorosa y que, en la manera en que se percibe, también influyen factores biológicos, mitos sobre los procedimientos y las condiciones en las que se realiza, debe comprenderse desde el contexto social, cultural y sobre los motivos por los que se solicita la atención. Por ello, resulta necesario contar con personal capacitado y sensible que brinde una consejería eficaz, centrada en la persona, que aclare los procesos de atención y genere confianza en las usuarias con información accesible, objetiva, clara, veraz, suficiente y basada en evidencia científica.

La consejería deberá incluir información sobre la confiabilidad y seguridad de las opciones de manejo, las características de dichas opciones, los síntomas esperados, los datos de alarma asociados a las complicaciones que (aunque de baja frecuencia) se pueden presentar, así como las rutas de acción a seguir en caso de que sucedan (ver Anexos), las opciones para el manejo del dolor, el retorno a la fertilidad y las alternativas de anticoncepción. Todo ello debe ocurrir en un ambiente de confianza, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad y libertad, sin la intención de retardar, obstaculizar, inducir o modificar sus decisiones. En este sentido, se ha documentado que las usuarias que cuentan con información clara y anticipada sobre los procesos de atención manifiestan menos preocupación y ansiedad sobre el procedimiento, lo cual puede modificar su percepción del dolor y mejorar su experiencia[38,59].

Así, el personal de salud que otorgue consejería debe contar con:

- Criterio clínico, para identificar los beneficios y riesgos de cada procedimiento asociados a las condiciones de salud de las usuarias que les permita a ellas elegir de manera libre e informada.
- Sensibilidad, para proporcionar información pertinente sobre la atención antes, durante y después del procedimiento.
- Habilidades de escucha activa, para facilitar la expresión de dudas y necesidades de la usuaria considerando su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.
- Uso de un lenguaje claro y comprensible, adaptado a cada persona para comunicar de manera efectiva la información y respuesta a sus dudas.
- Un trato respetuoso, digno, libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.

En el caso de niñas y adolescentes, la consejería se otorgará considerando la edad, desarrollo evolutivo, cognitivo y madurez de la usuaria, tomando en cuenta que podría ser su primer examen ginecológico y describiendo paso a paso los procedimientos; asimismo se deberá observar su percepción del dolor ya que ésta podría variar en comparación a personas adultas en función de la experiencia y otras consideraciones psicosociales[38]. Las niñas y adolescentes podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal, o bien manifestar su elección a los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento; en dichos casos, la usuaria podrá solicitar acompañamiento del área de psicología u otra profesional de la salud. La manifestación de la elección de la persona del grupo etario respecto al acompañamiento, se hará constar a través del formato contenido en el Apéndice "C" Normativo de la NOM-047-SSA2-2015.

2. Consentimiento informado.

Representa el principal instrumento jurídico y ético para hacer efectiva la protección del derecho a la salud y no debe entenderse sólo como un formato o un contrato, pues es un **proceso clínico de comunicación continua** en el que el personal de salud y la usuaria tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico[60]. En este proceso es imprescindible una comunicación efectiva y libre de información que pueda estar sesgada o ser imprecisa, que permita documentar que las usuarias recibieron información suficiente para tomar de manera libre e informada la decisión de someterse a un procedimiento determinado.

El consentimiento informado constituye un instrumento para la realización de un principio esencial: que la persona sea dueña efectiva de sus decisiones, como corresponde a su dignidad y autonomía[60]. El consentimiento informado es un derecho fundamental de las usuarias y una exigencia ética y legal para el equipo de salud, por lo que cabe señalar que, tras recibir toda la información que corresponda, las usuarias otorgarán su consentimiento para todos los procedimientos a que haya lugar (por ejemplo la modalidad de manejo, el método anticonceptivo), **teniendo la posibilidad y facultad para revocarlo en cualquier momento[xxx], lo cual también deberá quedar debidamente documentado en el expediente clínico.**

[xxx] En el caso en el que una usuaria revoque el consentimiento sobre algún procedimiento, el personal de salud debe comunicar de manera clara y efectiva los efectos de ello, asegurándose de que la usuaria comprende la situación y los impactos a su salud.

3. Manejo clínico.

Las pautas de atención, los esquemas de manejo, las dosis y vías de administración que se presentan a continuación, se fundamentan en la evidencia científica más reciente y disponible a la publicación de este Lineamiento Técnico, teniendo como referencia los estándares de calidad establecidos por organismos internacionales en la materia como la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), entre otros. El propósito es que el manejo clínico que se brinde en los servicios específicos de aborto seguro y en el resto de las unidades médicas que atienden este tipo de eventos obstétricos, sea homogénea y actualizada.

Para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico y de la enfermedad trofoblástica gestacional, se debe consultar Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica[xxxi], así como las guías de práctica clínica correspondientes. Aquellas usuarias que cursen con aborto recurrente -definido por la American Society of Reproductive Medicine (ASRM) como dos o más pérdidas gestacionales espontáneas y por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) como tres o más pérdidas gestacionales espontáneas consecutivas-, ameritan protocolo de estudio[(61)], por lo que deberán ser referidas a segundo o tercer nivel de atención posterior a su resolución de acuerdo a la edad gestacional y al cuadro clínico con el que se presenten.

Consideraciones generales.

La atención será individualizada, de acuerdo con las condiciones generales de la usuaria, el diagnóstico que establezca el personal de salud, las semanas de gestación y las preferencias de la persona que solicita el servicio (incluyendo a niñas y adolescentes, de acuerdo a la normatividad aplicable). En el primer trimestre se priorizará el manejo ambulatorio y con régimen farmacológico siempre que sea posible y la usuaria cuente con un entorno que lo permita,

[xxxi] Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/PREVENCI%C3%93N-DIAGN%C3%93STICO-Y-MANEJO-DE-LA-HEMORRAGIA-OBST%C3%89TRICA.-LINEAMIENTO-T%C3%89CNICO_compressed-1.pdf

debiendo brindarle a ella y a quien la acompañe durante el proceso, toda la información para ello, de forma clara, veraz y suficiente, preferentemente por escrito.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a reconsiderar los esquemas presenciales de atención a la salud; por ello, cuando exista la posibilidad de contar con una atención previa a la consulta de forma remota, se puede recabar información general a través de una entrevista clínica adecuada, principalmente en mujeres sanas en el primer trimestre del embarazo, que permita identificar posibles factores de riesgo que incrementen la probabilidad de complicaciones o la necesidad de manejo en un contexto presencial o supervisado por personal de salud o que ameriten atención hospitalaria[xxxii].

Se deberá:

- **Realizar valoración clínica** mediante entrevista (si no se hubiere hecho antes) y exploración física, debidamente documentada en el expediente clínico. Si durante esta valoración se identifican condiciones que sugieran la realización de maniobras abortivas previas, es de suma relevancia no revictimizar a la usuaria o emitir juicios de valor al respecto. El personal de salud podrá registrarlo en el expediente clínico y deberá proceder al manejo correspondiente, sin necesidad de realizar denuncia a las instancias de procuración de justicia, garantizando la confidencialidad y el buen trato a la usuaria, bajo el deber de confidencialidad y el amparo del secreto profesional mencionados anteriormente.

- **Cuando durante la atención se adviertan factores psicosociales tales como violencia y antecedentes de problemas de salud mental, la usuaria deberá recibir la referencia adecuada para su atención y seguimiento** a los servicios pertinentes. Todas las acciones y procedimientos que se realicen deberán quedar asentados en el expediente clínico, independientemente de las áreas involucradas en la atención.

- **Confirmar la edad gestacional.** Las semanas de gestación se calcularán a partir de la fecha de inicio de la última menstruación (FUM):

[xxxii] Entre los antecedentes pertinentes se encuentran: los trastornos de la coagulación, alergias a medicamentos, uso actual de medicamentos e indicación, comorbilidades agudas o crónicas; la información relacionada con embarazos previos y sus resultados, el uso de anticonceptivos, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH, la ingesta de fármacos actuales, entre otros.

- En los casos en los que la usuaria señale la FUM, confirmar que haya tenido ciclos regulares previos (sin uso de contracepción hormonal al momento del embarazo, o amenorrea secundaria por lactancia) y podrá complementarse mediante exploración física bimanual.
- En casos específicos o de duda sobre la FUM[xxxiii] podrán realizarse paraclínicos como fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana sérica cuantitativa y/o ultrasonido[xxxiv].

- **Solicitar el hemotipo de la usuaria, cuando sea posible y no genere dilación en la atención resolutiva.** La evidencia científica actual señala que no se requiere la determinación del estado Rhesus (RhD) antes de un aborto temprano con medicamentos; incluso la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda solicitarlo solo para "considerar" determinar el estado de RhD para el aborto quirúrgico después de las 10 semanas, y para el aborto espontáneo establece que no se requiere anti-D para el tratamiento médico del aborto diferido hasta las 13 semanas completas[62,63].

- **Realizar la identificación de infecciones de transmisión sexual para su tratamiento y seguimiento.** Los paraclínicos de rutina habitual como la biometría hemática completa, sólo se indicarían cuando así esté justificado[62,63,64].

- **Identificar condiciones especiales que puedan incrementar el riesgo de embarazo ectópico,** tales como la presencia de Dispositivo Intrauterino (DIU) *in situ* (que debe retirarse previo al tratamiento), antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, de dolor pélvico crónico, de cirugía abdomino-pélvica (particularmente de cirugía tubaria), de embarazo ectópico anterior; o para las que se puede requerir un manejo no ambulatorio tales como comorbilidades graves, descontroladas o inestables (trastornos hemorrágicos, cardiopatía, anemia grave, entre otros).
- **Descartar contraindicaciones absolutas para el manejo farmacológico,** tales como: sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico, trastorno hemorrágico (porfiria hereditaria) o tratamiento anticoagulante concomitante; insuficiencia suprarrenal crónica; alergia a la mifepristona, al misoprostol o a otras prostaglandinas, anemia grave, cardiopatía. Considerar contraindicaciones relativas como asma grave no controlada o uso prolongado de corticosteroides concomitante[65].

[xxxiii] Por ejemplo, cuando exista duda sobre la localización del embarazo, la variante clínica de pérdida gestacional o cuando la FUM no concuerde con el tamaño uterino, sin que esto genere retrasos en la atención.
[xxxiv] En caso de requerir un ultrasonido, éste deberá realizarse bajo la precaución de no emitir comentarios inapropiados a la usuaria con relación al diagnóstico y a la constatación de los hallazgos; tampoco es apropiado realizar señalamientos explícitos sobre la frecuencia cardiaca fetal, a menos de que la mujer solicite lo contrario. En términos técnicos, si se realiza ultrasonido, el diámetro biparietal es una medida precisa para confirmar la edad gestacional en primer trimestre; la longitud femoral es útil cuando existe dificultad técnica para medir el diámetro biparietal o cuando existen anormalidades craneales.

- Preservar una muestra del tejido ovular como prueba forense, si así procede. Determinar la necesidad de referencia, posterior al evento obstétrico, a otros servicios de acuerdo a los requerimientos de cada usuaria (servicios especializados de violencia, de salud mental, nutrición, estomatología, de promoción y prevención como los de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, servicios amigables para adolescentes, entre otros).

- **Explicar a la usuaria** (a partir del diagnóstico establecido y de sus condiciones generales de salud) **de forma completa, clara y veraz:**
    - ✓ **las alternativas de tratamiento** (ver Tabla 2)
    - ✓ **los efectos esperados, riesgos, beneficios y datos de alarma de cada uno de ellos** (ver Tabla 3)
    - ✓ **las opciones para el manejo del dolor** (ver Anexo 2)**,**
    - ✓ **las alternativas de anticoncepción** (ver Tabla 8) **y de seguimiento** (cuando proceda)

  con el objetivo de que la persona pueda tener una participación activa en la toma de decisiones y éstas sean tomadas, en la medida de lo posible, de acuerdo a sus preferencias.

- El manejo se ofertará en función del tamaño uterino y una vez descartados todos los diagnósticos diferenciales, entre ellos el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional[62,63,64,65].

Tabla 2. Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre

Régimen farmacológico combinado	Régimen farmacológico con misoprostol solo	Aspiración endouterina
•Puede ser proporcionado por personal capacitado no médico. •No requiere antibiótico profiláctico. •Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria hasta las 10 semanas de edad gestacional. •Cuando existan condiciones para seguimiento por parte de un prestador de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria hasta las 12 semanas. •El manejo del dolor también es ambulatorio. •Menor riesgo de falla terapéutica (con respecto a misoprostol solo y a menor edad gestacional). •Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. •Menor dolor con respecto a misoprostol solo. •Resolución del aborto en días. •Es menos probable que requiera consulta de seguimiento (sobre todo a menor edad gestacional). •Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis.	•Puede ser proporcionado por personal capacitado no médico. •No requiere antibiótico profiláctico. •Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria hasta las 10 semanas de edad gestacional. •Cuando existan condiciones para seguimiento por parte de un prestador de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria hasta las 12 semanas. •El manejo del dolor también es ambulatorio. •Riesgo de falla terapéutica bajo a menor edad gestacional. •Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. •Mayor dolor y sangrado, con respecto al régimen combinado. •Mayor tiempo para la resolución del aborto que con régimen combinado. •Es más probable que requiera consulta de seguimiento (sobre todo a mayor edad gestacional). •Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis.	•Puede ser proporcionado por personal capacitado no médico con la competencia para esta técnica. •Requiere antibiótico profiláctico. •Se puede llevar a cabo de forma ambulatoria. •Para el manejo del dolor requiere de bloqueo paracervical. •Permite la inspección visual del tejido ovular, por lo que descarta: Riesgo de falla terapéutica Embarazo ectópico (exceptuando el caso sumamente infrecuente de embarazo heterotópico). •Menor cantidad de sangrado. •Resolución del aborto inmediata tras el término del procedimiento (minutos). •No requiere consulta de seguimiento (tras la inspección del tejido ovular y descartar complicaciones). •De primera elección ante inestabilidad hemodinámica y/o sepsis.
El manejo expectante para el aborto espontáneo implica: Evitar procedimientos quirúrgicos y anestésicos. Mayor riesgo de requerir intervención farmacológica o quirúrgica. El tiempo para la resolución del aborto es impredecible y mayor con respecto al manejo farmacológico y quirúrgico. Amerita consultas de seguimiento.		

Fuente: Elaboración propia a partir de Ipas; 2020; OMS, 2018 y Morris et. al, 2017. CNEGSR; 2021.

- **Obtener el consentimiento libre e informado de parte de la usuaria para el tratamiento y para la provisión del anticonceptivo** (en el post aborto inmediato de ser posible) elegidos y llenar los formatos que correspondan, tales como los de atención contemplados en la NOM-046-SSA2-2005 y la carta bajo protesta de decir verdad en los casos de interrupción del embarazo producto de violación (cuando no exista un formato impreso para ello, la usuaria realizará la solicitud de su puño y letra). En el caso de menores de 12 años de edad que soliciten interrupción del embarazo por violación, el consentimiento informado deberá ser firmado por madre o padre o tutor. Ante la falta de éstos, se solicitará el apoyo del personal de la Procuraduría de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes o la instancia de procuración de justicia que proceda, evitando retrasos en la atención resolutiva.

En el contexto de la pandemia COVID-19, cuando la usuaria tenga sospecha o confirmación de SARS-CoV-2 y sea candidata a manejo farmacológico ambulatorio, se debe recomendar esta opción si no presenta síntomas o éstos son leves hasta las 12 semanas de gestación, siempre que existan condiciones de acompañamiento y seguridad adecuadas para llevarlo a cabo[6,65].

Si el cuadro clínico asociado a SARS-CoV-2 amerita manejo intrahospitalario, se recomienda que se lleve a cabo preferentemente en una unidad de reconversión, con atención especializada por el equipo multidisciplinario correspondiente.

La confirmación del éxito del tratamiento de aborto seguro es esencialmente clínica:

a. Con manejo farmacológico. Presencia de dolor y sangrado transvaginal mayores a una menstruación, expulsión de material organizado (posterior al misoprostol) y desaparición de los signos y síntomas de embarazo, con disminución progresiva del dolor y el sangrado (que puede continuar en poca cantidad hasta la siguiente menstruación). La ausencia de sangrado, o un sangrado mínimo, pueden indicar falla terapéutica o la presencia de embarazo ectópico.

b. Con aspiración endouterina. Presencia de tejido de aspecto trofoblástico, acorde a las semanas de gestación, sangrado en poca cantidad que disminuye progresivamente. Su ausencia sugiere la presencia de un embarazo ectópico; y el desarrollo de fiebre, dolor persistente y aumento de sangrado transvaginal así como fetidez, obligan a descartar complicaciones infecciosas, perforación inadvertida.

Una consulta de seguimiento rutinaria no es necesaria (particularmente si el tratamiento fue con régimen combinado en las primeras 10 semanas de gestación, o se confirmó la presencia de tejido ovular mediante inspección visual con la aspiración endouterina), pero se recomienda en caso de duda en función de los datos clínicos referidos por la usuaria. La consulta de seguimiento, en su caso, puede proponerse entre 7 y 14 días posteriores al procedimiento para dar continuidad a las acciones comenzadas en la consulta inicial, tales como la referencia a otros servicios, el manejo de infecciones de transmisión sexual, ofrecer asesoría adicional y la provisión del anticonceptivo elegido[xxxv], entre otras. En dicha consulta (particularmente cuando el manejo se haya dado con misoprostol solo), deberá evaluarse clínicamente la recuperación de la usuaria y el éxito del tratamiento, descartando la presencia de complicaciones. Sólo en caso de duda, se justificaría la realización de paraclínicos.

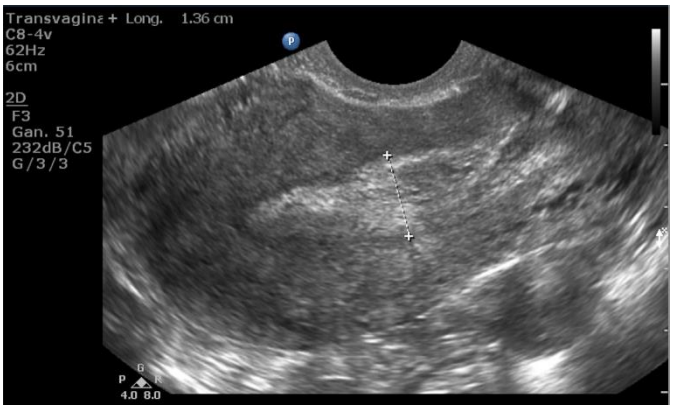
La determinación serológica de hormona gonadotropina coriónica humana es útil y permite reducir intervenciones innecesarias en comparación al ultrasonido; es conveniente cuando se cuenta con una medición previa al tratamiento para poder compararla: esta hormona disminuye en más del 90% siete días después de administrada la mifepristona, en el caso de un aborto completo; y un nivel sérico menor a 900UI entre 14 y 21 días después de un aborto farmacológico temprano (menos de 9 semanas de gestación) excluye la continuación del embarazo[(65).] Sin embargo, cabe señalar que en algunos casos es posible detectar niveles bajos de esta hormona hasta cuatro semanas después de una expulsión exitosa[(14)].

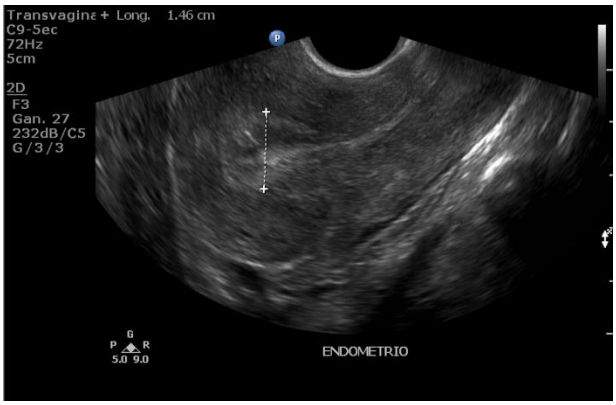
Es importante mencionar que, después de haber finalizado un aborto con medicamentos, el endometrio puede tener diversos grosores y una apariencia ultrasonográfica compleja o heterogénea (Ver Imagen 1a y 1b), por lo que la decisión de dar manejo complementario se basará en signos y síntomas clínicos, tales como sangrado continuo o abundante y no sólo en los hallazgos del estudio ultrasonográfico. En este sentido, el único hallazgo que requiere una intervención, es la presencia de un embarazo viable (ver apartado de complicaciones).

[xxxv] Durante la consejería y provisión del método anticonceptivo, siempre que sea factible, debe privilegiarse la anticoncepción inmediata post aborto, siendo ésta la mejor opción costo-efectiva.

A continuación, se muestran algunas imágenes de ultrasonido después de abortos con medicamentos realizados en el 1er trimestre.

Imagen 1a y 1b. Aspecto endometrial heterogéneo por ultrasonido después de un aborto con medicamentos en el 1er trimestre:



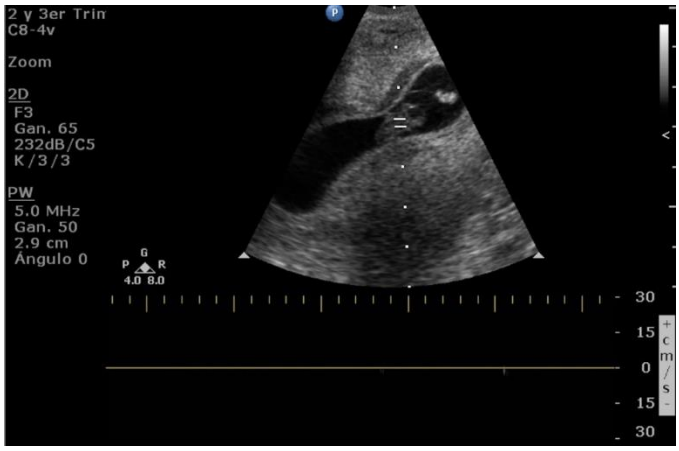


Fuente: CNEGSR; 2021.

Imagen 2. Saco gestacional en proceso de expulsión en aborto con medicamentos en el 1er trimestre:

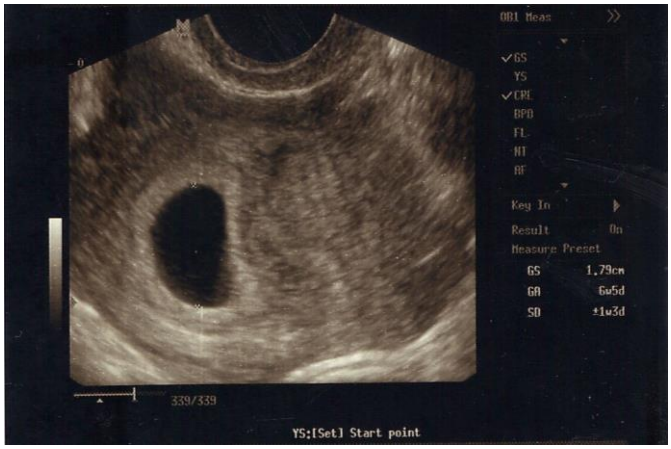
Fuente: CNEGSR; 2021.

Imagen 3. Aspecto de ausencia de actividad embriocárdica en aborto con medicamentos en 1er trimestre:



Fuente: CNEGSR; 2021.

Imagen 4. Saco gestacional persistente por ultrasonido después de un aborto con medicamentos en el 1er trimestre:



Fuente: CNEGSR; 2021.

Abordaje con medicamentos. La seguridad y eficacia del manejo con fármacos ha contribuido a la delegación y reparto de tareas entre distintos perfiles de profesionales de la salud y a un uso más eficiente de los recursos humanos[66]. Este abordaje permite que sea un tratamiento que puede realizarse en el ámbito de la atención primaria ambulatoria, particularmente en etapas iniciales de la gestación, debido a que reduce la necesidad de personal con las competencias requeridas para el aborto quirúrgico y a que representa una opción no invasiva, muy aceptable y muy segura[14].

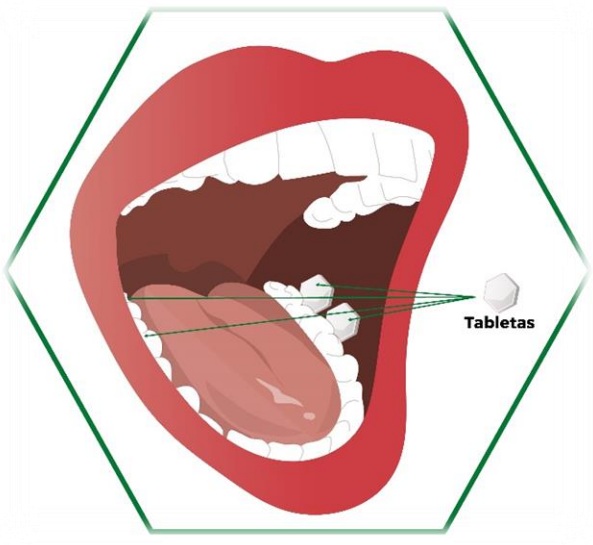
La mifepristona y el misoprostol son los fármacos recomendados como estándar de oro por la OMS para el aborto con medicamentos, que además se encuentran en su lista de medicamentos esenciales y en el cuadro básico de medicamentos en nuestro país. El primero es un antiprogestágeno que se une a los receptores de progesterona e inhibe la acción de ésta, interfiriendo con la continuación del embarazo, mientras el segundo es un análogo sintético de la prostaglandina E1, que produce reblandecimiento y dilatación cervical, así como contractilidad uterina, lo que ayuda a expulsar el contenido uterino.

Tanto la combinación de estos fármacos (régimen combinado, opción de primera elección por su eficacia, seguridad y menores efectos adversos, principalmente sobre el dolor) como el uso correcto de misoprostol solo (que implica mayor número de dosis que en el régimen combinado), constituyen un tratamiento seguro, eficaz y aceptable que puede utilizarse en todas las etapas de la gestación[6,62,63,64]. Las dosis y vías de administración del misoprostol se modificarán dependiendo de la edad gestacional y del antecedente de cirugías uterinas previas, particularmente a mayor edad gestacional[67].

La **mifepristona** se administra por vía oral. El **misoprostol** se puede administrar por las siguientes vías[14,68]:

a) Sublingual. Las tabletas se colocan debajo de la lengua y 30 minutos después se deglute el remanente; su absorción es muy rápida, incrementando el tono uterino a los 10 minutos de su administración; su curva farmacocinética es similar a la de la vía oral, pero con niveles séricos más elevados; incrementa el tono uterino a los 10 minutos de su administración; sus efectos colaterales son mayores que con la vía bucal y vaginal.

Imagen 5. Administración sublingual del misoprostol.
Fuente: Elaboración propia. CNEGSR;2021.



b) Bucal. Las tabletas se colocan entre la mejilla y la encía y se deglute el remanente 30 minutos después de la colocación; presenta menores niveles plasmáticos que cuando se administra por vía sublingual, su pico sérico máximo se alcanza a los 60 minutos y se han reportado niveles sanguíneos más prolongados que los obtenidos con la vía oral; su perfil farmacocinético es similar a la vía vaginal, pero tiene tasas más altas de efectos secundarios gastrointestinales que ésta.

Imagen 6. Administración bucal de misoprostol.
Fuente: Elaboración propia. CNEGSR;2021.

c) Oral. Las tabletas se degluten; su absorción es rápida, pero los alimentos y antiácidos disminuyen la tasa y la cantidad de su absorción gástrica; sufre metabolismo de primer paso hacia ácido misoprostóico, cuya vida media es de 20 a 40 minutos. Pasa en poca cantidad hacia la leche materna, por lo que la lactancia debe postergarse hasta 6 horas después de su administración. El tono uterino inicia su elevación 8 minutos después de la toma y alcanza su máximo nivel terapéutico alrededor de 26 minutos posteriores a su ingesta. En régimen de misoprostol solo, se asocia a tasas mayores de intervención quirúrgica en comparación con las otras vías de administración.

d) Vaginal. Se debe evitar ante la presencia de sangrado o datos de infección; las tabletas se introducen en el fondo de saco vaginal y se indica a la usuaria que permanezca acostada por 30 minutos; tiene una biodisponibilidad farmacológica tres veces mayor a la obtenida con la vía oral; su absorción se favorece al humedecer las tabletas con agua; su concentración máxima se obtiene entre 160 y 120 minutos después de su administración y la concentración mínima se observa hacia las 6 horas después de su aplicación. El tono uterino se incrementa hacia los 21 minutos y el mayor efecto terapéutico alrededor de los 46 minutos posteriores a su administración. Es la vía menos elegible en contextos legales restrictivos.

Abordaje quirúrgico. La aspiración por vacío es la técnica quirúrgica más segura, eficaz y recomendada para la evacuación uterina en el primer trimestre, que se puede llevar a cabo de forma ambulatoria en unidades de primer nivel de atención, lo que implica un costo menor para el sistema de salud así como para las propias usuarias en comparación con el manejo intrahospitalario[4,14]. Involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula, generalmente de material plástico, unida a una fuente de vacío, lo que permite la inspección visual del tejido ovular.

Con la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico o jeringa de 60cc sostenido y es activado con la mano; se utilizan cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 12 mm de diámetro, para las diferentes edades gestacionales (ver Imagen 7). Las cánulas son desechables, sin embargo, pueden ser reutilizadas como los aspiradores, una vez que se les procesa mediante limpieza y esterilización o mediante desinfección de alto nivel.

Imagen 7. Equipo de aspiración manual endouterina.

Fuente: CNEGSR; 2021.

También puede utilizarse la aspiración eléctrica endouterina (AEEU) que utiliza una bomba de vacío eléctrica.

La dilatación y evacuación para el manejo del aborto en el segundo trimestre, requiere de personal de salud capacitado con experiencia y equipo especializado, y consiste en preparar el cérvix y evacuar el útero con una combinación de aspiración por vacío y pinzas[xxxvi]. Debido a que requiere mayor dilatación cervical, más tiempo para llevar a cabo el procedimiento, mayor manipulación cervical y uterina y es más dolorosa que la aspiración endouterina en el primer trimestre, se recomienda realizarla en un ambiente hospitalario y con personal capacitado en esta técnica. Con esta alternativa de manejo, la elección de medicamentos y el nivel de sedación para el control del dolor, dependerá de las preferencias de la usuaria, del nivel de capacitación del personal de salud y de los insumos y equipamiento de monitoreo disponibles en la unidad que brinde la atención[(69)].

Con base en la sólida evidencia proporcionada por la OMS, el legrado uterino instrumental actualmente es obsoleto y se asocia a mayores costos para el sistema de salud por el requerimiento de un ambiente quirúrgico y manejo anestésico especializado; conlleva mayor riesgo de complicaciones, tales como las asociadas al procedimiento anestésico, laceraciones cervicales, perforación uterina y el desarrollo de sinequias uterinas o síndrome de Asherman, por lo que no se justifica[xxxvii] en el manejo del aborto[(5, 14, 65, 70)].

Es importante brindar a la usuaria toda la información relacionada con las características de cada modalidad de tratamiento, así como con los efectos esperados y adversos asociados a cada una de ellas, como se resume en la Tabla 3:

[xxxvi] Se sugiere consultar Edelman, A. y Kapp, N. Guía de referencia sobre dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre'). 2018:1-78.
[xxxvii] El realizar un aborto mediante legrado instrumental se justifica únicamente si se realiza por profesionales con las competencias técnicas requeridas y en el caso de no contar con otro método.

Tabla 3. Información para las usuarias: efectos esperados, adversos y datos de alarma para cada modalidad de tratamiento en el primer trimestre.

Modalidad de tratamiento	Efectos esperados	Efectos adversos	Datos de alarma
Aborto farmacológico (La mifepristona no suele asociarse a síntomas específicos)	**Sangrado transvaginal y dolor cólico:** Posterior al misoprostol se presentarán entre 30min y hasta 4h después, dolor cólico y sangrado transvaginal de forma paralela y progresiva hasta la expulsión de material organizado, momento a partir del cual dolor y sangrado disminuirán progresivamente. El dolor y el sangrado suelen ser mayores a los que se presentan en un ciclo menstrual normal y durar en poca cantidad hasta 4 a 6 semanas después.	**Fiebre:** Puede presentarse posterior a la administración del misoprostol y ceder con la ingesta de antipirético a la dosis recomendada. **Escalofrío, calambres, diarrea, náusea y vómito:** Suelen autolimitarse, se recomienda incrementar la ingesta de líquidos claros y dieta astringente; se puede tomar medicación para paliarlos a las dosis recomendadas.	**Sangrado:** Cuando se necesiten más de 2 toallas sanitarias grandes durante 2 horas consecutivas, se debe acudir de inmediato a la unidad de salud más cercana o antes si se experimenta debilidad/ mareo. **Ausencia de sangrado o sangrado escaso:** Si no se hubiera presentado sangrado en las primeras 4-6 horas posteriores a la administración del misoprostol o éste hubiera sido menor al de una menstruación, puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico o bien, falla terapéutica y amerita atención tan pronto como sea posible. Tras descartar la posibilidad de gestación extrauterina, se debe valorar la administración de dosis repetidas del misoprostol o la realización de aspiración. **Dolor:** La presencia de dolor pélvico de predominio unilateral, en ausencia de sangrado, progresivo, irradiado al hombro ipsilateral, asociado o no a datos de choque hipovolémico, son datos clínicos altamente sugestivos de embarazo ectópico. Puede sugerir también aborto incompleto.

Modalidad de tratamiento	Efectos esperados	Efectos adversos	Datos de alarma
			Fiebre u otros efectos adversos: Cuando se presenta 24 horas después de la última dosis de misoprostol, amerita buscar atención en la unidad de salud más cercana. **Persistencia de síntomas de embarazo:** Hipersensibilidad o dolor mamario, náusea, hipersomnia. Secreción o sangrado transvaginal fétidos. **Reacciones alérgicas:** Exantemas, edema facial, dificultad para respirar.
Aborto quirúrgico	**AMEU:** Al momento de iniciar el procedimiento, se puede experimentar dolor con la manipulación cervical y al final de la aspiración. El dolor cólico y el sangrado transvaginal son leves al final del procedimiento.	Durante la maduración cervical con misoprostol se puede experimentar dolor cólico, sangrado transvaginal e incluso fiebre, se autolimitarán.	**Sangrado y/o dolor cólico:** persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber disminuido inicialmente, vaginal, ameritan seguimiento tan pronto como se presenten. **Ausencia de sangrado o sangrado escaso:** Su ausencia o una cantidad menor a la esperada para la edad gestacional puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico o bien, falla terapéutica por un procedimiento realizado de forma inadecuada.
	Dilatación y evacuación: La colocación de dilatadores osmóticos, así como las dosis de misoprostol pueden asociarse a dolor cólico y sangrado transvaginal.	Suelen presentarse con más frecuencia e intensidad los efectos descritos para el misoprostol.	**Sangrado y/o dolor cólico:** persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber concluido el procedimiento, así como fiebre, fetidez vaginal, intolerancia a la vía oral y deterioro progresivo, ameritan valoración inmediata.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Morris et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and bstetrics. Int J Gynecol Obstet 2017; WHO. Medical management of abortion 2018; Kuberska K, Turner S. The presence of absence: Tensions and frictions of pregnancy losses – An introduction. Womens Stud Int Forum 2019;74:91–3; Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2020; World Health Organization. COVID-19 Clinical management. Living guidance, 2021.

Manejo en el primer trimestre de gestación.

Se dará prioridad al manejo ambulatorio siempre que sea posible y acorde con las preferencias de la usuaria. Para el manejo con medicamentos, las posologías son las mismas, independientemente de que la atención se brinde de forma ambulatoria o bajo supervisión clínica; en el caso de que la atención se lleve a cabo con AMEU (en el primer trimestre y sin complicaciones o factores de riesgo para desarrollarlas)**, se puede brindar en unidades de primer de atención.**

Al definir la modalidad de tratamiento, se debe contar con el consentimiento informado y con un plan para el manejo del dolor. Se recomienda entregar por escrito las indicaciones, los datos de alarma y las opciones de atención en caso de así requerirse. La presencia de inestabilidad hemodinámica, de infección intrauterina o de sepsis en cualquiera de las variantes clínicas de aborto, son contraindicaciones para el manejo expectante y farmacológico, por lo que ante estas condiciones la evacuación endouterina por vacío, previa estabilización, será el manejo indicado.

a) **Aborto diferido.** En condiciones normales, a partir de la 6ª semana del desarrollo, se debe identificar saco intrauterino con polo embrionario y actividad embriocárdica por ultrasonido endovaginal, por lo que el diagnóstico se confirma con ultrasonografía por la ausencia de latidos cardiacos fetales, o bien por la presencia de saco vitelino sin embrión[71]. Clínicamente puede presentarse sangrado transvaginal, tamaño uterino significativamente menor al esperado, sin modificaciones cervicales. El manejo puede ser:

I. Expectante. Si bien se ha documentado que la mayoría de los abortos diferidos se pueden resolver de forma espontánea, con la expulsión completa de todo el tejido gestacional en un promedio de 6 semanas, y que esta posibilidad permite a las mujeres evitar procedimientos quirúrgicos y anestésicos, los riesgos y efectos secundarios del manejo expectante incluyen una duración impredecible de tiempo hasta la resolución de la pérdida gestacional, inquietudes con respecto al dolor y el sangrado y la posible necesidad de una evacuación quirúrgica posterior[71].

En el asesoramiento se debe mencionar el dolor cólico, el sangrado y el manejo del dolor, incluido un plan de contacto y seguimiento para cualquier sospecha de complicaciones, como sangrado excesivo, infección o expulsión incompleta. El seguimiento clínico debe adaptarse a las necesidades de la usuaria y puede ser entre una y dos semanas para permitir la oportunidad de la expulsión completa del tejido gestacional.

II. Farmacológico. Hasta las 13 semanas de gestación, se administran 800µg de misoprostol por vía bucal o vaginal cada 3 horas, dos dosis, o bien 600µg por vía sublingual cada 3 horas, dos dosis. Si se cuenta con mifepristona, se indican 200mg por vía oral 1-2 días antes del misoprostol. Considerar analgesia previa al misoprostol (ver Anexo 2).

III. Quirúrgico, con aspiración endouterina de forma ambulatoria. Se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previos al procedimiento (ver Anexo 3).

b) Aborto incompleto e inevitable. Definido clínicamente por la presencia de dolor abdominal, sangrado transvaginal y permeabilidad cervical con expulsión parcial del contenido uterino. En función del cuadro clínico, el manejo puede ser:

I. **Expectante.** Esta opción de tratamiento se considerará de acuerdo al estado clínico de la usuaria y a sus preferencias, bajo las consideraciones ya mencionadas. Las tasas de aborto completo con esta modalidad de tratamiento varían del 52 al 85%[65].

II. **Farmacológico.** Hasta las 13 semanas de gestación, el tratamiento consiste en misoprostol solo a razón de 600µg por vía oral o 400µg por vía sublingual, de forma ambulatoria o bajo supervisión médica, de acuerdo a la valoración clínica y preferencias de la usuaria. Las tasas de aborto completo con esta opción de manejo van del 80 al 99%[65]. Considerar analgesia previo al misoprostol (ver Anexo 2).

III. **Quirúrgico**, con aspiración endouterina de forma ambulatoria. Se recomienda administrar antibiótico profiláctico y analgesia previo al procedimiento (ver Anexo 3).

c) **Aborto inducido.** Es susceptible de manejo farmacológico y quirúrgico. En general, el tratamiento ambulatorio con medicamentos se ofrece hasta las 10 semanas de desarrollo y bajo supervisión de profesionales de la salud si excede ese tiempo. Sin embargo, las recomendaciones actuales[6] indican que, siempre y cuando la usuaria tenga condiciones de acompañamiento y seguridad adecuadas para llevarlo a cabo, con acceso a un prestador de servicios en cualquier momento del proceso, podrá realizarse con medicamentos de forma ambulatoria (tomando la mifepristona preferentemente en la unidad de salud y el misoprostol en su domicilio) hasta las 12 semanas de edad gestacional. Cabe señalar que, a menor edad gestacional, mayor será la eficacia de todas las modalidades de tratamiento. Las alternativas son:

I. **Régimen combinado.** Es el método farmacológico más eficaz y seguro, con tasas de expulsión del 95-98% y tasas de continuación del embarazo de menos del 2% hasta las 13 semanas; las tasas de complicaciones son menores al 1% hasta las 10 semanas de gestación y del 3% hasta las 12 semanas[65]. Se lleva a cabo con el uso secuencial de una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguido 1-2 días después de misoprostol 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal, dosis única. Algunos órganos colegiados internacionales recomiendan que en embarazos mayores a 9 semanas, se administre una segunda dosis de 800µg de misoprostol sublingual o bucal, particularmente si 4 horas después de la primera dosis no se hubiere presentado sangrado transvaginal y expulsión de material organizado. El manejo analgésico se indica previo a la toma del misoprostol (ver Anexo 2).

II. **Misoprostol solo.** Este método tiene una eficacia del 80-85%, una tasa de continuación del embarazo del 3-10% y una tasa de complicaciones del 1-4% hasta las 13 semanas de gestación[65]. Se administran 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, sin que exista un número máximo de dosis, pues éstas serán determinadas por el juicio clínico del personal de salud, la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones (particularmente cuando exista el antecedente de cirugías uterinas) y la respuesta clínica de la usuaria al manejo. La analgesia debe instalarse previo a la toma del misoprostol (ver Anexo 2).

III. **Quirúrgico.** Con Aspiración endouterina de forma ambulatoria, se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previo al procedimiento (ver Anexo 3).

Tabla 4. Aborto farmacológico en el primer trimestre.

Aborto Farmacológico en el 1er trimestre (hasta las 13 semanas)		
Variante clínica	Régimen combinado	Misoprostol solo
Aborto diferido	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 800µg bucal o vaginal c/3h, dos dosis; o 600µg sublingual c/3h, dos dosis	800µg bucal o vaginal c/3h, dos dosis; o 600µg sublingual c/3h, dos dosis
Aborto incompleto / inevitable	_____	600µg oral; o 400µg sublingual
Aborto inducido	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 800µg. En embarazos mayores a 9 semanas, considerar 2ª dosis de misoprostol 800µg sublingual o bucal, si 4 horas después de la 1ª no se presenta dolor, sangrado y expulsión de material organizado.	800µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión
Observaciones		
• Independientemente de que el manejo se lleve de forma ambulatoria o supervisada, las dosis hasta las 13 semanas, no se modifican. • El número de dosis de misoprostol será determinado por el juicio clínico del personal de salud, la respuesta clínica de la usuaria y la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones.		

Fuente: Adaptado de: Morris et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet 2017; 1-4. DOI: 10.1002/ijgo.12181; WHO. Medical management of abortion;2018.

Manejo en el segundo trimestre de gestación.

Se recomienda que la atención en el segundo trimestre se lleve a cabo bajo supervisión de personal de salud capacitado, al interior de la unidad de salud, de acuerdo a las características del caso y con un adecuado manejo del dolor. En los casos de pérdida gestacional indeseada, las creencias culturales, familiares y tradiciones de la usuaria y su familia, deben ser tomadas en consideración para el manejo del duelo y para determinar la conducta a seguir y permitir que, si es deseo de la mujer, ésta pueda despedirse del feto[72], en cuyo caso, se recomendará el manejo con medicamentos para que esto sea posible.

El régimen farmacológico combinado se considera el tratamiento de primera elección, aunque considerando las preferencias de la usuaria, sus condiciones clínicas generales y la capacidad resolutiva de la unidad de salud donde se brinde el servicio. Si no se cuenta con mifepristona, se puede usar misoprostol solo, bajo la premisa de que se requerirán dosis múltiples y se presentarán más efectos asociados a dichas dosis.

Cuando las condiciones de la usuaria o sus preferencias orienten el manejo hacia el abordaje quirúrgico, este se llevará a cabo considerando la posibilidad de contar con apoyo del servicio de anestesiología, cuando así se requiera. En términos generales, para embarazos en los que el tamaño uterino corresponda a 22-24 semanas, no es necesario hacer cambio en las posologías recomendadas, debiendo individualizar el manejo de acuerdo al antecedente de cicatriz uterina, entre otros[14,67].

El manejo del dolor durante el aborto en el segundo trimestre, amerita consideraciones especiales, tales como combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos. Entre las estrategias no medicamentosas se incluyen las medidas de confort, tales como apoyo verbal y acompañamiento por personal capacitado o por una persona de elección de la usuaria, siempre que sea posible[xxxviii] y en un ambiente empático. Contar con el apoyo del servicio de anestesiología para valorar las mejores opciones para el manejo del dolor, cuando se trate de edades gestacionales avanzadas, la sedación intravenosa y la anestesia regional, permitirá mejorar la experiencia de las usuarias. Por este motivo, las usuarias que ameritan atención en una unidad de mayor complejidad, deben ser referidas de forma efectiva y oportuna, e idóneamente garantizando el enlace y aceptación en la unidad receptora.

[xxxviii] En el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, se recomienda que la persona de elección de la usuaria que le brinde acompañamiento guarde las medidas de prevención y mitigación y se encuentre sana en los 10 días previos a la atención.

a) **Aborto diferido.** A partir de las 14 semanas de edad gestacional, se administran bajo supervisión clínica: 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 4-6 horas hasta la expulsión, en función de la respuesta al manejo y del juicio clínico del personal sanitario; cuando se cuente con mifepristona, se pueden administrar 200mg por vía oral, dosis única, seguida 1-2 días previos al misoprostol. El manejo analgésico deberá considerarse y la profilaxis antimicrobiana se valorará de forma individualizada. El manejo quirúrgico también puede considerarse mediante dilatación y evacuación.

b) **Aborto incompleto.** A partir de las 14 semanas de edad gestacional, se administran bajo supervisión clínica: 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, siempre de acuerdo a la respuesta obtenida y al juicio clínico del personal de salud; cuando se cuente con mifepristona, puede administrarse a dosis de 200mg por vía oral, 1-2 días previos al misoprostol. El manejo expectante y quirúrgico mediante dilatación y evacuación también pueden ser considerados con base en las preferencias de la usuaria, su estado clínico y las condiciones para ello. El manejo analgésico y la profilaxis antimicrobiana se valorarán de forma individualizada.

c) **Aborto inevitable** (asociado a ruptura de membranas). A partir de las 14 semanas, se administran bajo supervisión clínica: 200µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 6 horas hasta la expulsión. El número de dosis dependerá de la respuesta clínica de la usuaria, del juicio clínico y de la preparación de la unidad de salud para tratar complicaciones. Se puede ofrecer una dosis adicional de misoprostol si la placenta no se expulsa 30 minutos después de la expulsión fetal.

d) **Aborto inducido**. Es susceptible de manejo farmacológico y quirúrgico. A partir de las 14 semanas, bajo supervisión de profesionales de la salud, se pueden utilizar las siguientes opciones:

I. **Régimen combinado.** Es el régimen de elección para el aborto farmacológico en el segundo trimestre porque ofrece alta eficacia, un corto intervalo desde la inducción hasta el aborto y un excelente perfil de seguridad, con tasas de expulsión de más del 90% a las 24 horas, intervalo promedio de 6 a 10 horas desde la inducción hasta la finalización del aborto y tasas de complicaciones graves (hemorragia que amerite transfusión sanguínea o instrumentación quirúrgica de urgencia) de menos del 1%[65]; cuando las dosis de misoprostol se continúan sin tiempo límite, se logra el aborto completo en el 99% de los casos.

Se lleva a cabo con el uso secuencial de una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguido 1-2 días después de 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión del feto y la placenta. El número de dosis dependerá de la respuesta clínica de la usuaria, del juicio clínico y de la preparación de la unidad de salud para tratar complicaciones. Si la mujer se encuentra estable, se puede esperar por lo menos 4 horas después de la expulsión fetal para que se expulse la placenta, pudiendo intervenir antes con el objetivo de abreviar el tiempo de recuperación previo al egreso[65].

II. **Misoprostol solo.** Cuando no se cuenta con mifepristona, este método es una opción aceptable, con tasas de expulsión de entre 84% a las 24 horas y 95% a las 48 horas, tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves menores al 1%[65]. Se administran 400µg de misoprostol por vía bucal, vaginal o sublingual cada 3 horas hasta la expulsión fetal y placentaria. Las consideraciones con respecto al número de dosis son las mismas que para el régimen combinado. Ante el caso de retención placentaria que vaya más allá de las 4 horas (particularmente cuando el sangrado lo amerite o exista fiebre), se deberá realizar una evacuación complementaria, misma que podrá realizarse antes con el propósito de abreviar el momento del egreso[65].

III. **Quirúrgico**, con aspiración endouterina o dilatación y evacuación, en función de la edad gestacional, de la capacidad del personal y de la unidad de atención, previa maduración cervical, control adecuado del dolor y profilaxis antimicrobiana.

Tabla 5. Aborto farmacológico en el segundo trimestre.

Variante clínica	Régimen combinado	Misoprostol solo
Aborto diferido	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después misoprostol 400µg sublingual o vaginal c/4-6h, hasta la expulsión	400µg sublingual o vaginal c/4-6h, hasta la expulsión
Aborto incompleto	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después misoprostol 400µg sublingual o vaginal c/3h	400µg sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión
Aborto inevitable (asociado a ruptura de membranas)	———	200µg bucal, sublingual o vaginal c/4-6h, hasta la expulsión. Se puede ofrecer una dosis adicional si la placenta no se expulsa después de la expulsión fetal
Aborto inducido	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después misoprostol 400µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión de feto y placenta	400µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión de feto y placenta

Observaciones:

- Para todas las variantes clínicas, el manejo se basa en el tamaño uterino más que en las semanas calculadas por la FUM.
- No es necesario hacer cambios en las posologías recomendadas cuando el tamaño uterino corresponda a las 22-24 semanas de edad gestacional.
- Si la mujer se encuentra estable, se puede esperar por lo menos 4 horas después de la expulsión fetal para que se expulse la placenta, pudiendo intervenir antes con el objetivo de abreviar el tiempo de recuperación previo al egreso.
- Ante el caso de retención placentaria que vay a más allá de las 4 horas (particularmente cuando el sangrado lo amerite o exista fiebre), se deberá realizar una evacuación complementaria, misma que podrá realizarse antes con el propósito de abreviar el momento del egreso.
- El misoprostol se indicará hasta la expulsión de feto y placenta (en general, suelen requerirse 5 dosis) y será determinado por el juicio clínico del personal de salud, la respuesta clínica de la usuaria y la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones.
- Contar con el apoyo del servicio de anestesiología para valorar las mejores opciones para el manejo del dolor, incluyendo la sedación intravenosa y la anestesia regional, cuando se trate de edades gestacionales avanzadas, permitirá mejorar la experiencia de las usuarias.

Fuente: Adaptado de: Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva;2020; Morris et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet 2017; 1-4; WHO. Medical management of abortion:2018.

Complicaciones en el manejo del aborto.

La tasa de complicaciones mayores (como la hemorragia que requiere el uso de hemoderivados, necesidad de cirugía de urgencia, o infección grave) **es muy infrecuente, sobre todo en abortos del primer trimestre y cuando se siguen las recomendaciones de manejo basadas en evidencia científica. Su frecuencia aumenta a mayor edad gestacional, en mujeres que tienen muerte fetal o en mujeres que acuden para atención después de un aborto inseguro. Cuando llegan a presentarse, difieren para cada modalidad de manejo y pueden ocurrir durante el manejo de aborto, en la recuperación o después de que la mujer se retira de la unidad de salud.**

- **Las que se asocian con mayor frecuencia a manejo farmacológico, son: hemorragia, falla terapéutica** (incluyendo retención de restos)**, no haber advertido la presencia de un embarazo ectópico y con menos probabilidad, infección.**

- **Las que se pueden presentar con mayor frecuencia con aspiración uterina son: hemorragia, no haber advertido la presencia de un embarazo ectópico, falla terapéutica por retención de restos, perforación uterina, infección y sepsis.**

La atención inmediata de cualquiera de las complicaciones en el tratamiento del aborto incluye la activación del Código Mater y de forma simultánea: el manejo inicial del estado de choque (ver Anexo 4) **para la estabilización hemodinámica** (restitución del volumen plasmático con soluciones cristaloides mediante accesos venosos de grueso calibre, colocación de catéter urinario para cuantificación de diuresis y control de líquidos, monitorización continua de signos vitales y parámetros hemodinámicos)**, la identificación de la causa y el tratamiento procedente o el traslado seguro y sin dilación a una unidad de atención con mayor capacidad resolutiva.**

a. Hemorragia. Se define como una pérdida hemática igual o mayor a 500ml durante el estado grávido o puerperal[(73)]. El riesgo de que se presente hemorragia después de un aborto inducido en condiciones seguras es muy bajo (puede ocurrir en 0 a 3 de cada 1000 casos con medicamentos hasta las 9 semanas o con aspiración por vacío hasta antes de las 13 semanas; y en 0.9 a 10 de cada 1000 casos con evacuación endouterina a las 13 semanas y más de gestación) y entre sus causas se encuentran: atonía uterina, retención de restos ovulares, laceración cervical o vaginal, lesión uterina, placenta previa o acreta y coagulopatía[(65)]. De presentarse esta complicación, se deberá:

- Instalar el manejo inicial del choque hipovolémico.
- Realizar examen bimanual para identificar el tono uterino y sensibilidad a la palpación e inspección del cérvix y canal vaginal para identificar y reparar laceraciones (pueden tratarse con presión directa con una gasa montada, con la aplicación de agentes coagulantes tópicos como nitrato de plata o solución de subsulfato férrico o colocando suturas absorbibles) si procede.
- Retirar restos ovulares (mediante aspiración por vacío o con misoprostol 800µg sublingual), cuando sea el caso y según corresponda.
- Administrar uterotónicos cuando se advierta atonía uterina. Además de la dosis ya mencionada de misoprostol, se puede indicar ergometrina si no existe hipertensión arterial; la oxitocina no se recomienda en el primer trimestre por ausencia de receptores uterinos (Tabla 6).
- Realizar pinzamiento de arterias uterinas con técnica Zea y/o colocar balón uterino hidrostático, sin olvidar la toma de muestras sanguíneas para tipe y cruce, en caso de que se requiera el uso de hemoderivados, y que estas acciones son temporales mientras se estabiliza a la usuaria y se resuelve el motivo de la complicación[xxxix].

[xxxix] Para mayor referencia de tratamiento quirúrgico como suturas compresivas uterinas, desarterialización selectiva, ligadura de arterias hipogástricas, histerectomía y empaquetamiento de hueco pélvico, se recomienda ver las guías de práctica clínica correspondientes.

Tabla 6. Uterotónicos

Fármaco	Dosis
Misoprostol	800µg por vía sublingual, dosis única.
Maleato de Ergometrina	0.2mg por vía intramuscular; repetir cada 2-4 horas. Contraindicada en presencia de hipertensión arterial.
Oxitocina	De 10-40 unidades en 500-1000ml de solución cristaloide isotónica no glucosada a pasar por vía intravenosa a razón de 125ml/hr; o 10 unidades por vía intramuscular. No es útil en primer trimestre por la ausencia de receptores a oxitocina. Se recomienda en embarazos del segundo trimestre mayores a 18-20 semanas.

Fuente: Adaptado de IMSS (2017) Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones.

b. Falla terapéutica. La ausencia de sangrado, o un sangrado mínimo, así como la ausencia de tejido de aspecto trofoblástico, acorde a las semanas de gestación, pueden indicar esta complicación o la presencia de embarazo ectópico. Tanto el embarazo viable como la presencia de saco gestacional persistente identificado por ultrasonido, son condiciones que ocurren en menos del 1% de los casos de aborto inducido con régimen combinado. Ante la confirmación ultrasonográfica de un embarazo en curso, se debe ofrecer una evacuación endouterina lo antes posible, ya sea con aspiración por vacío o con dosis repetidas de misoprostol. El hallazgo de un saco gestacional persistente sin embrión viable puede manejarse con aspiración, con dosis repetidas de misoprostol o de forma expectante, según el cuadro clínico y las preferencias de la usuaria[65].

c. Perforación uterina. Es una complicación rara (puede suceder entre 0.1 y 3 casos por cada 1000 procedimientos de aborto inducido), cuya frecuencia se incrementa a mayor edad gestacional; entre los factores de riesgo se encuentran: útero en retroversión, en anteversión aguda; infección; multiparidad; gestación múltiple; edad gestacional avanzada; preparación cervical inadecuada; dificultad en la dilatación cervical; anomalías uterinas o cavidad modificada por fibromas; antecedentes de cirugía cervical/uterina, incluida la cesárea; pobre experiencia del prestador del servicio; atención postaborto asociada a procedimiento inseguro[65].

La perforación uterina puede suceder en cualquier etapa del procedimiento de aborto y en cualquier parte del útero, siendo más frecuente en la cara anterior o posterior del fondo uterino; en la mayoría de los casos no es detectada y se resuelve espontáneamente, cuando el procedimiento es realizado antes de las 13 semanas de gestación. Se advierte su ocurrencia ante una pérdida de resistencia súbita durante la dilatación cervical o la aspiración endouterina que permite que el instrumental se deslice más allá de la longitud uterina prevista.

Cuando se observa tejido adiposo (amarillo) en el material aspirado, debe sospecharse la perforación uterina con lesión intestinal, por lo que la usuaria no es candidata a manejo expectante y debe ser referida de inmediato a una unidad resolutiva, aunque en ese momento se encuentre hemodinámicamente estable, para confirmar y tratar oportunamente (mediante laparoscopia o laparotomía) cualquier lesión a órganos vecinos asociada a la perforación.

d. Infección y sepsis. El aborto infectado se refiere a una forma complicada de cualquier tipo de aborto (espontáneo o inducido) acompañado de infección. Toda infección materna no detectada o incorrectamente tratada, puede progresar a sepsis, discapacidad y muerte prematura, con lo que implica para las mujeres y sus familias en términos económicos y de cuidados y para los servicios de salud. La OMS señala a la sepsis en el embarazo como una afección potencialmente mortal definida como una disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo, el parto, el postaborto o el posparto y se ha reportado que la sepsis contribuye al menos con una de cada 10 muertes maternas en todo el mundo, es decir, se estima que aproximadamente el 10% de todas las muertes maternas en todo el mundo se deben a una complicación de un aborto relacionada con la sepsis(74,75). En países de ingresos altos sin restricciones legales para el aborto, la tasa de sepsis fatal asociada a un aborto inducido es tan baja como menos de 1 por cada 10,000 casos(76).

Entre los microorganismos asociados a la infección y sepsis por aborto se encuentran estreptococo del grupo B, B. fragilis, E. coli, anaerobios, N. gonorrhoea, C. trachomatis, Trichomonas, y en menor frecuencia, C. perfringens y estreptococo del grupo A.
El diagnóstico es predominantemente clínico y debe sospecharse con más frecuencia en el marco de la atención por aborto incompleto o después de un aborto inseguro, ante la presencia de fiebre mayor a 38°C, hipersensibilidad uterina, presencia de restos ovulares, descarga vaginal purulenta/fétida y sangrado con estas características en cantidad variable[(76)].

De identificarse esta complicación, debe tenerse especial precaución en el manejo de líquidos, pues se puede presentar un edema agudo pulmonar iatrógeno. Existen escalas pronósticas para identificar la severidad y la necesidad de manejo en unidades de mayor complejidad (ver Anexo 5). Se deberán iniciar las acciones dirigidas a la estabilización hemodinámica, sumando la toma de cultivos previo a la administración de antibióticos intravenosos de amplio espectro y la remoción del contenido de la cavidad uterina, bajo la administración de algún uterotónico para disminuir el riesgo de perforación uterina durante la evacuación.

Tabla 7. Antimicrobianos útiles en el manejo del aborto infectado/séptico

Esquema antimicrobiano	Dosis intravenosas recomendadas
Ampicilina+Gentamicina+Metronidazol	Ampicilina 2gr cada 4 horas Gentamicina 5mg/Kg cada 24 horas Metronidazol 500mg IV cada 8 horas
Clindamicina+Gentamicina+Ampicilina	Clindamicina 900mg cada 8 horas Gentamicina 5mg/Kg cada 24 horas Ampicilina 2gr cada 4 horas
Piperacilina-tazobactam	Piperacilina-tazobactam 4.5g cada 6 horas
Levofloxacino+Metronidazol	Levofloxacino 500mg cada 24 horas Metronidazol 500mg cada 8 horas
Imipenem	Imipenem 500mg cada 6 horas

Fuente: Modificado de IMSS (2018) Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis materna. Guía de Evidencias y Recomendaciones.

Las posibles complicaciones en el manejo del aborto deben ser tratadas de manera eficaz, con la atención médica, obstétrica o quirúrgica que corresponda; ésta debe ser brindada con prontitud por personal competente y capacitado para el manejo de las emergencias obstétricas. Si se requieren instalaciones quirúrgicas de emergencia y estas no se encuentran disponibles, se debe estabilizar a la usuaria para un traslado oportuno a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva.

Anticoncepción postaborto.

Después de un aborto, el retorno a la fertilidad es inmediato, tanto en el primer como en el segundo trimestre de gestación e independientemente de la modalidad de tratamiento que se haya llevado a cabo. La ovulación sucederá en promedio, entre 10 y 14 días después de la aspiración por vacío o del tratamiento farmacológico. Es esencial explicar esto claramente a la usuaria (incluyendo a niñas y adolescentes) y evaluar con ella su deseo de embarazo en el corto y largo plazo.

La consejería sobre la anticoncepción se brinda en el mismo momento y lugar en el que se proporcionan los servicios de aborto seguro para contribuir a garantizar que las usuarias reciban un método anticonceptivo antes de su egreso de la unidad de salud. Deberá brindarse información completa y objetiva sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos disponibles, sus características, efectos secundarios y eficacia, de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos emitidos por la OMS (ver Anexo 6), que permita a las usuarias elegir el método acorde a sus necesidades y preferencias.

En caso de no contar con el método anticonceptivo elegido por la usuaria, se debe realizar la referencia correspondiente a la unidad de salud y brindar la alternativa de otro método mientras se otorga el de su preferencia.

Después de un aborto, espontáneo o inducido, es posible usar cualquiera de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles (es decir, todos entran en categorías 1 y 2 de los Criterios de la OMS), siempre que no exista una contraindicación específica para ello. Ejemplo de esto es la colocación de un dispositivo intrauterino, que no se recomienda en el contexto de infección intrauterina, por lo que deberá ofertarse un método alternativo mientras ésta se resuelve; o el uso de hormonales combinados que requieren indicación con criterio clínico en usuarias con factores de riesgo para eventos tromboembólicos, entre otros (ver Anexo 6).

Se recomienda dar énfasis a la doble protección, mediante un método de barrera (condón interno o externo) para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual incluído el VIH, y a los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o la usuaria no desee contracepción definitiva (ver Tabla 8). La consejería debe incluir también la información relacionada con la anticoncepción de emergencia, aclarando que si bien puede utilizarse las veces que se necesite, es menos eficaz que los métodos regulares.

Tabla 8. Anticoncepción post aborto

Método anticonceptivo	Momento de inicio del Método	Categoría de la OMS
Reversible de acción corta: -Hormonal de solo progestina -Hormonal Combinado	De forma simultánea con la toma de lamifepristona o con la primera dosis de misoprostol (régimen combinado o misoprostol solo, respectivamente).	1
Reversible de acción prolongada: -Inyectable de sólo progestina -Implante subdérmico -Dispositivo intrauterino • T de cobre • Medicado con levonorgestrel	Los reversibles de solo progestina (inyectable e implante subdérmico) se pueden administrar: -de forma simultánea con la toma de la mifepristona o con la primera dosis de misoprostol (régimen combinado o misoprostol solo, respectivamente) -inmediatamente después de la AMEU/dilatación y evacuación, previo al egreso de la usuaria de la unidad de salud. El dispositivo intrauterino (cobre/levonorgestrel) se puede colocar inmediatamente después de la realización de la AMEU/dilatación y evacuación o cuando se haya valorado el éxito del aborto farmacológico, a menos de que se haya documentado un proceso infeccioso intrauterino.	1 y 2*
Definitivo • Vasectomía • Oclusión tubaria bilateral	Se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria, tan pronto como sea posible y previo al alta del proceso de atención al aborto cuando se cuente con las condiciones adecuadas para ello: paridad satisfecha, consentimiento informado, quirófano para cirugía ambulatoria y demás consideraciones clínicas asociadas a estos procedimientos. De no poder brindarse la oclusión tubaria bilateral en el momento en el que la usuaria lo solicita, se debe otorgar otro método temporal y la referencia al sitio donde se pueda llevar a cabo.	1
Se recomienda enfatizar la doble protección y los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o no se deseen métodos definitivos. La consejería debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia. De acuerdo con los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, la edad como único criterio NO es una razón para negar cualquier tipo de anticonceptivo a las adolescentes por lo que deben de tener acceso a todas las opciones y pueden usar cualquier método anticonceptivo, siempre que no exista contraindicación específica para ello (como con usuarias de otros grupos etáreos). *En personas menores de 18 años, los inyectables de sólo progestina entran en categoría 2 de los criterios de la OMS (ver Anexo 6).		

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2014) Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, Resumen ejecutivo, 5ª edición.

10. Aborto seguro como servicio esencial, telemedicina y aborto autogestionado

Los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la anticoncepción y el aborto, son servicios esenciales que por su trascendencia son no diferibles. La atención al aborto, espontáneo e inducido, debe ser prioritaria, debido a que es sensible al tiempo: es más seguro mientras más oportunamente se realice con respecto a la edad gestacional; su atención resolutiva no debe aplazarse bajo ninguna circunstancia[6,7,14]. Todo lo contrario, el negar o retrasar los servicios de aborto seguro, puede conducir a daños prevenibles e injustificados a mujeres y personas con capacidad de gestar, incluidas niñas y adolescentes, por lo cual es un imperativo ético y profesional garantizar su atención de forma oportuna, gratuita, segura y universal.

Para hacer frente a la crisis por COVID-19, distintos órganos colegiados (ACOG, Society of Family Planning, RCOG, Commissioner of Human Rights/Council of Europe, FIGO) han apoyado la incorporación de estrategias remotas para garantizar la continuidad y la seguridad de la atención al aborto[77,78,79].

Diversos países han implementado la telemedicina[xl] para asegurar la disponibilidad de los servicios de aborto seguro, legal y accesible, incorporando el manejo con medicamentos y el proceso del consentimiento informado [70], misma que ha resultado ser eficaz, segura, altamente aceptable para las usuarias y facilita el acceso a la atención en áreas rurales[80].

[xl] Para la Asociación Médica Mundial (2018), la telemedicina es el ejercicio de la medicina a distancia, cuyas intervenciones, diagnósticos, decisiones terapéuticas y recomendaciones de tratamientos subsiguientes están basadas en datos de los pacientes, documentos y otra información transmitida a través de sistemas de telecomunicación; y puede realizarse entre un médico y un paciente o entre dos o más médicos, incluidos otros profesionales de la salud.

Se ha demostrado que las intervenciones médicas actuales para abortar, sobre todo en las primeras semanas del embarazo, pueden realizarse en el ámbito de la atención primaria ambulatoria, facilitando aún más el acceso a la atención. Además, las usuarias pueden hacerse cargo por sí mismas de algunas o de todas las etapas sin acudir a establecimientos sanitarios[14,66].

El derecho a la salud se extiende a sus determinantes subyacentes, como es el acceso a información en salud e incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre cuestiones de salud, y bajo esa lógica define a la auto-asistencia como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y hacer frente a enfermedades y discapacidades, con o sin el apoyo de un prestador de atención sanitaria, por lo que las mujeres tienen un papel que desempeñar en la gestión de su propia salud, incluyendo el aborto[81].

Así, la OMS señala a la autogestión (automedicación, autotratamiento, autoexamen, autoadministración, autoutilización) como una solución para mejorar la salud y el bienestar, cuando es accesible y asequible. También ha destacado que, en determinadas circunstancias, se recomienda la gestión de medicación (mifepristona y misoprostol) sin supervisión directa del personal sanitario cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a proveedores de salud en cualquier momento del proceso. El aborto autogestionado entonces, se refiere a la práctica de auto abastecimiento de medicamentos para el aborto, seguido de su autoconsumo y de la autogestión del proceso de aborto, fuera de un contexto clínico[70].

Adoptado inicialmente en muchos países por el confinamiento obligatorio derivado de la pandemia COVID-19, el acceso a este servicio esencial tiempo-dependiente por telemedicina o autogestión, podría ofrecerse como una opción más, junto con las intervenciones quirúrgicas ambulatorias y el aborto con medicamentos administrados en los establecimientos de salud, según las preferencias y necesidades de las usuarias. Si bien ha sido una solución provisional, puede ser la mejor opción para un gran número de mujeres y personas embarazadas en todo el mundo, debido a que permite privacidad, autonomía y confidencialidad; y tales características son indicadores de calidad de una atención desmedicalizada, respetuosa y digna, y empoderan a las personas[80, 82, 83].

11. Registro de la información

Los expedientes clínicos son instrumentos legales y una herramienta útil para lograr que las mujeres, niñas y adolescentes accedan a la justicia cuando así se requiera.

El personal de salud tiene la obligación de conformar adecuadamente el expediente clínico, además es un derecho de las usuarias que toda intervención, comentario, información requerida, diagnóstico o valoración clínica conste a cabalidad en su expediente.

La NOM 046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención* señala que, la adopción de formatos de detección de violencia y evaluación de riesgo que deben ser integrados al expediente clínico; la información que integra el expediente debe sustentar el o los diagnósticos, sin señalar conclusiones ajenas al ámbito clínico y sin utilizar abreviaturas.

En apego a la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, todas las intervenciones médicas y quirúrgicas, cuando sea el caso, deben quedar registradas en las notas clínicas y ser debidamente codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente (CIE-10), independientemente de la modalidad de tratamiento con la que se atendió. En el caso de los abortos inducidos, se debe usar el código O04 “aborto médico” (aborto médico o aborto inducido por razones terapéuticas); para la Ciudad de México y Oaxaca las ILE deberán de registrarse con el código Z30.3 “extracción menstrual” (interrupción del embarazo, regulación menstrual)[55].

Además, toda la información referente a la atención otorgada en las unidades de salud a usuarias, niñas y adolescentes **víctimas de violencia**, debe ser documentada en el formato de **“Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión”, SINBA SEUL-17-P** de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). En este formato se incluyen datos de la usuaria, agresor, características del evento, sitio de ocurrencia, áreas anatómicas afectadas, consecuencias resultantes de la agresión y afecciones tratadas[xli].

[xli] El CNEGSR ha establecido un instrumento de monitoreo

12. Rutas de Vinculación

Contar con rutas de atención integral para las usuarias dentro y fuera del sistema de salud, coadyuva a contrarrestar los daños prevenibles e injustificados a mujeres y personas con capacidad de gestar, incluidas niñas y adolescentes y a garantizar el acceso a un aborto seguro.

Vinculación Intrainstitucional. Las estrategias de cooperación entre unidades de diferentes niveles de atención, promueven la optimización de tiempo y recursos, y representan servicios más efectivos para las usuarias. La unidad de atención que resulte ser el primer contacto con usuarias en situación de aborto y que no implique una urgencia médica que amerite manejo intrahospitalario, puede hacer uso del sistema de referencia al SAS siempre y cuando identifique una ruta establecida para referir los casos.

Para ello se recomienda:

a) Difundir este Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México y la Guía Operativa para la Implementación de los Servicios de Aborto Seguro, cuando la atención se brinde en ellos.
b) Informar a la usuaria el servicio que se brinda en el SAS y proporcionarle la dirección y horario de atención.
c) Establecer una red de referencia para casos a través de los formatos oficiales establecidos (preferentemente sin limitarlo solo a ello) además de la comunicación entre quien refiere y quien recibe a través de medios físicos y electrónicos, según proceda.
d) Actualizar constantemente números de contacto y horarios de atención del servicio, así como del personal responsable del componente y de los servicios que se puedan requerir por tipo de intervención o seguimiento, según corresponda.
e) Capacitar al personal directivo, administrativo y operativo de las unidades de salud de los diferentes niveles de atención sobre el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México y la Guía Operativa para la Implementación de los SAS, cuando la atención se bride en ellos.
f) Fortalecer la red de referencia en la que participen las autoridades de los diferentes niveles de atención y el personal responsable del componente.

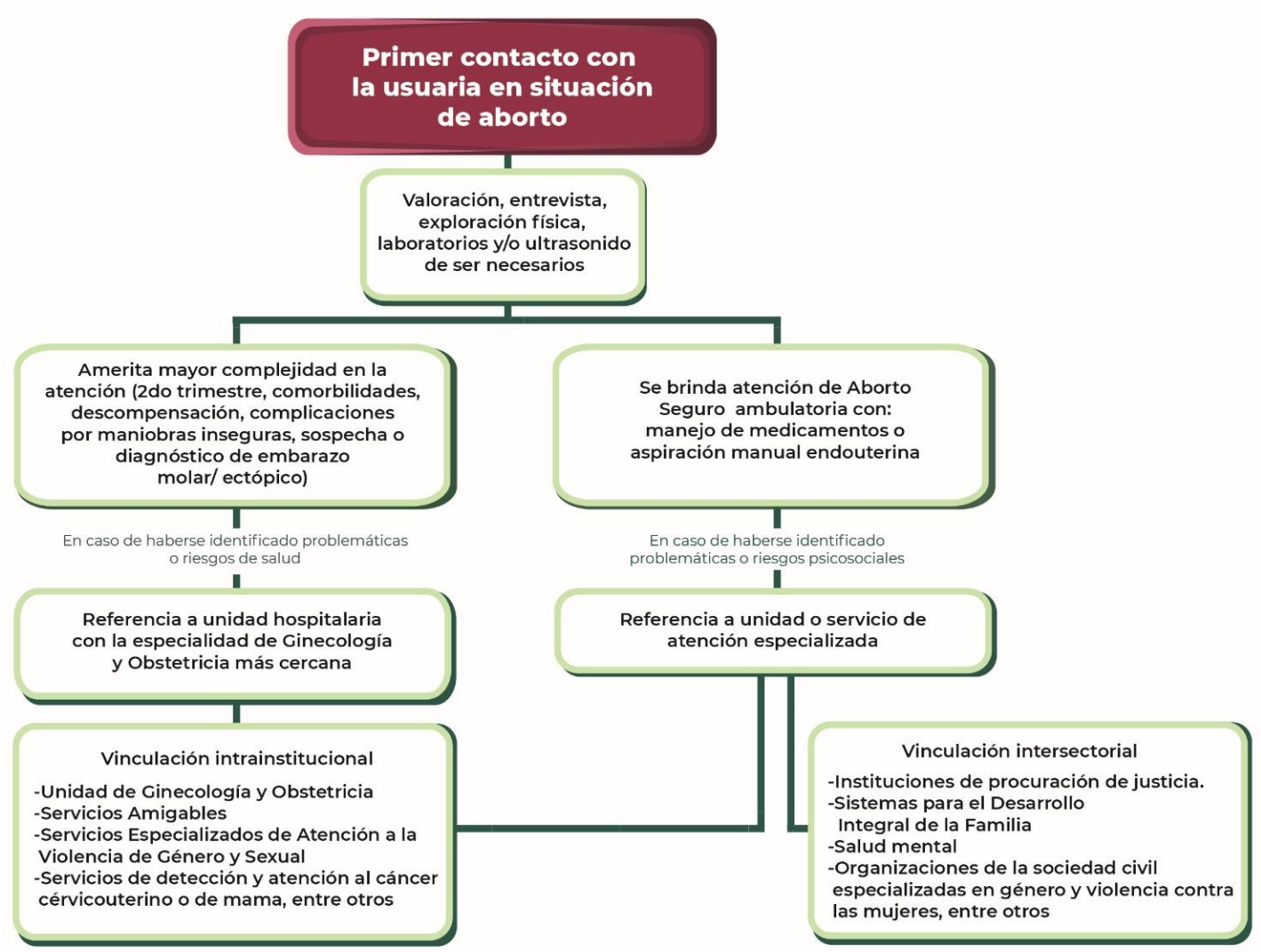
g) Trabajo colaborativo con otros componentes o programas del sistema de salud vinculados a atención de problemáticas psicosociales y establecer rutas de referencia y seguimiento.
h) Capacitar en el manejo de aborto seguro al personal de las unidades de salud de los tres niveles de atención, especialmente aquellas que atienden eventos obstétricos.
i) Establecer una coordinación interinstitucional para el traslado de usuarias hacia el SAS a otras unidades de salud en caso de una urgencia médica.

Es probable que se detecten otras necesidades de atención en las usuarias de los SAS, por lo cual es necesario que el personal de salud conozca la diversa gama de servicios con los que se cuenta para la resolución de dichas necesidades. Para ello se debe activar el mecanismo de referencia y contrarreferencia con otros servicios vinculados como podrían ser:

a) Servicios amigables para adolescentes
b) Servicios Especializados de Atención a la Violencia de Género y Sexual
c) Servicios de detección y atención al cáncer cérvico-uterino o de mama
d) Servicios de atención y detección de infecciones de transmisión sexual
e) Servicios de ginecología y obstetricia para evaluación del riesgo preconcepcional e infertilidad
f) Servicios de anticoncepción y planificación familiar
g) Servicios de atención a adicciones
h) Servicios de salud mental

Se recomienda utilizar la Figura 3 y el Anexo 8 como ejemplos de rutas generales en la que se basen los flujos específicos de atención en los SAS:

Figura 3. Vinculación institucional para la atención a usuarias en situación de aborto. Niveles de atención y referencia a los Servicios de Aborto Seguro



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR; 2021.

Vinculación intersectorial. La vinculación intersectorial tiene lugar cuando dentro del sistema de salud no se cuenta con las atribuciones para atender ciertas necesidades de las usuarias que exceden el propósito de los servicios de salud.

Con base en el artículo 46 fracción VII de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se debe: *Canalizar a las víctimas a las instituciones que prestan atención y protección a las mujeres.* La referencia se debe realizar de manera organizada con la finalidad de coordinar acciones en conjunto para el logro de objetivos en favor de las usuarias. Por ello, se deberá identificar las diferentes instituciones dentro de cada entidad que brinden servicios especializados entre las que se encuentran:

- Instancias de procuración de justicia: Centros de justicia de las mujeres, institutos de las mujeres a nivel estatal o municipal, fiscalías especializadas en atención a la violencia familiar, procuradurías o fiscalías en atención y protección a niñas, niños y adolescentes, centros de atención a víctimas.
- Servicios de salud mental para la atención de padecimientos previos referidos por la usuaria o detectados en la historia clínica.
- Organizaciones de la sociedad civil que trabajen temas de género y violencia contra la mujer y cuenten con la atención especializada de refugio o centros de atención externos.
- Sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia, estatal y municipal.

Figura 4. Procesos de vinculación

Fuente: Elaboración propia. CNEGSR; 2021.

13. Anexos

Anexo 1. Causales legales de aborto en México

Entidad federativa	Imprudencial	Violación	Inseminación forzada	Peligro de muerte	Daño a la salud	Alteraciones genéticas o congénitas	Causas económicas	Autonomía reproductiva
Aguascalientes	●	●		●				
Baja California	●	●	●	●				
Baja California Sur	●	●	●	●	●	●		
Campeche	●	●			●			
Chiapas		●		●		●		
Chihuahua	●	●	●		●			
Ciudad de México	●	●	●		●	●		●
Coahuila	●	●	●	●	●	●		
Colima	●	●	●	●	●	●		
Durango	●	●		●				
Guanajuato	●	●						
Guerrero	●	●	●		●	●		
Hidalgo	●	●	●		●	●		
Jalisco	●	●		●	●			
Estado de México	●	●		●		●		
Michoacán	●	●	●		●	●	●	
Morelos	●	●	●	●		●		
Nayarit	●	●		●	●			
Nuevo León		●		●	●			
Oaxaca	●	●	●	●	●	●		●
Puebla	●	●		●		●		
Querétaro	●	●						
Quintana Roo	●	●		●		●		

Entidad federativa	Imprudencial	Violación	Inseminación forzada	Peligro de muerte	Daño a la salud	Alteraciones genéticas o congénitas	Causas económicas	Autonomía reproductiva
San Luis Potosí	●	●	●	●				
Sinaloa	●	●		●				
Sonora	●	●		●				
Tabasco		●	●	●				
Tamaulipas	●	●		●	●			
Tlaxcala	●	●	●	●	●	●		
Veracruz	●	●	●	●		●		
Yucatán	●	●	●	●		●	●	
Zacatecas	●	●		●	●			
Código Penal Federal	●	●		●				

Fuente: Elaboración propia a partir de los Códigos Penales de las entidades federativas y el Código Penal Federal. CNEGSR;2021.

Anexo 2. Manejo del dolor y paliativo

Fármaco	Dosis	Indicación
Ibuprofeno	400 a 800 mg por vía oral, 1 hora antes de la toma de misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU) y luego cada 8 horas por 1-3 días.	Analgésico
Ketorolaco	10-30mg por vía oral o sublingual cada 8h, 1 hora antes de la toma del misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU); 30 mg por vía intravenosa en un plazo de 15 segundos, de 30 a 60 minutos antes de la AMEU; 60mg por vía intramuscular 1 hora antes del procedimiento. Las dosis se reducen a la mitad cuando el peso corporal sea menor a 50Kg.	Analgésico
Paracetamol	1gr por vía oral cada 8 horas, en caso de temperatura mayor a 38°C o alergia a los AINES para manejo del dolor.	Antipirético
Loperamida	2mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antidiarréico
Metoclopramida	10mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antiemético
Dimenhidrinato	50mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antiemético

- Un manejo conductual del dolor mediante el acompañamiento a la usuaria durante el procedimiento, con un trato respetuoso y empático y la colocación de una almohadilla térmica o una bolsa de agua caliente en la región abdomino-pélvica pueden mejorar la percepción del dolor, pero no sustituyen el manejo analgésico farmacológico.
- Para el manejo de narcóticos, ansiolíticos, de sedación o anestesia regional, se debe interconsultar al personal de anestesiología, de así requerirse.

Fuente. Adaptado de Actualizaciones clínicas en salud reproductiva, Ipas CAM; 2020.

Anexo 3. Técnica de Aspiración Manual Endouterina[65,84,86]. Aspectos Generales

1. Preparación:

1.1. **Previo consentimiento informado,** solicitar que pase al sanitario y vacíe la vejiga. Verificar la funcionalidad del equipo (lubricación, ensamblado, etc.).

1.2. **Medidas preventivas:**

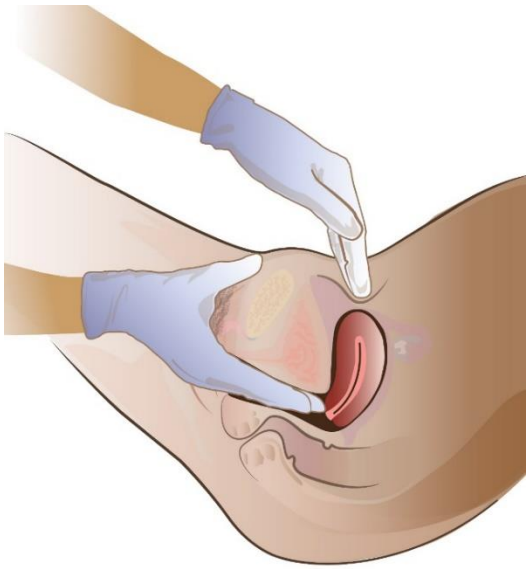
a. Manejo del dolor:

- Medidas no farmacológicas antes, durante y después del procedimiento, tales como el manejo conductual del dolor (brindar acompañamiento, trato empático y respetuoso, apoyo verbal) y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre la región abdomino-pélvica.
- Ibuprofeno, 400 a 800 mg por vía oral (valorar otro analgésico anti-inflamatorio no esteroideo en caso de alergia). Una opción a la vía oral es la administración intramuscular o intravenosa de ketorolaco 30mg en un plazo de 15 segundos, de 30 a 60 minutos antes del procedimiento, previo a la administración del misoprostol para la preparación cervical.

b. Profilaxis antibiótica antes de la aspiración: 200 mg de doxiciclina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500 mg de azitromicina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500 mg de metronidazol por vía oral, antes del procedimiento. Si no se cuenta con la posibilidad de ofrecer la profilaxis, no debe retrasarse el manejo resolutivo. Cuando durante la exploración se identifiquen datos clínicos de infección, el esquema farmacológico será a dosis terapéuticas y tampoco debe retrasar el procedimiento.

c. Preparación cervical, con misoprostol a dosis de 400µg por vía sublingual o vaginal de 1 a 3 horas antes del procedimiento. En caso de alergia al misoprostol se pueden emplear dilatadores osmóticos, colocados 6 a 24 horas antes del procedimiento. Cuando se cuente con mifepristona, se pueden administrar 200mg por vía oral 1 o 2 días antes del procedimiento.

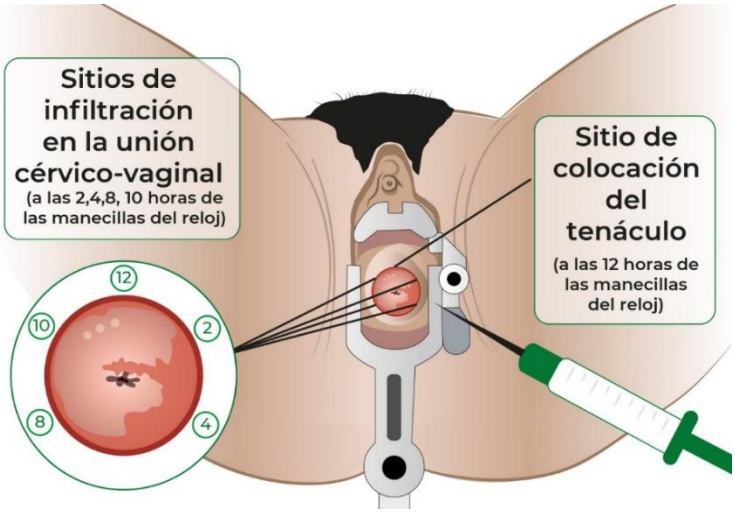
1.3. **Exploración bimanual,** para determinar la posición del útero, la orientación del fondo uterino con relación al cérvix, firmeza del útero, modificaciones cervicales.



Fuente: Elaboración propia con base en Ipas; 2020.

1.4. **Preparación antiséptica del cérvix** (con clorhexidina o compuesto yodado), previa colocación gentil del espéculo vaginal.

1.5. **Bloqueo paracervical**: habiendo colocado el espéculo y realizado el aseo cervical, se prepara una jeringa con 20 ml de solución de lidocaína al 1% y una aguja con longitud de 3 cm; o bien 10 ml de lidocaína al 2% (sin sobrepasar los 4.5mg/Kg o 200mg en total); si se cuenta con bicarbonato de sodio al 8.4%, se adiciona 1ml por cada 10ml de solución anestésica. Se debe aspirar previo a la infiltración para evitar una administración intravascular. Se administran 2ml de lidocaína superficialmente en el labio anterior del cérvix, en el radio de las 12, antes de colocar ahí el tenáculo con el que se sujetará el cérvix. La lidocaína restante se infiltra en cantidades iguales y muy lentamente en la unión cérvico-vaginal, a las 2, 4, 8 y 10 horas (con una profundidad de 3cm para ofrecer un mejor alivio del dolor que con la administración superficial) y se inicia el procedimiento. Cabe señalar, que esta estrategia analgésica por sí sola no será eficaz para el manejo del dolor asociado con la expulsión fetal durante el aborto con medicamentos más allá del primer trimestre.

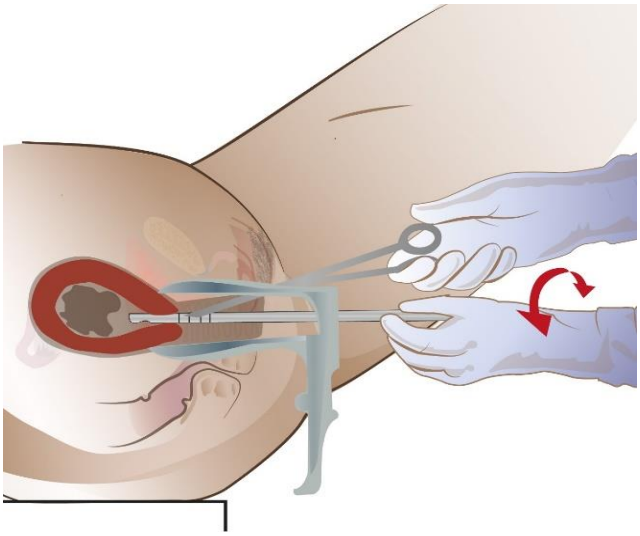


Fuente: Elaboración propia con base en Ipas; 2020.

2. Procedimiento de aspiración:

2.1. Con el cérvix fijo entre las valvas del espéculo, se **realiza tracción gentil con el tenáculo colocado en labio superior**, radio de las 12, y se introduce la cánula plástica del diámetro mínimo acorde a las semanas de gestación y a las modificaciones cervicales, a través del cérvix, hasta pasar el orificio cervical interno (tomándola de su extremo distal y evitando que el extremo proximal que entrará a la cavidad uterina se contamine con las paredes vaginales). Al llegar al fondo uterino, se retira la cánula de 1-2cm.

2.2. Se **conecta la cánula al aspirador preparado** (con el aro de seguridad en su lugar con los clips dentro de los respectivos orificios del cilindro, con los botones de la válvula cerrados y con los brazos del émbolo abiertos y apoyados en la base del cilindro), se oprimen los botones para liberar el vacío y se procede a evacuar el contenido uterino, desplazando suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación de 180° en cada dirección y, simultáneamente, ejerciendo un movimiento de adentro hacia afuera.

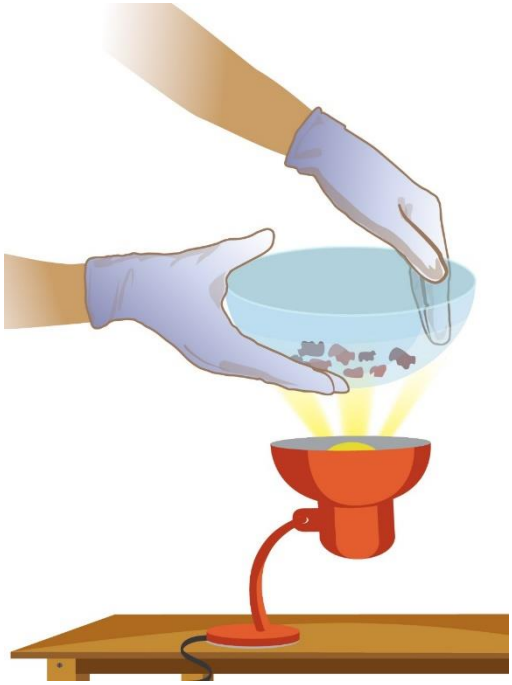


Fuente: Elaboración propia con base en Ipas; 2020.

2.3. Cuando se observe el paso de contenido espumoso rojo o rosa sin restos ovulares a través de la cánula, se perciba una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del útero vacío, éste se contraiga alrededor de la cánula y la usuaria refiera cólico, se finalizará el procedimiento, oprimiendo los botones hacia adentro y hacia adelante y se desconectará la cánula del aspirador.

2.4. **Verificar la hemostasia previo al retiro del espéculo vaginal:** ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo, en cuyo caso, bastará con ejercer presión directa con una gasa montada o torunda por algunos minutos.

2.5. Se recomienda **vaciar el contenido del aspirador en un recipiente para su inspección visual:** esto permite confirmar que el procedimiento ha sido completo al constatar la presencia de restos ovulares consistentes con la edad gestacional y descarta la posibilidad de embarazo ectópico (salvo los casos sumamente infrecuentes de embarazo heterotópico).



Fuente: Elaboración propia con base en Ipas; 2020.

2.6. Cuando así corresponda, se sugiere **preservar una muestra de dicho material como evidencia forense,** con el cuidado de no solicitar a la usuaria que constate los hallazgos físicos.

2.7. El prestador del servicio iniciará el **procesamiento del instrumental** tan pronto como termine la aspiración (en cuanto termine el procedimiento, debe sumergir el equipo en agua mientras se lava y somete a desinfección de alto nivel o a esterilización) (ver Anexo 7).

3. Procedimientos complementarios:

3.1. **Anticoncepción post aborto** (previa aceptación de la usuaria y consentimiento informado):

a. La **colocación de un dispositivo intrauterino** se puede realizar antes de retirar el espéculo (a menos de que se haya documentado un proceso infeccioso intrauterino).

b. El **implante subdérmico**, puede colocarse una vez terminado el procedimiento, antes de que la usuaria se levante de la camilla.

c. **Los métodos de acción corta se pueden iniciar el mismo día que se realiza la aspiración, pero se recomienda priorizar los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.** Se debe suministrar también método de barrera para doble protección y anticoncepción de emergencia.

3.2. Comunicar a la usuaria que el procedimiento ha terminado. Debe continuar la vigilancia de su estado clínico, signos vitales, verificar que se encuentre acompañada, continuar atendiendo sus necesidades hasta el momento del egreso en óptimas condiciones. Es necesario proporcionarle por escrito los datos de alarma y el seguimiento que corresponda.

Anexo 4. Cuadro clínico y clasificación del choque hipovolémico ATLS (Advanced Trauma Life Support)

Parámetro	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida sanguínea estimada (mL)	750	750-1500	1500-2000	>2000
Pulso	<100	100-120	120-140	>140
Presión arterial (mmHg)	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso (mmHg)	Disminuida	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Estado mental	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad - confusión	Confusión-Letargia
Pérdida sanguínea (% de volumen sanguíneo)	15	15-30	30-40	>40
Reemplazo de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides + Paquete Globular	Cristaloides + Paquete Globular

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones [Internet] 2017.Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia, Actualización 2017.

Anexo 5. Escala obstétrica modificada qSOFA para la evaluación de la falla orgánica[85]

Parámetros	Puntaje		
Presión arterial sistólica	≤100 mmHg	1	El estado mental alterado o una puntuación >2 se asocia con un incremento significativo de la morbilidad en las mujeres embarazadas
Frecuencia respiratoria	>22 respiraciones/min	1	
Estado mental alterado	Glasgow <15	1	

Fuente: Torres-Torres J, et al (2021) Protocolo de Iberoamerican Research Network y la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología para SARS-CoV-2 y embarazo. Actualización de la evidencia en: control prenatal, tratamiento, prevención y vacunación.

Anexo 6. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos[87]

Categoría	Criterio clínico	Criterio clínico limitado
1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo	Se puede usar
2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados	
3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método	El beneficio supera los riesgos
4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud	No se puede usar
Recomendaciones relacionadas con la seguridad en el uso de los métodos anticonceptivos. Las prioridades para la clasificación fueron establecidas con base en la posibilidad de que el método anticonceptivo empeore una condición médica preexistente o genere riesgos adicionales para la salud y, además, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo.		

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, Resumen ejecutivo, 5ª edición. 2014.

Anexo 7. Procesamiento del instrumental

Información básica sobre la prevención de infecciones:

- Lávese las manos inmediatamente antes y después de tener contacto con cada paciente.
- Considere que *toda la sangre y todos los líquidos corporales de todas las pacientes pueden estar contaminados*.
- Use barreras de protección personal (guantes, batas, protección facial, calzado) cuando se prevé que habrá contacto con sangre u otros líquidos corporales.
- Protéjase para evitar perforaciones en la piel con instrumental punzo-cortantes, en particular cuando maneje las agujas.
- Utilice *la técnica de no tocar*; antes de la inserción, el extremo de la cánula, o de cualquier otro instrumento que se introduzca en el útero, no debe de tocar jamás las superficies no estériles (incluidas las paredes vaginales).

  Importante: Los aspiradores deben desarmarse por completo para la descontaminación, desinfección de alto nivel (DAN) y/o Esterilización y volver a armarse para el almacenamiento.

1. Descontaminación.

- Después del procedimiento, todos los aspiradores AMEU y las cánulas que vayan a ser reutilizadas deben dejarse en una solución de cloro al 0.5% para la descontaminación, de preferencia en un recipiente de plástico para facilitar su lavado y evitar que se sequen los residuos.
- La segunda opción para la descontaminación es la inmersión del material en una solución con jabón enzimático por un tiempo de 20 minutos. Siguiendo las instrucciones del fabricante diluir 1 sobre de 20 mg por 4 litros de agua tibia.
  Precaución: Los aspiradores AMEU y las cánulas por ningún motivo deben manipularse sin guantes.

2. Lavado

- Para continuar lave las superficies de todos los instrumentos minuciosamente con agua tibia y detergente, use guantes y una mascarilla protectora.
- Si hay restos ovulares o sangre seca en el interior de la cánula, enjuáguela a presión con agua varias veces o use un hisopo de algodón o paño suave para sacar el material.
- Lave las grietas y el interior del cilindro, las piezas de la válvula y el émbolo con un cepillo de cerdas suaves, teniendo cuidado de no salpicar.
- Lave cada componente hasta que, al inspeccionarse cuidadosamente, no quede rastro visible de restos ovulares o sangre, y luego enjuáguelo. Permita que se sequen los componentes.

  Precaución: No utilice ningún objeto puntiforme o afilado para limpiar las piezas de la válvula o para desplazar el anillo-O. Esto podría dañar el revestimiento de la válvula o el anillo-O e impedir que el aspirador conserve el vacío.

3. Opciones de procesamiento

- El aspirador de AMEU no entra en contacto directo con el cuerpo de la mujer. Sin embargo, cuando se utiliza, el cilindro se llena con sangre y existe el posible riesgo de que algunos contaminantes de una paciente anterior se introduzcan en el cuerpo de otra mujer si el aspirador de AMEU no se procesa debidamente (es decir, si no es remojado, limpiado y esterilizado o sometido a DAN) entre cada uso. Por lo tanto, después de su limpieza, el aspirador AMEU debe someterse a desinfección de alto nivel o esterilización entre pacientes para eliminar los contaminantes. Una vez procesado, puede guardarse en un contenedor limpio.

Desinfección de Alto Nivel

- **Pasos para la desinfección de alto nivel con remojo en una solución de hipoclorito de sodio al 0.5%:**
  Sumerja los instrumentos completamente de manera que la solución los cubra por dentro y por fuera. Use un contenedor plástico (no metálico). Remójelos en una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos, séquelos con una compresa estéril. La solución de cloro debe cambiarse a diario o antes si se enturbia.

- **Pasos para la desinfección de alto nivel con glutaraldehído potencializado:**
  Sumerja los instrumentos completamente en la solución de glutaraldehído potencializado y déjelo inmerso por 15 min, siguiendo las instrucciones del fabricante diluir 20 ml x 1 litro de agua tibia. Deseche después de 14 días o antes si se enturbia.

- **Pasos para la desinfección de alto nivel con glutaraldehído al 2%:**
  Sumerja los instrumentos completamente en la solución de glutaraldehído al 2% (y déjelo inmerso por 20 min siguiendo las instrucciones del fabricante diluir 20 ml x 1 litro de agua tibia. Deseche después de 14 días o antes si se enturbia.

- **Pasos para la desinfección de alto nivel por ebullición**:
  Hierva durante 20 min, saque cada una de las piezas con precaución cuando lleguen a temperatura ambiente.

  Nota: Si se utilizaron agentes químicos para la DAN, sacar el material, enjuagar todas las piezas con agua estéril y secar con compresa estéril.

Esterilización

- **Pasos para la esterilización con glutaraldehído potencializado:**
  Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído potencializado por 60 minutos. Siguiendo las instrucciones del fabricante diluir 60 ml por litro de agua tibia.

- **Pasos para la esterilización con glutaraldehído al 2%:**
  Sumerja los instrumentos completamente en la solución de glutaraldehído al 2% y déjelo inmerso por 10 horas. Siga las instrucciones del fabricante.
  Nota: Si se utilizaron agentes químicos para la esterilización, sacar el material, enjuagar todas las piezas con agua estéril y secar con compresa estéril.

- **Pasos para la esterilización con autoclave a vapor:**
  Todas las piezas del aspirador AMEU y de las cánulas pueden esterilizarse al vapor a 121 °C (250 °F). Las piezas no deben tocarse entre sí y el aro de seguridad debe retirarse completamente del cilindro.
  Las cánulas, especialmente las de menor tamaño, podrían ponerse curvas en el autoclave a vapor. Para minimizar esto, envuélvalas en tela o papel y coloque el paquete en la parte inferior de la autoclave.
  Procese los instrumentos en autoclave durante 30 minutos a 121 °C (250 °F).
  Deje enfriar todos los instrumentos antes de utilizarlos.

  Precaución: No utilizar “ciclos flash” en autoclave de vapor ya que el equipo puede sufrir daños.

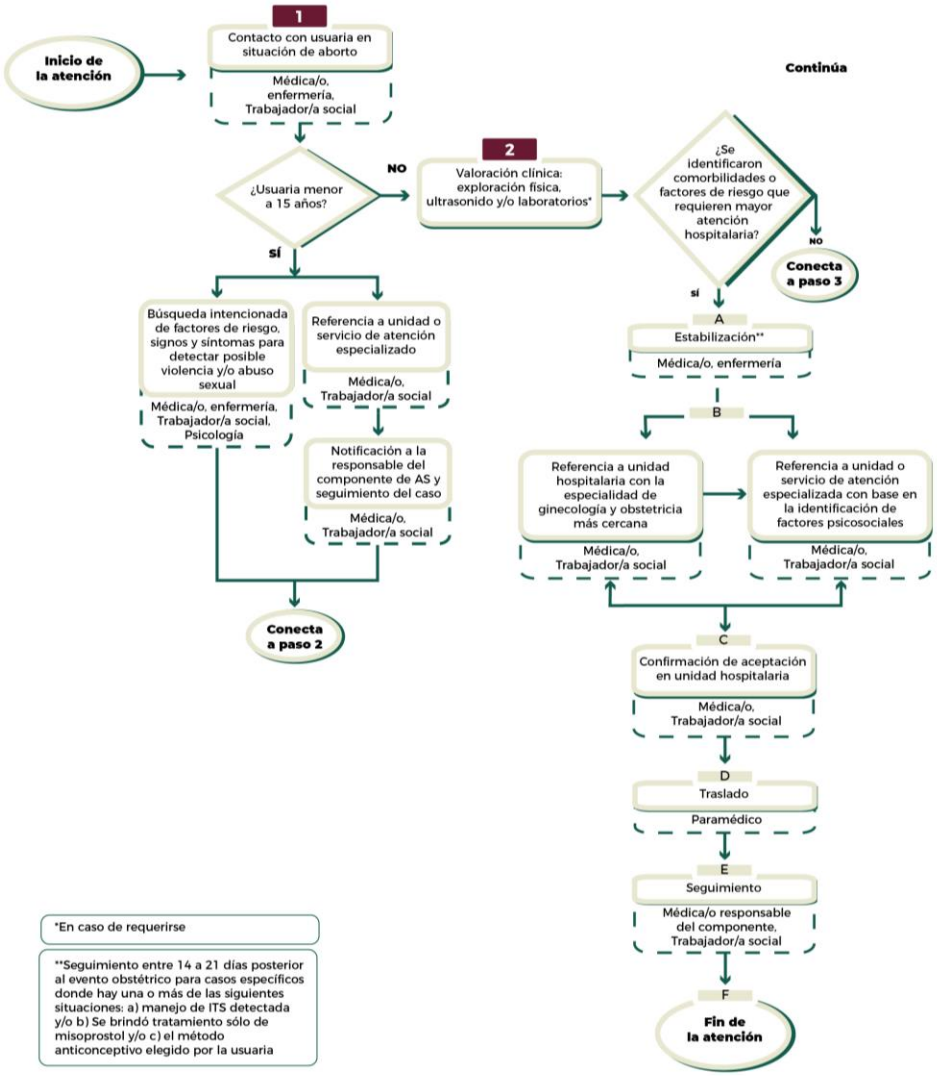
4. Almacenamiento del instrumental

- Almacene el instrumental en un ambiente que conserve el nivel de procesamiento deseado. Una vez que el instrumental haya sido procesado, el reto es asegurar que no se contamine de nuevo durante su almacenamiento o manejo.
- Es muy importante mantener la esterilidad o desinfección de alto nivel del instrumental hasta el momento en que se vuelva a utilizar.
- Después que un instrumento ha sido procesado, se conserva solo tan limpio como el último objeto con que entró en contacto.
- Los instrumentos deben guardarse en contenedores secos, estériles o sometidos a DAN, cubiertos con tapas herméticas y protegidos del polvo y otros contaminantes. El material procesado debe utilizarse durante los siguientes 7 días, si no se usan dentro de ese plazo, deben procesarse nuevamente.
- El aspirador AMEU debe armarse previo al procedimiento y utilizar solo una gota de lubricante en el anillo-O para su facilitar su uso. Verifique que conserve el vacío.

Nota: Es importante rotular cada equipo armado y cada cánula: con fecha, número de calibre y nombre de quien procesó el material.

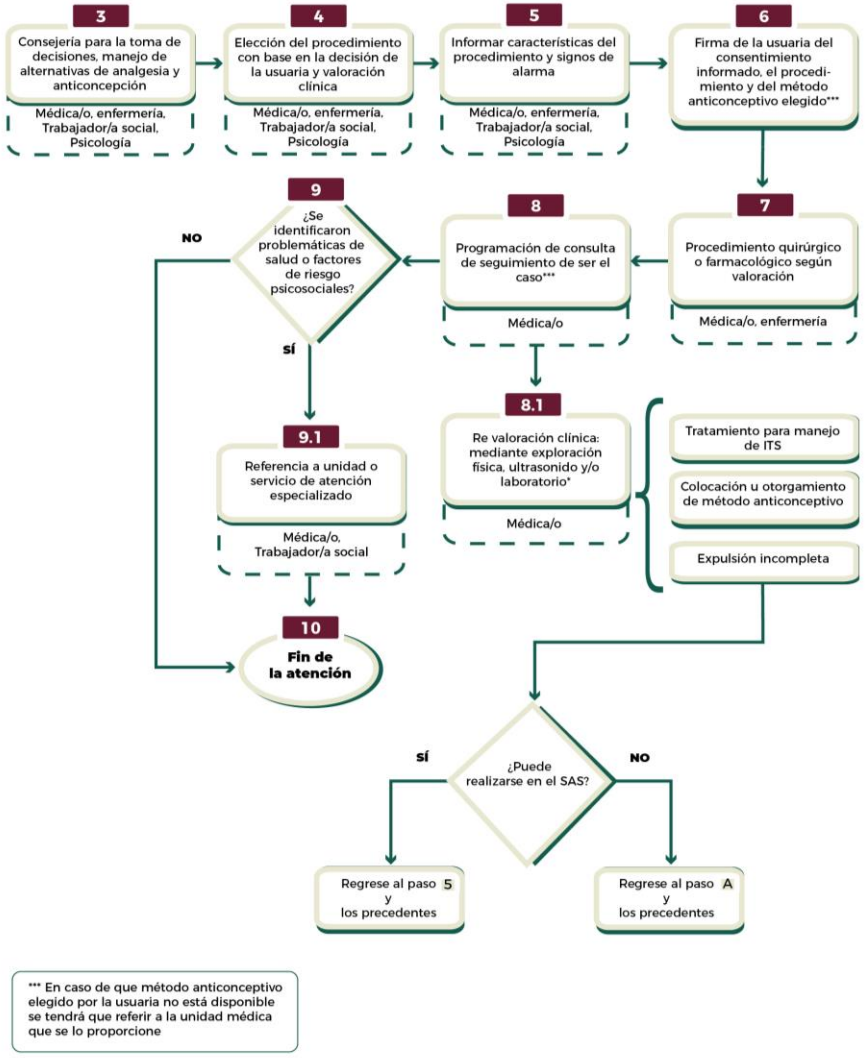
Fuente: Adaptado de Ipas; 2020. Procesamiento del aspirador AMEU y de las cánulas.

Anexo 8. Flujograma para la atención de mujeres en situación de aborto. Parte I



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR; 2021

Anexo 8. Flujograma para la atención de mujeres en situación de aborto. Parte II



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR; 2021

14. Referencias bibliográficas y documentos de consulta

1. Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024. Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Gob.mx. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

2. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020 - 2024. Programa Especial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Gobierno de México. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Disponible en:http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020

3. Moradinazar M, Najafi F, Nazar ZM, Hamzeh B, Pasdar Y Shakiba E. Lifetime prevalence of abortion and risk factors in women: Evidence from a cohort study. J Preg. [Internet]. 2020;4871494. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2020/4871494

4. Singh S & Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG [Internet]. 2015; 123(9):1489–98. Disponible en: https://doi.org/10.1111/1471-0528.13552.

5. Kapp N & Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet] 2020;63:37–44. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008

6. World Health Organization. COVID-19 Clinical management. Living guidance [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1

7. PAHO, WHO, UNFPA, UNICEF. Continuing Essential Sexual, Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health Services during COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331816

8. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z & Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet [Internet]. 2017; 390(10110):2372–81. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4

9. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander LT, Schiavon R. With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000-2016. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2020; 148(3):369–74. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ijgo.13077

10. Singh S, Remez L, Onda T, Sedg, G. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf

11. Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología. Informe semanal de morbilidad materna extremadamente grave, Semana epidemiológica 18 de 2021. [Internet]. 2021 Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/637272/MMEG_2021_SE18.pdf

12. Schiavon R, Troncoso E & Polo G. Analysis of maternal and abortion related mortality in Mexico in the last two decades (1990-2008). Int J Obst Gynecol 2012, Suppl.2: s78-s86 | DOI: 10.1016/S0020-7292(12)60004-6 y Actualización de los datos a 2016 presentados en el FORO ABORTO Y SALUD MENTAL; 12 y 13 de enero 2021. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz” y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Ciudad de México, 2021.

13. Dávila CA & Agudelo BM. Mortalidad evitable en México y su contribución a los años de vida perdidos. Análisis por grado de marginación estatal, 2001-2010. Pap Pob. [Internet]. 2014; 82: 267-286.Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n82/v20n82a12.pdf

14. World Health Organization. Medical management of abortion. [Internet]. 2018. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1

15. Aiken AR, Broussard K, Johnson DM & Padron E. Motivations and experiences of people seeking medication abortion online in the United States. Persp Sex Rep H. 2018; 50(4), 157-163.

16. Médicos Sin Fronteras. Aborto no seguro: una emergencia olvidada. 2019. Disponible en: .https://www.msf.mx/article/aborto-no-seguro-una-emergencia-olvidada

17. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. [Internet]. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=

18. UNFPA, Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto; 5 al 13 de septiembre de 1994, párrafo 7.2.

19. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

20. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal. Artículo 3.XIII Congreso de la Ciudad de México IL [Internet]. Disponible en:https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf

21. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. Violaciones al derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica. Tratos inhumanos en contra de una víctima y sobreviviente de violencia obstétrica y de sus familiares [Internet] Recomendación 05/2019.2019. Disponible en: https://cdhcm.org.mx/2019/07/recomendacion-05-2019/

22. Instituto Mexicano de la Juventud. Hacia una perspectiva de Juventud. Secretaría de Bienestar [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/484348/Hacia_una_Perspectiva_de_Juventud.pdf

23. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo en Revisión 1388/2015. [Internet]. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-04/AR%201388-2015%20-%20190404.pdf

24. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. DOF 19-02-2021

25. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Secretaría de Salud; 2016.

26. Ley General de Víctimas. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013.

27. Norma Oficial Mexicana NOM 046-SSA-2005. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009.

28. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2015. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015

29. Gobierno de la República, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

30. Ley de Salud del Distrito Federal. publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009. http://aldf.gob.mx/archivo-57709e169c4252ec9d2c639d24d94142.pdf

31. Código Penal Federal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931. DOF 19-0-2021. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Codigo_Penal_Federal.pdf

32. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. DOF 20-06-2018. https://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5518053&fecha=04/04/2018

33. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Núm. 28 relativa a las obligaciones básicas de los Estados partes de conformidad con el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 2010, párrafo 21. Disponible en: https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/CEDAW_Recomendaci%C3%B3n_General_28_ES.pdf

34. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994.

35. Comité de Derechos del Niño, Observación General 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del niño, 2003, http://sitios1.dif.gob.mx/procuraduriaDIF/docs/Ligas_5.pdf

36. Zamberlin N, Romero M & Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. Rep H. 2012; 9(1): 1-11.

37. Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 3: Mayo, 2021. [Internet] Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/LineamientoSMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf

38. Ortiz G. Atención Integral del aborto en menores de 15 años. CLACAI/IPAS [Internet]. 2020; 1-62. Disponible en: https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2021/01/guia_tecnica_aborto_menores_de_15_ipas_clacai.pdf

39. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, Pileggi V, Arenas-Monreal L, Rojas-Carmona A, Piña-Pozas M, Gómez Ponce de León R, & Souza JP. Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: systematic review and meta-analysis. Rev Pan Sal Pub. [Internet]. 2019; *43*(36). Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36

40. Ortiz O. ADAS, un camino para renovar la fortaleza emocional después de un aborto voluntario en Cedeño y Tena (coords.) Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias. CEIICH – UNAM. México, 2021.

41. Hatzenbuehler ML, Phelan JC & Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Pub H. [Internet]. 2013; 103(5), 813–821. Disponible en: https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069

42. Biggs MA, Neilands TB, Kaller S, Wingo E, Ralph LJ. Developing and validating the Psychosocial Burden among people Seeking Abortion Scale (PB-SAS). Plos One [Internet]. 2020; 15(12): e0242463. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242463

43. Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualising abortion stigma. Cul H Sex. 2009; 11 (6): 625 639.

44. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S & Becker D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 21(3 Suppl)[Internet] 2011;S49–S54.Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010

45. Ostrach B & Abi Samra R. Abortion complication syndemics: Structural stigma, pathologized pregnancies and health consequences of constrained care. Stigma Syndemics. Lexington Books. 2017.

46. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D & Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. Soc Sci Med. 2016; 150, 67-75.

47. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi KA, Palomino N, Sathar Z, Singh S & Tsui AO. Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. Glob Pub H. [Internet]. 2011; 6: sup1, S111-S125. Disponible en: DOI: 10.1080 / 17441692.2011.594072

48. Rocca CH, Moseson H, Gould H, Foster DG & Kimport K. Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. Soc. Sci. Med. 2021; 269, 113567.

49. Ramos-Lira L. Aborto Inducido; 2017 y Problemas de salud mental en Bancarte, Gómez, Medina-Arellano y Santillán-Doherty P. Ciencia y Conciencia. Diálogos y debates sobre derechos humanos: controversias en bioética. Fontamara: México, 2017.

50. Moreno López M, Flores Celis K, González-Forteza C, Saltijeral MT, Schiavon R, Collado ME, Ortiz O & Ramos Lira L. Relación entre estigma percibido y sintomatología depresiva en mujeres que interrumpen el embarazo legalmente en la Ciudad de México. Sal Ment. 2019; 42(1), 25-32.

51. Collado y Mora. Estigma y aborto: experiencias de mujeres y personal de salud en los servicios de ILE en la Ciudad de México en Cedeño y Tena (coords.) Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias. CEIICH – UNAM. México, 2021.

52. Ipas CAM. Encuesta Internacional de Personas Proveedoras y Acompañantes de Aborto [Internet]. 2020:1-14. Disponible en: https://www.ipascam.org/uploads/1617834925627_ES_ARCHIVO_1.pdf

53. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Núm. 24 La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), 1999, párrafo 31, e).

54. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. DOF 14-06-2012

55. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de octubre del 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

56. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, apartados 5.3 y 5.4. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/normas/DOF-30NOV12-NOM-024-SSA3-2012.pdf

57. Capdevielle P. Laicidad y libertad de conciencia, México: IIJ UNAM, 2013.

58. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2016, Párrafo 43. Disponible en: https://undocs.org/pdf?symbol=es/E/2016/22

59. Ministerio de salud. Guía práctica consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Chile [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf

60. Secretaría de Salud/CONAMED. Consentimiento Informado: Dignidad y protección del Derecho a la Salud, 2° edición; 2016.

61. Matjila MJ, Hoffman A, van der Spuy ZM. Medical conditions associated with recurrent miscarriage. Is BMI the tip of the iceberg? Eur J Gynaecol Obstet. Repr. Bio. [Internet]. 2017;214:91-96. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.05.003

62. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perrit J, Atrio J, Taylor D & Gold M. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. Contraception. [Internet]. 2020; 101(6): 361–366. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.005

63. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. Information for healthcare professionals Version 3.1. [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-31-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf

64. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Routine preoperative tests for elective surgery NICE guideline. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng45/resources/routine-preoperative-tests-for-elective-surgery-pdf-1837454508997

65. Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva [Interntet] 2020. Disponible en: https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/08/Actualizaciones-cl%C3%ADnicas-en-salud-reproductiva-CURHS20-Esp-digital.pdf

66. Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. [Internet]. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1

67. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, Castleman L, Kim C, Chung H & Gerard HA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2017;138(3):363–366. Disponible en: DOI: 10.1002/ijgo.12181

68. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Uso del misoprostol en ginecología y obstetricia, tercera edición. [Internet]. Mayo, 2013. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Uso-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecologia-FLASOG-2013.pdf

69. Edelman A. & Kapp N. Guía de referencia sobre dilatación y evacuación: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre'). Ipas [Internet]. 2018:1-78. Disponible en: https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/DESTRS18-GuiadeReferenciaSobreDilatacionyEvacuacion.pdf

70. National Abortion Federation (NAF). Guías de Práctica Clínica para la Atención del Aborto. [Internet]. 2020. Disponible en: https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020_CPGs_Spanish_FINAL.pdf

71. Carusi D. Pregnancy of unknown location: Evaluation and management. Semin. Perinatol. [Internet]. 2019;43(2):95–100.Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.12.006

72. Kuberska K, Turner S. The presence of absence: Tensions and frictions of pregnancy losses – An introduction. Womens Stud Int Forum [Internet]. 2019;74:91–3. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.03.009

73. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guía de Evidencias y Recomendaciones. CENETEC [Internet]. México, 2017. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-162-09/ER.pdf

74. Turner MJ. Maternal sepsis is an evolving challenge. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146(1):39–42. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ijgo.12833

75. World Health Organization. Statement on maternal sepsis [Internet]. 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254608/WHO-RHR-17.02-eng.pdf;jsessionid=085FF1FD93718ADF7330D055056B59CB?sequence=1

76. Rouse CE, Eckert LO, Muñoz FM, Stringer JSA, Kochhar S, Bartlett L, Sanicas M, Dudley DJ, Harper DM, Bittaye M, Meller L, Jehan F, Maltezou HC, Subelj M, Bardaji A, Kachikis A, Bigi R & Gravett MG. Postpartum endometritis and infection following incomplete or complete abortion: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. Vaccine. [Internet]. 2019; 37(52): 7585–7595. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.101

77. Fulcher IR, Neill S, Bharadwa S, Goldberg AB & Janiak E. State and federal abortion restrictions increase risk of COVID-19 exposure by mandating unnecessary clinic visits. Contraception. [Internet]. 2020;102(6):385–91. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.08.017

78. Commissioner for Human Rights/Council of Europe. Statement COVID-19: Ensure women's access to sexual and reproductive health and rights. [Internet] 2020. Disponible en: https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/covid-19-ensure-women-s-access-to-sexual-and-reproductive-health-and-rights

79. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Acceso al aborto y seguridad con COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.figo.org/es/acceso-al-aborto-y-seguridad-con-covid-19

80. American College of Obstetrics and Gynecology. Committee Opinion No. 163 Increasing Access to Abortion. Obstet Gynecol. [Internet]. 2014; 124 (5);1060-1065. Disponible en: https://doi.org/10.1097/01.aog.0000456326.88857.31

81. Organización Mundial de la Salud. Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Conexos. Resumen de orientación [Internet] 2019. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

82. Assis MP & Larrea S. Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. Sex Rep H Matters [Internet]. 2020;28(1):1779633. Disponible en: https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1779633

83. Erdman JN & Cook RJ. Decriminalization of abortion - A human rights imperative. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. [Internet]. 2020; 62: 11–24. Disponible en: https://doi.org/ 10.1016/j.bpobgyn.2019.05.004

84. Valenzuela B, Cruz M, Dueñas García OF, Collado-Peña SP, Valle A. Procedimientos para la evacuación del contenido uterino. En Dueñas García OF y Beltrán Montoya JJ, Manual de Obstetricia y Procedimientos Médico-Quirúrgicos. México: McGraw-Hill e Instituto Nacional de Perinatología; 2015.

85. Torres-Torres J, Robles R, Robles E, Espino S, Aguilar C, Hernández C, Gurrola R, Rojas L, Sandoval R, Moreno K, Moreno N, Celis C & Martínez R. Protocolo de Iberoamerican Research Network y la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología para SARS-CoV-2 y embarazo. Actualización de la evidencia en: control prenatal, tratamiento, prevención y vacunación. 2021:13. DOI: 10.17605/OSF.IO/6YT2G

86. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2019;84(6):460–8.

87. Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, Resumen ejecutivo, 5ª edición. 2014.

88. Fathalla M. Safe abortion: The public health rationale. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.[Internet]. 2020;63:2-12. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010

89. Secretaría de Salud / Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención pregestacional, Lineamiento Técnico, Tercera edición. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/458238/web_Atenci_n_Pregestacional_final.pdf

Marco de Referencia

Internacional

- Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica). 22 de noviembre de 1969. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. El Salvador., 17 de noviembre de 1988. Disponible en: https://www.cidh.oas.org/basicos/basicos4.htm

- Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará). Brasil, 9 de junio de 1994. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/13.CONVENCION.BELEN%20DO%20PARA.pdf
- Organización de las Naciones Unidas: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW). 18 de diciembre de 1979. Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx
- Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. Convención sobre los Derechos del Niño. 20 de noviembre de 1989.. Disponible en: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf
- Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx
- UNFPA, Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, 5 a 13 de septiembre de 1994. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995. Disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y El Caribe. 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Nairobi sobre la CIPD 25. Nairobi, Kenia, 12 a 14 de noviembre de 2019. Disponible en: https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf

Nacional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. DOF 19-02-21. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf
- Ley General de Víctimas. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013. DOF 06-11-2020. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV_061120.pdf
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero del 2007. DOF 17-12-2015. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo del 2000. DOF 19-08-2010. Disponible en: https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Ley-para-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril del 2004. DOF 28-12-2014. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS_171214.pdf

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero del 2004. DOF 07-02-2018. Disponible en: https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf

- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 , Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.cnts.salud.gob.mx/descargas/NOM-253-SSA1-2012.pdf

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril del 2016. Disponible en: https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_05.pdf

- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto del 2015. Disponible en: http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf

- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de junio del 2000. DOF 10-11-2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010

- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril del 2009. DOF 24-03-2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR05.pdf

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de octubre del 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre del 2010. DOF 30-11-2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012#:~:text=1.1%20Esta%20Norma%20tiene%20por,registren%2C%20intercambien%20y%20consoliden%20informaci%C3%B3n.

- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2010. DOF 08-01-2013. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero de 2009. Disponible en; http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4132/Salud/Salud.htm

Programático y de Salud

- Programa de Acción Especifico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao

- Programa Sectorial Derivado Del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Publicado en el Diario Oficial de la Federación. DOF 17-08-2020 Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

- Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024.Publicado en el Diario Oficial de la Federación. DOF 22-12-2020. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020#:~:text=El%20Gobierno%20de%20M%C3%A9xico%20consciente,mujeres%20y%20las%20ni%C3%B1as%2C%20as%C3%AD

- Gobierno de México. Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescente. 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

- Gobierno de México. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 3: Mayo, 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/LineamientoSMP_COVID19Actualizacion_110521.pdf

- Secretaría de Salud. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. 2009. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/PREVENCI%C3%93N-DIAGN%C3%93STICO-Y-MANEJO-DE-LA-HEMORRAGIA-OBST%C3%89TRICA.-LINEAMIENTO-T%C3%89CNICO_compressed-1.pdf

- Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. 2016. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

- Secretaría de Salud. Consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral. 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/347_SSA_09_OTB/GPC-347-09_Oclusixn_tubaria_bilateralEVR.pdf

- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia. 2017. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf

- Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención. 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/202_SSA_09_Anticoncepcion_temporal_hormonal/GPC_202-09_Anticonceptivos_temporalesEVR.pdf

- Barrientos. E. Guía de Práctica Clínica Métodos anticonceptivos temporales: dispositivo intrauterino y condón, consideraciones de uso y aplicación. 2018. Disponible en: https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/9814

- Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica Prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres de 12 a 59 años de edad, con énfasis en la violencia sexual. Disponbile en: http://cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-294-18/ER.pdf

GOBIERNO DE
MÉXICO