

Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México

Edición 2022

AS
BE
OG
RU
TR
OO



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

OPS Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
WHO REGIONAL OFFICE
AMERICAS

Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México

Edición 2022

LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO EN MÉXICO. EDICIÓN 2022

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Se autoriza la reproducción total o parcial del texto siempre y cuando se cite la fuente y la liga oficial de descarga.

Este documento no debe utilizarse con fines comerciales o electorales.

ISBN Digital: En trámite

Hecho en México

Aborto Seguro



DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JORGE ALCOCER VARELA
SECRETARIO DE SALUD

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

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

ELABORACIÓN

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 ABORTO SEGURO

COORDINACIÓN EDITORIAL
DRA. GRACIELA BEATRIZ MUÑOZ GARCÍA

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL
LIC. NOHEMÍ RUIZ VILLA
LIC. ADRIANA GUADALUPE TORRES ESPARZA
LIC. V. LETICIA MARTÍNEZ OSORIO

Revisión y Agradecimientos

Agradecemos la revisión técnica y los valiosos aportes de:

DR. MIGUEL MALO SERRANO

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE
LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD EN MÉXICO (OPS/OMS)

**DR. HUGO CÉSAR HERNÁNDEZ
CORDILLO**

JEFE DE ATENCIÓN MATERNA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

DR. ADRIANO B. TAVARES

ASESOR A CARGO DEL ÁREA DE
FAMILIA, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
CURSO DE VIDA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE
LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD EN MÉXICO (OPS/OMS)

**DR. MARIO ÁNGEL BURCIAGA
TORRES**

JEFE DE ÁREA DE CONTROL DEL
NIÑO SANO Y TAMIZ NEONATAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

**DR. RODOLFO GÓMEZ PONCE DE
LEÓN**

ASESOR REGIONAL SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA
CENTRO LATINOAMERICANO DE
PERINATOLOGÍA/SALUD DE LA MUJER
Y REPRODUCTIVA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD
(CLAP OPS/OMS)

LIC. ALEJANDRA SORIANO RUIZ

TITULAR DE LA COORDINACIÓN DE
IGUALDAD Y GÉNERO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

DRA. CÉLIDA DUQUE MOLINA

DIRECTORA DE PRESTACIONES
MÉDICAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

LIC. THANIA YLI RAMÍREZ ALPÍZAR

TITULAR DE LA DIVISIÓN DE
TRANSVERSALIZACIÓN DE IGUALDAD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

DR. CLAUDIO QUIÑAZOS FRESNEDO

JEFE DE ÁREA MÉDICA EN LA
COORDINACIÓN DE UNIDADES
MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

**MTRA. ÚRSULA CAROLINA SÁNCHEZ
SOLANO**

TITULAR OPERATIVA DE LA DIVISIÓN
DE TRANSVERSALIZACIÓN DE
IGUALDAD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)

MTRA. JUDITH EDITH GARCÍA DE ALBA VERDUZCO

SUBCOORDINADORA DE LA DIRECCIÓN NORMATIVA EN SALUD
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

PSIC. BRENDA LORENA TREJO DUQUE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

MSP. MARLENE E. MAURY ROSILLO

JEFA DE DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

DR. GUILLERMO ORTIZ

ASESOR CLINICO SENIOR
IPAS LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

DRA. MIRIAM SERRANO REYNA

MÉDICA GENERAL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

LIC. FERNANDA DÍAZ DE LEÓN

SUBDIRECTORA DE INCIDENCIA
IPAS LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

LAURA ESTHER MUY ROLDÁN

SUBDIRECTORA DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

LIC. MARA ZARAGOZA LEDESMA

SUBDIRECTORA DE FORTALECIMIENTO
IPAS LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

LIC. ROMINA ISABEL MORENO RETANA

JEFA DE DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS DE EQUIDAD
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

DRA. RAFAELLA SCHIAVON ERMANI

CONSULTORA INDEPENDIENTE

**ISSSTE**

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**Ipas**
LATINOAMÉRICA
Y EL CARIBE

Contenido

1.	Introducción	6
2.	Objetivo	10
3.	Ejes Transversales	11
4.	Servicios de Aborto Seguro	14
5.	Marco de referencia legal y normativo	16
6.	Marco legal de la atención al aborto seguro en México	18
7.	Principios para la atención del Aborto Seguro	37
8.	Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud	45
9.	Momentos en la atención del Aborto Seguro	49
10.	Aborto seguro como servicio esencial	86
11.	Registro de la información	88
12.	Rutas de vinculación institucional	90
13.	Anexos	94
14.	Referencias bibliográficas y documentos de consulta	108

Abreviaturas

AEEU	Aspiración manual endouterina
AINES	Anti-inflamatorios no esteroideos
APEO	Anticoncepción post evento obstétrico
ASRM	American Society of Reproductive Medicine
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño(a)
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
DyE	Dilatación y evacuación
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
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
MP	Ministerio Público
NA	Niñas y Adolescentes
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
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
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario

Aborto. Es la terminación, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos. La OMS precisa que el aborto espontáneo se refiere a la pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas.

Aborto autogestionado. Se refiere al manejo de todo el proceso de aborto con medicamentos, o bien, de uno o más pasos de sus componentes como la autoevaluación para llevar a cabo el manejo farmacológico, la autoadministración de los medicamentos o la autoevaluación del éxito del tratamiento, sin la supervisión directa del personal sanitario.

Aborto seguro. Para la OMS un aborto es un procedimiento seguro y una intervención sanitaria no compleja cuando se atiende con los métodos recomendados por la propia Organización, por personal capacitado y que son apropiados para la edad gestacional. Así, los servicios de aborto seguro incluyen el abordaje del aborto espontáneo (incompleto, inevitable, 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.

Atención postaborto. Provisión de servicios después de un aborto, espontáneo o inducido, como anticoncepción y vinculación con otros servicios necesarios para la persona usuaria, en la comunidad o más allá. Incluye el manejo de complicaciones después de un aborto.

Autocuidado. Capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un trabajador(a) de la salud. Así, el ámbito del autocuidado incluye la promoción de la salud, la prevención y el control de la enfermedad, la automedicación, el cuidado de las personas dependientes, la búsqueda de atención hospitalaria, especializada y/o primaria si es necesario, y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. Incluye una gama de prácticas y enfoques de autocuidado.

Autonomía Reproductiva. Es un derecho enmarcado en la libertad de la persona de ejercer su voluntad y deseo para autodeterminarse en sus decisiones reproductivas, incluye la elección y libre acceso a todas las formas de anticoncepción, a decidir sobre el número y espaciamiento de su descendencia, a no tener hijos(as), a las técnicas de reproducción asistida, la interrupción del embarazo, así como todas las elecciones reproductivas que conforman su proyecto de vida en un Estado plural y laico. Es resultado del ejercicio y del reconocimiento del derecho de las personas para elegir libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias convicciones. Se sustenta en el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal, la igualdad jurídica, la dignidad humana, la protección de la intimidad y el derecho a la salud.

Calidad en la atención clínica. Es el grado en que los servicios de salud prestados a las 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.

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

Consentimiento informado. Es un proceso clínico de comunicación continua entre el personal de salud y la persona usuaria de los servicios. El consentimiento informado se documenta en el expediente clínico mediante formatos que contienen la expresión tangible del respeto a la autonomía en el ámbito de la atención médica mediante el cual el personal de salud le informa a la persona usuaria de forma veraz, objetiva y oportuna en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de su condición de salud y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas. Consta de dos partes: a) el derecho a la información y b) la libertad de elección.

Derechos humanos. Representan mínimos vitales sustentados en la dignidad humana, cuya promoción, 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 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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 personas a la autodeterminación reproductiva, lo que incluye la decisión libre sobre tener o no descendencia, 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 autónoma, libre de coerción, discriminación y violencia. Incluyen la educación sexual, el respeto a la integridad física y psicosocial, la elección de pareja, relaciones sexuales consensuales; la protección a la orientación sexual, a la identidad de género y el derecho a una vida sexual satisfactoria y placentera.



Dilatación y evacuación. Es la técnica quirúrgica más segura y eficaz para los abortos que van más allá de las 12-14 semanas, cuando se cuenta con personal con adiestramiento y experiencia; requiere preparación cervical con dilatadores osmóticos y/o con fármacos, para después evacuar el útero con pinzas y/o fórceps y finalmente usar aspiración para retirar cualquier remanente de sangre o tejido.

Dilatadores osmóticos. Son varillas cortas y delgadas hechas de algas (laminaria) o material sintético. Después de la colocación en el orificio cervical, los dilatadores absorben la humedad y se expanden, dilatando gradualmente el cuello uterino.

Edad gestacional. Número de días o semanas transcurridas desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales, ni lactancia materna; hasta el nacimiento o el evento gestacional en estudio. Si los ciclos son irregulares o se desconoce la fecha de la última menstruación (FUM), la edad gestacional corresponderá al tamaño uterino, estimado en semanas, basado en la exploración clínica o ultrasonido. Se expresa en semanas y días completos.

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

Interrupción Legal del Embarazo. Conocida como ILE, es aquella interrupción del embarazo que se realiza a simple demanda de la mujer en ejercicio de su autonomía reproductiva. En México, la atención médica está protegida por el marco legal en cada entidad federativa que ha reformado su legislación en la materia.

Interrupción Voluntaria del Embarazo. También conocida como IVE, es un derecho de las víctimas de violencia sexual de acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005.

Métodos anticonceptivos. Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de una persona o de una pareja, en forma temporal o permanente, y en algunos casos para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Objeción de conciencia. Es la negativa del personal médico o de enfermería a prestar un servicio de salud reconocido en la ley y la lex artis médica, motivada por convicciones morales, religiosas, etc. El derecho a la objeción de conciencia no es ilimitado y de ninguna forma puede constituir un obstáculo a la realización de los derechos humanos de las personas, como el derecho a la 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.

Principio pro persona. Principio de derechos humanos reconocido en el párrafo segundo del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Sistema de referencia y contra-referencia. Es el conjunto de reglas y procedimientos médico-administrativos entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios que garantiza a la población usuaria el acceso a los servicios, con base en las necesidades particulares de las usuarias y la capacidad instalada de la unidad; en caso de requerirlo facilita el envío y recepción con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir.

Salud mental. Estado de bienestar en el que cada individuo realiza su propio potencial, hace frente a las tensiones cotidianas, trabaja de manera productiva y fructífera y participa en la toma de decisiones en su comunidad. Para conservar y/o restaurar este estado de bienestar, se requiere que los Estados emitan una serie de medidas articuladas para proteger el proyecto de vida de las personas.

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 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 espacios que se implementan 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.



Usuaría. Persona que acude a los servicios de atención para hacer ejercicio de su derecho a la salud; participa de manera activa en la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, puede aprender, opinar, sugerir y decidir; controla y desarrolla competencias de auto vigilancia y cuidado. Este término incluye a personas adultas, niñas, niños, adolescentes y personas con capacidad de gestar de la diversidad sexo-genérica.

Vinculación intersectorial. Intervención coordinada de instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas usuarias. La coordinación intersectorial se expresa en acciones de involucramiento de diferentes actores, en el ámbito de la salud ésta 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 y acciones de información, cooperación, coordinación e integración de todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud incluidas las 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-SSR) 2020 – 2024, se basa en una perspectiva integral de este ámbito de la salud abarcando seis componentes esenciales: 1. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia; 2. Anticoncepción; 3. Salud Materna; 4. Salud Perinatal; 5. Aborto Seguro; y 6. Violencia de Género, 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 PAE-SSR 2020 - 2024, 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^(I) en las acciones puntuales del Objetivo 5^I y con el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020 – 2024^(II) en los Objetivos 3 y 4^{II}.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un aborto seguro cuando éste se realiza por un método recomendado por la mejor evidencia disponible, contenida en las recomendaciones de la propia Organización, acorde con la edad gestacional, con acceso a la información adecuada y la atención requerida por parte de personal de salud con la capacidad técnica necesaria. Bajo dichas condiciones, es un procedimiento sencillo y extremadamente seguro.

^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.

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^(3,4).

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS 2022, la atención integral del aborto es un servicio sanitario esencial y tiempo-dependiente que puede llevarse a cabo de manera ambulatoria en el primer trimestre, previa valoración clínica⁽⁵⁾.

La evidencia es contundente: todo retraso en 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 personas que buscan este servicio a riesgos adicionales⁽⁶⁾.

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⁽⁶⁾. La atención oportuna del aborto permite evitar alcanzar edades gestacionales mayores que incrementarían el riesgo de complicaciones^{III}, así como el dispendio de recursos hospitalarios y personal de salud para su atención. Cuando las personas no cuentan con acceso a servicios oportunos y a orientación adecuada, podrían acudir con alguien que carezca de las habilidades necesarias y recurrir a métodos que no son efectivos, dañando su salud a largo plazo o enfrentar consecuencias letales.

Se ha documentado que en aquellos países donde se restringe o castiga la práctica del aborto existen 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 aumentando el impacto en la morbilidad materna extremadamente grave y la mortalidad materna^(7,8). 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.

^{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.

A pesar de ello, la seguridad del aborto no depende sólo del marco legal, sino también de una adecuada implementación de los servicios⁽⁹⁾ y del acceso a ellos. 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⁽⁵⁾, 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 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⁽⁸⁾. Ejemplo de ello es que, hasta el 3 de octubre de 2022, el aborto se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte materna⁽¹⁰⁾. Además, entre 1990 y 2016, de las 32,284 muertes maternas que se registraron, 2,408 (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⁽¹¹⁾. Las complicaciones y muertes por aborto se consideran evitables, porque no debieron suceder o pudieron ser prevenidas con el uso de la tecnología médica existente⁽¹²⁾.

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^(5,13).

Además, las usuarias que podrían requerir atención por 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^(14,15), 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.

En vista del papel fundamental que juega el personal de salud y teniendo como base los estándares internacionales propuestos por la OMS^(5,13,16), 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) según el marco legal vigente. El Proyecto busca el establecimiento de una red nacional de estos servicios y que, en todos los sitios en donde se brinde 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 (medicamentos y aspiración endouterina), 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. La oferta de servicios está centrada en las usuarias, considera sus preferencias y fomenta su participación activa en la toma de decisiones. Los principios de dignidad, autonomía, igualdad, confidencialidad, comunicación, apoyo social, la red de cuidados y condiciones de confianza, son fundamentales en la provisión de servicios de aborto seguro⁽⁵⁾.

2. Objetivo

Este documento establece los criterios básicos de atención en las unidades 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, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales con la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de género y de derechos humanos.



3. Ejes Transversales

Las necesidades de atención del aborto tienen relación con aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Esas necesidades deben ser cubiertas en función de las características de las mujeres, niñas, adolescentes 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^{IV}:

- **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*”⁽¹⁷⁾. El derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades, entre las que figura el **derecho de adoptar decisiones y tomar 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 aseguren a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva y a los beneficios del progreso científico⁽¹⁸⁾.

Los Estados tienen una serie de obligaciones, entre ellas, **contar con un sistema de protección de la 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, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, derechos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de Derechos Humanos (DDHH) suscritos por el Estado mexicano; lo que implica la obligatoriedad de respetar, garantizar, proteger y promover su pleno ejercicio.

^{IV} 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 una visión científica, analítica y política que propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género, promueve la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones⁽¹⁹⁾, 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^V. Así mismo, 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 anclados a creencias religiosas, sociales y culturales que históricamente se han normalizado, elementos que deben ser considerados por las y los profesionales de la salud involucrados en los diferentes procesos de la prestación de servicios.

^V 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⁾.
- **Justicia Reproductiva.** Se trata del conjunto de factores sociales, políticos y económicos que permiten a las usuarias tener el poder y la autodeterminación sobre su trayectoria reproductiva. En esa medida, se busca que todas las personas tengan el poder y los recursos para la toma de decisiones sobre su cuerpo y sexualidad, por ejemplo, a través de la educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos, la protección del derecho a decidir, la continuación o interrupción de un embarazo en servicios de salud disponibles, accesibles, aceptables y de calidad⁽²³⁾.

La noción de justicia reconoce que la libertad de tomar decisiones sobre el cuerpo y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, se ve impactada por desigualdades estructurales que incluyen a las relaciones de poder basadas en el género. El Estado es responsable de generar las condiciones óptimas para la toma de decisiones reproductivas de las personas, considerando que estas desigualdades afectan el derecho a la salud, a una vida libre de violencia, así como el derecho al libre desarrollo de la personalidad que implica que las personas puedan controlar y determinar sus procesos reproductivos de manera libre y autónoma⁽²³⁾.

Lo anterior, comprende el reconocimiento de que el acceder a la interrupción del embarazo guarda relación con el bienestar de las mujeres y personas con capacidad de gestar no sólo cuando su salud se encuentra en riesgo, sino también cuando la continuación del embarazo es incompatible con su proyecto de vida. Es obligación del Estado prevenir los riesgos asociados

con el aborto en condiciones poco seguras y proveer la infraestructura para garantizar la efectividad de las decisiones acerca de la salud y libertad reproductiva. La negativa en el acceso al aborto supone la violación a los derechos humanos al obligar a continuar con un embarazo forzado o no deseado, lo cual es equiparable a ser sujeta a tratos crueles, inhumanos o degradantes⁽²³⁾.

4. Servicios de Aborto Seguro

La política pública de Aborto Seguro se ciñe a la normatividad nacional e internacional, como las directrices de manejo recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, que definen el aborto como:

La terminación de un embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos⁽²⁴⁾. La OMS señala que el aborto espontáneo se refiere a la pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas completas⁽⁵⁾. 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)⁽¹³⁾.

La OMS define un aborto seguro cuando éste se realiza por un método recomendado por la propia Organización, acorde con la edad gestacional, con acceso a la información adecuada y la atención requerida por parte de personal de salud con la capacidad técnica necesaria. Bajo dichas condiciones, es un procedimiento sencillo y extremadamente seguro^(5,13).

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^(5,13). La OMS señala a los servicios de aborto seguro como esenciales y sensibles al tiempo, por lo que no deben suspenderse ni postergarse, aún en contextos de crisis humanitaria o sanitaria, como es el caso de la actual pandemia por SARS-CoV-2⁽⁶⁾. Por lo tanto, el abordaje del Aborto Seguro incluye el manejo de los abortos espontáneos e inducidos.



Alineado con estas definiciones y directrices, desde el CNEGSR se proponen estándares de calidad y de mejoramiento gradual de atención al aborto en las unidades 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 proporcionan los servicios de aborto seguro. 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 salud sexual y reproductiva.

5. Marco de referencia legal y normativo

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.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- 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.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Manuela y Otros vs. El Salvador. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Artavia Murillo y Otros vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. Informe No. 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, 9 de marzo de 2007.

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 General 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-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- 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-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-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- 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-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- 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.
- Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México.
- 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.

Precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación

- Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.
- Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su Acumulada 107/2018.
- Acción de Inconstitucionalidad 54/2018.
- Controversias Constitucionales 45/2016 y 53/2016.
- Acciones de Inconstitucionalidad 41/2019 y su acumulada 42/2019.

Programático y de Salud

- Programa Sectorial Derivado Del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.

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

En México, la atención al aborto seguro es un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva de acuerdo con 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 calidad, basada en evidencia científica, las mejores prácticas, guías y recomendaciones internacionales, en un país laico, tiene como finalidad preservar la salud integral y la vida de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar.

En este apartado se brinda argumentación jurídica actualizada desde la aplicación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos, con la finalidad de dotar al personal de salud de herramientas para el abordaje legal en los servicios de salud sexual y reproductiva. Principalmente se otorga certeza jurídica en la atención del aborto seguro, para contribuir a la eliminación de las barreras que obstaculizan o retrasan la provisión oportuna e integral de estos servicios. A partir de los siguientes componentes:

a) La atención del aborto seguro con enfoque de derechos humanos

b) Aborto seguro como una intervención para la protección de la salud integral

c) Aborto seguro como derecho de las víctimas de violencia sexual

d) Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

e) Las causales en los códigos penales desde un enfoque de derechos humanos

f) Consideraciones jurídicas en la atención a niñas y adolescentes

a) La atención del aborto seguro con enfoque de derechos humanos

Las autoridades mexicanas están obligadas a guiarse por el principio pro persona para proteger los derechos humanos, es decir, deben otorgar a las personas la protección más amplia a partir de la interpretación normativa más favorable.

Principio pro persona. 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. Este principio 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, la protección de los derechos humanos no se encuentra limitada a lo prescrito en las legislaciones locales, sino que son aplicables todas aquellas normas que protejan en mayor medida a las personas.

Este principio 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 1º 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”.*

Autonomía reproductiva y el derecho a decidir. El reconocimiento del derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar ha sido reconocido por la Suprema Corte mexicana. Otorga un piso común para los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el país, con el objetivo de proteger la autonomía reproductiva y garantizar la atención del aborto seguro. En septiembre del 2021 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), al analizar disposiciones del Código Penal de Coahuila, declaró inconstitucional criminalizar el aborto de manera absoluta, reconoció el derecho a la autonomía reproductiva y refrendó la defensa del aborto en condiciones seguras como un asunto de derechos humanos⁽²³⁾.

Además, se declararon inconstitucionales las penas privativas de la libertad contra la mujer que se practica un aborto y también en contra de las personas que provoquen el aborto con el consentimiento de las mujeres, lo que incluye a quienes asisten estos procesos. Estas sanciones previstas en los códigos penales son contrarias a la Constitución ya que no reconocen la existencia de un plazo razonable para que las mujeres y personas gestantes puedan ejercer su derecho a decidir.

Al declararse la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto, este precedente obliga a las autoridades ministeriales a no iniciar investigaciones relacionadas con sospecha de abortos inducidos⁽²³⁾.

El marco de derechos humanos vigente en nuestro país protege la autonomía reproductiva y el derecho a decidir. La atención del aborto seguro es un asunto de derechos humanos, justicia social y salud pública.

En consonancia con otros casos resueltos en años recientes^{VI}, la Corte reconoce que el aborto es un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva; de forma que, el derecho a decidir funge como instrumento para ejercer el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal y la protección de la intimidad, y le permite a la mujer o a la persona con capacidad de gestar, evaluar quién quiere ser y elegir o no ser madre. Es así como se reconoce que, en la maternidad subyace la noción de voluntad, de deseo de que la vida personal atraviese por tal faceta⁽²³⁾.

^{VI} Amparos en Revisión 601/2017 y 1170/2017 Segunda Sala SCJN, Amparo en Revisión 1388/2015 Primera Sala SCJN y Amparo en Revisión 438/2020 Primera Sala SCJN.

A manera enunciativa, las normas jurídicas aplicables al aborto seguro en México se muestran a continuación:

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

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículos 1º y 4º
<p>Tratados o Acuerdos Internacionales referentes a derechos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IX Bis
Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Artículo 50
<p>Acción de Inconstitucionalidad 148/2017</p> <p>Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su Acumulada 107/2018</p> <p>Acción de Inconstitucionalidad 54/2018</p> <p>Controversias Constitucionales 45/2016 y 53/2016</p> <p>Acciones de Inconstitucionalidad 41/2019 y su acumulada 42/2019</p>
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. Apartados 6.8.9, 6.8.10, 6.8.11
Leyes de salud estatales
Códigos penales estatales y Código Penal Federal

Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. CNEGSR, 2022.

b) Aborto seguro como una intervención para la protección de la salud integral

La salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio y disfrute de otros derechos y debe ser entendida, no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social⁽²⁵⁾.

La atención del aborto es una intervención terapéutica indicada para preservar o restaurar la salud integral de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social.

En términos del principio pro persona, esta atención 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⁽²⁶⁾. 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⁽²⁶⁾.

El proyecto de vida se puede afectar con la continuación de un embarazo que representa un riesgo para la salud, la vida o, simplemente, por resultar incompatible con dicho proyecto⁽²⁶⁾. La decisión sobre si continuar con un embarazo, deseado o no, que pueda poner en riesgo la salud, física, emocional y social de la persona gestante, así como sobre el nivel de riesgo que ella está dispuesta a correr, es una decisión muy relevante de autodeterminación reproductiva que, esencialmente debe recaer en esa persona, con la información y el acompañamiento respetuoso de las personas y de los profesionales que decida consultar.

Desde la protección a la salud integral, se reconoce a las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar como sujetas de derechos, capaces de tomar decisiones de acuerdo con su propia percepción del riesgo. El concepto de riesgo no se refiere a la configuración efectiva de un daño, sino a la posibilidad de que ocurra; basta la presencia de uno o varios factores de riesgo, para considerarlo como existente, y con ello, que resulte posible una afectación de la salud en cualquiera de sus dimensiones⁽²⁷⁾.

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 (incluida la atención al aborto seguro) y reconoce como áreas prioritarias a la atención materno-infantil y la planificación familiar⁽²⁸⁾. **Negar el acceso a la interrupción del embarazo cuando existe riesgo para la salud de las mujeres, además de los daños inmediatos que puede causar, trastoca sus expectativas sobre su bienestar futuro.** Las distorsiones del proyecto de vida individual también generan afectaciones en la salud de las mujeres⁽²⁶⁾.

El Estado mexicano está obligado, a través de las autoridades competentes en salud, a garantizar el acceso al aborto seguro, en la forma y términos que establece el marco jurídico vigente, priorizando y eligiendo la norma o la interpretación que sea más protectora para cada mujer, niña, adolescente o persona con capacidad de gestar, que solicite dicho servicio.

c) Aborto seguro como derecho de las víctimas de violencia sexual

La Ley General de Víctimas (LGV) 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⁽²⁹⁾. El concepto de IVE se introduce en la LGV 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 con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005.

Alineándose a la LGV y al Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, reconoce que las y los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud, **deben brindar servicios de IVE de manera inmediata, sin necesidad de presentar denuncia ante la autoridad.** Para niñas menores de 12 años, esta solicitud será realizada por su madre y/o su padre, tutor o autoridad competente.

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. El personal de salud no está obligado a verificar el dicho de la solicitante, de acuerdo con lo establecido por la LGV bajo el principio de buena fe⁽²⁹⁾.

En los términos previstos por la NOM-046-SSA2-2005⁽³⁰⁾, las instituciones del sector público, social y privado deben dar aviso al 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, por lo que este aviso no condicionará de ninguna forma la atención que debe brindarse en estos casos. Estos términos son de observancia obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud.



Inexistencia de límites gestacionales en la IVE. La LGV y la NOM-046-SSA2-2005 no establecen límites gestacionales para que las víctimas puedan ver garantizado este derecho por los servicios de salud. A pesar de ello, algunos códigos penales del país^{VII} establecen el límite de 90 días o 12 semanas de gestación para poder interrumpir un embarazo consecuencia de violencia sexual. Al respecto, la SCJN ha emitido en los últimos años⁽³¹⁾, precedentes relacionados con el derecho de las víctimas de violencia sexual a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, donde ha declarado la inconstitucionalidad de aquellas porciones normativas de códigos penales que establecen límites temporales a este derecho. Tales límites constituyen barreras para las víctimas de delitos sexuales ante la situación de mayor vulnerabilidad en razón de género y en razón de edad, sobre todo para niñas y adolescentes, implicando una negación a la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

En este sentido, la Corte ha sostenido que es fundamental considerar las condiciones personales de las víctimas de violencia sexual (edad, educación, proyecto de vida, condición civil, integración familiar, rasgos específicos

de donde ocurrió el ilícito, entre otras circunstancias).

Los servicios de salud para las víctimas de violencia sexual forman parte de las medidas de reparación integral del daño.

Cuando se niega la atención ordenada por la ley, las y los prestadores de servicios de salud prolongan la violencia sufrida por la víctima, e incurren en actos u omisiones que constituyen revictimización y violencia institucional, así como responsabilidad profesional sancionada en la LGS y la legislación en materia penal de las entidades federativas.

^{VII} Campeche, Chiapas, Chihuahua, Michoacán y Quintana Roo. Respecto al Estado de Coahuila, la fracción I del artículo 199 del Código Penal fue declarada inválida por la SCJN en la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.

d) Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

Este concepto fue utilizado por primera vez en México para las reformas al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal del año 2007. Actualmente, la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta las doce semanas completas de gestación está protegida en la Ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Colima, Baja California, Guerrero y Baja California Sur, y hasta las trece semanas completas de gestación para el Estado de Sinaloa^{VIII}.

Estas entidades federativas han reformado su legislación en materia penal para reconocer de manera explícita el pleno derecho de las personas a tomar decisiones libres, informadas y seguras en ejercicio de su autonomía sexual y reproductiva.

De estas entidades federativas, Ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Baja California, Sinaloa y Baja California Sur han incorporado la regulación de la interrupción del embarazo en sus leyes estatales de salud, mientras que los Servicios de Salud del Estado de Veracruz han publicado su Programa de Aborto Seguro. Dichas acciones reflejan el compromiso de las entidades federativas en otorgar servicios de salud sexual y reproductiva con los máximos

estándares aplicables de acuerdo con las directrices en materia de salud y en cumplimiento al paradigma de derechos humanos vigente en el país.

Los servicios de salud deben garantizar que las niñas, adolescentes, mujeres o personas gestantes que así lo decidan, puedan interrumpir su embarazo en las instituciones de salud pública de forma accesible, gratuita, confidencial, segura, expedita y no discriminatoria⁽²³⁾.

e) Las causales en los códigos penales desde un enfoque de derechos humanos

El aborto ha sido regulado y sancionado en los códigos penales que han estado vigentes en México como nación independiente desde el siglo XIX. Esta visión punitiva del aborto responde a la creencia cultural de que las mujeres deben cumplir con el rol biológico de ser madres, independientemente de su deseo y voluntad, y que el Estado debe velar por el cumplimiento de dicho rol.

^{VIII} Esta lista es enunciativa y no limitativa debido a que las entidades mencionadas son las que hasta la fecha de la emisión del presente Lineamiento contemplan la ILE en su legislación. Sin embargo podrían sumarse más entidades federativas en la medida en la que ocurran las reformas legislativas necesarias.

Los códigos penales adoptan roles de género basados en la diferencia biológica entre mujeres y hombres y establecen sanciones para aquellas que contradicen el mandato de maternidad. Esta regulación también lleva intrínseca la sanción a la sexualidad de las mujeres y castiga a aquellas que no cumplen con el destino biológico y social impuesto. Las causales de aborto legal^{IX} han funcionado como excepciones, es decir, permisos contemplados por los códigos penales para interrumpir un embarazo, persistiendo la idea de que el aborto es un delito.

A pesar de lo anterior, desde inicios del siglo XXI América Latina vive un cambio de paradigma sobre la regulación del aborto, originado por las movilizaciones en la región en materia de derechos humanos de las mujeres, así como de la interpretación de las Cortes constitucionales respecto a la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Desde este paradigma, el aborto seguro es un tema de derechos humanos, un asunto de salud pública, de igualdad de género y de justicia social. A partir de estos enfoques, en México la atención del aborto no depende exclusivamente de las causales permitidas por cada código penal. **Desde nuestra responsabilidad como personal de salud, el aborto debe ser asumido como un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva.**

La atención del aborto seguro no depende de los permisos otorgados por los códigos penales, sino que se configura como una obligación constitucional y convencional de las autoridades de salud para proteger la salud y autonomía reproductiva de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar.

Bajo esta perspectiva, las causales existentes de aborto constituyen el medio y persiguen el propósito de proteger los derechos humanos de las usuarias, principalmente el derecho a la salud. Para los servicios de salud resulta prioritario interpretar las causales previstas en el 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. La OMS ha recomendado que hasta que se reconozca el acceso al aborto de manera voluntaria, las causales existentes deben formularse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos⁽⁵⁾.

^{IX} Los códigos penales del país reconocen 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. 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.

Como se muestra en la Figura 1, en las leyes de salud y los códigos penales de las entidades federativas, se pueden identificar los supuestos por los cuales el delito de aborto no se configura o no se sanciona (en el Anexo 1 se agrupan los supuestos de aborto legal reconocidos por cada entidad federativa).

Figura 1. Causales reconocidas para acceder a un aborto legal en México interpretadas desde protección a la salud integral



Fuente: Elaboración con base en Constitución Mexicana y Códigos penales estatales. CNEGSR, 2022.

Actualmente se ha superado el enfoque de que la atención médica depende exclusivamente de la regulación prevista en los códigos penales de las entidades federativas. Esto tiene alcances en las obligaciones del personal de salud de todo el país, principalmente respecto a la protección de las usuarias, particularmente a las que se encuentren en mayores condiciones de vulnerabilidad, como acontece con niñas, adolescentes, personas con discapacidad y personas con insuficientes recursos socioeconómicos, informativos y educativos para exigir sus derechos.

f) Consideraciones jurídicas en la atención a Niñas y Adolescentes (NA)

Desde el marco jurídico internacional se han emitido recomendaciones para los Estados, relacionadas con la atención de la salud sexual y reproductiva de este grupo etario, entre ellas⁽³²⁾:

- a. Ofrecer educación sobre salud sexual y reproductiva que tome en cuenta el contexto, problemáticas y etapas del desarrollo de este grupo⁽³³⁾.
- b. Abordar las cuestiones relativas a los embarazos no deseados, el aborto en condiciones inseguras y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA⁽¹⁷⁾.
- c. 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⁽¹⁷⁾. Esto implica anteponer el interés superior de la niñez sobre los intereses o expectativas de terceras partes, incluidos padre, madre o representantes legales.
- d. Garantizar el acceso a la información esencial y adecuada para su salud y desarrollo⁽³³⁾.
- e. Garantizar la participación activa de niñas, niños y adolescentes en la planificación y programación de las decisiones que afecten su salud, mediante un consentimiento informado y el derecho a la confidencialidad⁽³³⁾.
- f. 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⁽³³⁾.

En la Cumbre de Nairobi⁽³⁴⁾ se expresó el compromiso de garantizar el acceso de todos y todas, los y las adolescentes y jóvenes, especialmente las niñas, a información y educación integral y apropiada a su edad, además de servicios amigables integrales, de calidad y oportunos que les permitan tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva.

La prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y de políticas para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces y una educación integral sobre la sexualidad, en particular para las personas adolescentes.

El marco jurídico reconoce principios rectores que debe aplicar el Estado mexicano en su actuación para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas menores de edad.

En el marco nacional, las 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:

- Establecer medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- Asegurar la prestación de servicios de atención a la salud respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- Atender de manera especial al VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual e impulsar programas de prevención sobre éstas.
- Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva.
- Establecer las medidas para detectar y atender a las víctimas de violencia sexual y familiar.
- Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos.
- Prohibir, sancionar y erradicar la esterilización forzada de niñas, niños y adolescentes y cualquier tipo de violencia ejercida en el proceso de atención obstétrica y en el postparto.

La Norma Oficial Mexicana especializada para la atención a esta población es la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años.

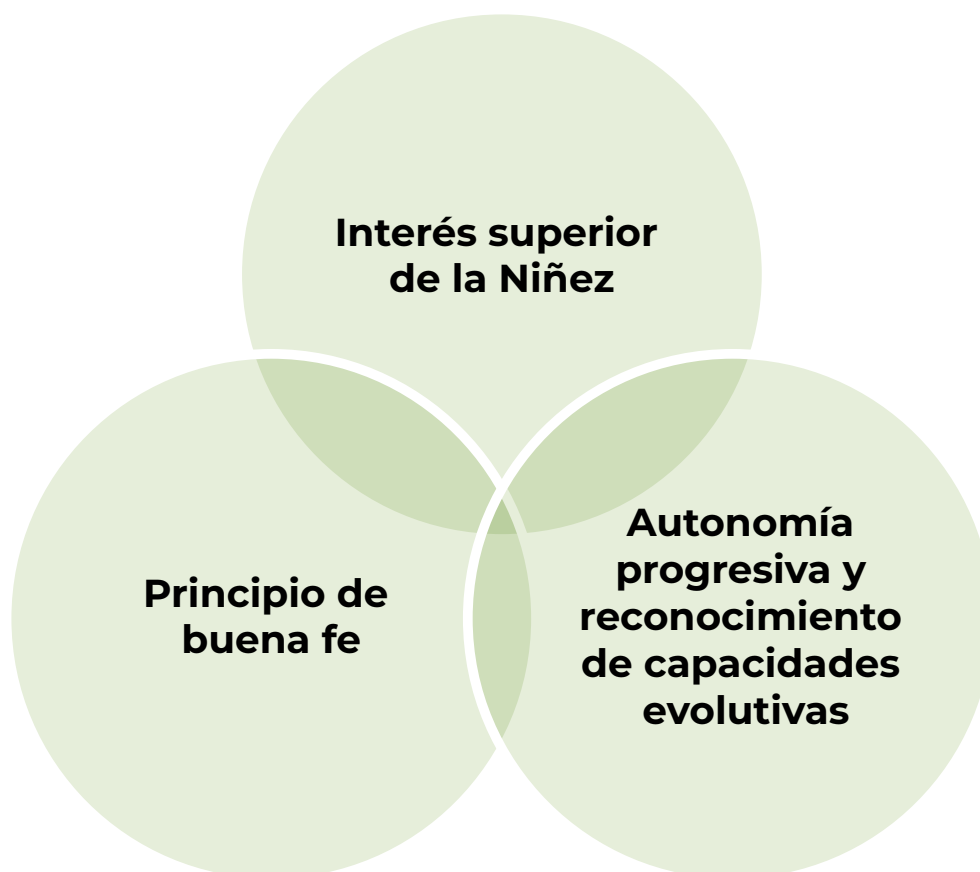
En cuanto a la atención a la violencia, dispone que se deberá considerar la presencia y búsqueda intencionada de factores de riesgo y/o signos y síntomas que identifiquen embarazo, prácticas sexuales sin protección, acoso y violencia; dar consejería y, de ser necesario, referirlos a servicios especializados o a las unidades de segundo y tercer nivel de atención, según corresponda⁽³⁵⁾.

El personal de salud debe actuar en todo momento garantizando el respeto a los derechos humanos y con perspectiva de género; los servicios deben salvaguardar la intimidad, la confidencialidad, la inclusión y no discriminación, el respeto y el consentimiento libre e informado. Si se trata de embarazo en personas menores de 15 años, debe ser considerado de alto riesgo y se deben buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y, en su caso, el personal de salud debe proceder conforme a lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005.

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⁽³⁶⁾.

De acuerdo con el marco legal vigente en México, es una obligación de los servicios de salud brindar el servicio de aborto seguro a las niñas y adolescentes que así lo soliciten. Estos servicios deben considerar el interés superior de la niñez, el principio de buena fe y la autonomía progresiva, así como el reconocimiento de las capacidades evolutivas de niñas y adolescentes (Figura 2).

Figura 2. Consideraciones sobre los servicios de aborto seguro para NA



Fuente: Elaboración propia con base en el marco jurídico. CNEGSR, 2022.

Principio del interés superior de la niñez.

Se refiere al conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar a NNA 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 todas las decisiones y actuaciones del Estado, se velará y cumplirá con el principio de interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez^X. El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre a niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se atenderá a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México forma parte, priorizando en todo momento los derechos humanos^{XI}. En los casos en que se tome una decisión que afecte a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior^{XII}.

Principio de buena fe. Debido a que gran parte de los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son producto de violencia sexual, además de considerarse como embarazos de alto riesgo, su atención médica se considera, legalmente, una emergencia médica⁽³⁷⁾. Las y los servidores públicos que intervengan con motivo del ejercicio de derechos de las víctimas, deben brindarles servicios de ayuda, atención y asistencia desde el momento en que les sean requeridos, así como respetar y permitir el ejercicio efectivo de sus derechos^{XIII}.

El personal de salud que participe en el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no está obligado a verificar el dicho de la solicitante (incluyendo a niñas y adolescentes), entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe^{XIV}.

Principio de autonomía progresiva y reconocimiento de las capacidades evolutivas.

Las autoridades, incluido el personal de salud, deberán promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez^{XV}. Niñas y adolescentes son sujetas de derechos y como tal pueden ejercerlos de manera libre y autónoma, sin estar condicionados a su edad. A medida que las niñas y niños adquieren mayores capacidades, hay menos necesidad

^X Artículo 4º, párrafo noveno, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

^{XI} Aplicación del Principio pro persona, ver artículo 1º constitucional, segundo párrafo.

^{XII} Artículo 2, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

^{XIII} Artículo 5, Ley General de Víctimas.

^{XIV} Apartado 6.4.2.7, NOM-046-SSA2-2005.

^{XV} Artículo 4º, párrafo noveno, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

de protección y mayor capacidad para adquirir responsabilidad por las decisiones que afectarán su vida; esto se realiza de manera paulatina y progresiva en la medida de su grado de desarrollo y madurez. No pueden establecerse edades fijas para determinar el grado de autonomía, pues el proceso de madurez no es lineal e implica la ponderación y el análisis de las condiciones de cada caso.

El derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de niñas y adolescentes.

Las niñas y adolescentes mayores de 12 años pueden solicitar de manera

autónoma la interrupción voluntaria del embarazo, con la simple manifestación bajo protesta de decir verdad de que el embarazo es producto de una violación (no es necesaria denuncia ni algún otro requisito). Tratándose de niñas menores de 12 años, podrán solicitarlo a través de su padre, madre, o tutor; cuando no se encuentre presente alguna de estas personas, se deberá dar aviso a la instancia de procuración de justicia de Niñas, Niños y Adolescentes competente, quien tiene la obligación de velar por la protección de la persona y hacer la solicitud correspondiente atendiendo al interés superior de la niñez.

La actuación del equipo de salud debe estar enfocada en proteger a la niña o adolescente en situación de vulnerabilidad, sin generar revictimización, por lo que tiene como fin último, la restauración de su salud. Desde una visión integradora e intersectorial, se requiere del trabajo articulado con los sistemas de protección y de salud con el objeto de reparar o limitar los daños ocasionados por la violencia.

Las personas adolescentes deben contar con servicios para un aborto seguro accesible y disponible fácilmente. Esto significa que los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior, teniendo como base las necesidades sanitarias y desde un enfoque de derechos humanos que garantice los derechos sexuales y reproductivos.

A continuación, se señalan algunas consideraciones para ello:

■ Consentimiento y violencia sexual

Existen obligaciones derivadas del marco legal relacionadas con implementar las herramientas de detección de violencia de acuerdo a la NOM-047-SSA2-2015, por lo que el personal de salud deberá indagar sobre la naturaleza del supuesto consentimiento para la actividad sexual, específicamente en el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años se deben buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual^{XVI}. Por ejemplo, al tomar en cuenta si las relaciones sexuales ocurrieron con una persona con la que la víctima tenga cierta diferencia de edad^{XVII}, si existe una asimetría de poder entre la supuesta pareja y la víctima relacionada con dependencia económica o patrimonial, así como por el nivel educativo o cualquier otra que genere subordinación, coacción o violencia y que provoque que la víctima se encuentre en una situación de indefensión o vulnerabilidad y que ello incida o influya de alguna forma en el consentimiento. En estos supuestos, también será procedente la interrupción voluntaria del embarazo. La negativa a otorgar servicios de salud que la ley protege y ordena, constituye una violación a los derechos humanos de las víctimas.

La IVE se deberá prestar a todas las víctimas de delitos de naturaleza sexual, como lo son la violación equiparada, el estupro, la pederastia, el abuso sexual o el incesto, conductas en las que se considera que hubo alguna circunstancia que coaccionó de alguna forma el consentimiento y que son delitos sexuales tipificados de manera diversa en los códigos penales del país.

^{XVI} Apartado 6.8.10 de la NOM-047-SSA2-2015.

^{XVII} Para precisar el rango de edad, se deberá verificar lo establecido por los códigos penales de las entidades federativas, a la luz de la aplicación del principio pro persona y el interés superior de la niñez.

■ Naturaleza del aviso a la Autoridad

La NOM-046-SSA2-2005 dispone que tratándose de casos de violencia en los que están involucradas niñas, adolescentes y/o personas que no cuentan con la capacidad jurídica para decidir por sí mismas, se deberá notificar a la instancia de procuración de justicia que corresponda^{XVIII}.

Este aviso de ninguna manera será utilizado para autorizar la atención relacionada con la IVE, su objetivo es notificar la violencia y que las autoridades otorguen una protección y garantía efectiva a los derechos de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

■ Consentimiento informado

Tratándose de NA es indispensable situarles como una población sistemáticamente vulnerable y mayormente expuesta a situaciones de abuso y violencia sexual. Por esto, es necesario garantizar el goce y ejercicio de sus derechos humanos, a partir del reconocimiento de la autonomía progresiva para participar de manera activa y significativa que les permita expresar sus necesidades, ser escuchadas e informadas para la toma de decisiones que les impacten. En el caso de las NA víctimas de violencia sexual, el registro del consentimiento informado debe estar en consonancia con lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005.

La Norma señala que las niñas y adolescentes mayores de 12 años pueden decidir y solicitar de manera autónoma la IVE. Ante la ausencia o negativa de padre, madre o tutor en casos de menores de 12 años, se deberá dar la participación legal a las autoridades que les representen para la suscripción del consentimiento informado^{XIX}. El personal de salud bajo el principio de buena fe deberá garantizar los mecanismos que protejan las decisiones de las NA^{XX}.

XVIII Apartado 6.5.5 de la NOM 046- SSA2-2005.

XIX En estos casos la ley prevé que las y los médicos autorizados del hospital, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que se requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico. Ver artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

XX En el caso de las entidades federativas que han despenalizado el aborto, la atención de solicitudes de interrupción del embarazo de las NA deberá tener como fin último la protección integral a su autonomía progresiva, de acuerdo al principio de interés superior de la niñez. Cabe señalar que la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, numeral 6.8.10 establece que en el caso de embarazo en menores de 15 años se deben buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual y en su caso, el personal de salud debe proceder conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

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 sensible, 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 y centrada en la persona para otorgar la atención al aborto seguro, es necesario considerar que se trata de una experiencia más amplia que el acto clínico en sí mismo, en el que se encuentra implicada la integralidad de la noción de salud. Por ello, es indispensable brindar los servicios con enfoque centrado en la persona y tomar en cuenta los diversos factores de riesgo y vulnerabilidad que influyen en las necesidades de salud de las usuarias para acceder a los servicios de manera libre, oportuna, asequible, respetuosa y garantizar 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 de su salud en general y del procedimiento que requieran⁽³⁸⁾.

A continuación, se exponen algunos de los principios rectores que resultan indispensables en el proceso de atención, dirigidos a garantizar la aplicación del principio pro persona, la protección de la autonomía reproductiva y el derecho a la salud integral que han sido delineados previamente en este documento.

Respeto y protección

Se entiende como la obligación de las instituciones públicas o privadas y su personal a no obstaculizar de manera directa o indirecta el ejercicio del derecho a la salud. Por lo tanto, este principio impide la injerencia arbitraria que ocasione la restricción o negación del acceso a los servicios de salud. También se vincula con el principio de legalidad que implica la no solicitud o exigencia de requisitos que no están previstos en la ley o que representen barreras que obstaculicen la atención o vulneren los derechos humanos de las usuarias de los servicios de salud. Por ejemplo, cuando el personal sanitario exige autorización de familiares o parejas y/o mandato de alguna autoridad, participación de comités de ética o bien, solicita la presentación de una denuncia en los casos de interrupción voluntaria del embarazo por violencia sexual. Desde la protección a este principio se busca evitar dilaciones y obstáculos que pongan en riesgo la salud integral de las usuarias.

Oportunidad en la atención

Consiste en crear las condiciones necesarias de infraestructura, operación, recursos humanos y económicos, así como de insumos y condiciones sanitarias para disponer de la capacidad institucional y extender la red de servicios para garantizar que las usuarias accedan a un aborto seguro. Además de una respuesta expedita a la solicitud de las usuarias, **la oportunidad en la atención implica que se debe ofertar el servicio, informando de este derecho, ante circunstancias previstas en el marco legal, tales como riesgo a la salud integral, embarazo consecuencia de violencia sexual, autonomía reproductiva, entre otras.**

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, así como en el resto de las unidades de atención médica que brinden atención obstétrica. Si la unidad de atención no contara con capacidad resolutive, o cuando las usuarias no sean candidatas a la atención ambulatoria y ameriten manejo en un entorno hospitalario

de mayor complejidad, 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 resolutive tan pronto como sea posible e idóneamente garantizando el enlace y aceptación de la unidad receptora.

Algunas de las acciones que permiten el acceso efectivo de las usuarias a la atención del aborto seguro son:

- Reconocer las necesidades de las usuarias a partir de los factores de vulnerabilidad como la edad, etnia, ubicación geográfica o cualquier otra condición que pueda generar discriminación.
- Brindar servicios con pertinencia cultural.
- Ofertar y garantizar servicios, definir rutas de atención, referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) de acuerdo a las necesidades de las usuarias.
- Contar con personal de salud capacitado para proveer servicios competentes, aceptables, de calidad y con calidez.
- Proporcionar la atención con la mejor tecnología disponible.

Igualdad y equidad

Este principio implica el reconocimiento en condiciones de igualdad del derecho a la salud de todas las usuarias, por lo que es necesario generar las estrategias y medidas que partan del reconocimiento de las características específicas de las usuarias desde un enfoque interseccional para reconocer factores de vulnerabilidad que impidan el acceso a los servicios para facilitar la atención de un aborto seguro. Por ejemplo, implementar estrategias que presten atención de manera diferenciada a usuarias indígenas, niñas, adolescentes, migrantes, o personas con discapacidad.

De igual forma se debe considerar el principio de equidad en los servicios de salud para prevenir y evitar barreras que impidan recibir atención, al crear las condiciones materiales necesarias para proporcionar los servicios protegidos por la ley.

No discriminación

La no discriminación es elemento indispensable para acceder de manera efectiva a los servicios. Esto implica que éstos sean accesibles y asequibles a todas las usuarias. La negativa para prestar servicios de salud reproductiva en condiciones legales es discriminatoria⁽³⁹⁾. Este principio también incluye la no discriminación al personal de salud sobre la decisión ética y profesional de prestar servicios de consejería y atención del aborto seguro.

Confidencialidad y privacidad

La usuaria podrá estar acompañada por la persona de su elección si así lo desea⁽⁴⁰⁾, o si es el caso, respetar su decisión de no estar acompañada salvo por el personal de salud, particularmente en población adolescente^(35,41). En cualquier situación se debe garantizar la privacidad de la usuaria.

Las personas proveedoras de servicios de aborto 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^{XXI}.

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 personas proveedoras capacitadas. 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.

XXI La confidencialidad de la información y datos sensibles debe ser garantizada conforme a las disposiciones en materia federal y local sobre la protección de datos personales y los mecanismos establecidos en las unidades de salud. Los deberes del personal de salud respecto al secreto profesional se abordan en el apartado sobre El deber de confidencialidad y la responsabilidad profesional.

Buen trato

De acuerdo con la evidencia que se ha producido en la región sobre maltrato durante el parto y el aborto⁽⁴²⁾, las actitudes, creencias y valores de quienes prestan servicios de salud pueden afectar la experiencia del aborto de forma negativa, por ejemplo reproduciendo conductas como brindar información con sesgos, dilatar, obstaculizar o negar atención a las usuarias que solicitan los servicios. **Para prevenir conductas estigmatizantes, 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 es fundamental brindar la atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia, pues todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa^(41,43).**

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).

a. Estigma hacia las mujeres que abortan

El estigma asociado al aborto es un atributo negativo asignado a las mujeres o personas con capacidad de gestar 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 las demás personas⁽⁴⁶⁾. 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⁽⁴⁷⁾.

La evidencia científica ha demostrado que el estigma ocasiona que las mujeres retrasen la atención médica ante signos de infección o sangrado⁽⁴⁸⁾ y es uno de los factores con mayor impacto sobre su salud mental⁽⁴⁹⁾. Está 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⁽⁵⁰⁾.

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 la interrupción), con la dificultad para la toma de decisiones, la falta de autonomía y con la reacción estigmatizante de otras personas. La falta de autonomía es uno de los factores que más incrementa el riesgo para la presencia de síntomas de ansiedad⁽⁴⁵⁾.

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⁽⁵¹⁾. 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 percibido en el contexto social que ocurre⁽⁵²⁾. 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⁽⁵³⁾.

Resulta útil para disminuir el estigma hacia las mujeres, que las personas proveedoras 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⁽⁴⁹⁾ o carecen de apoyo social⁽⁵⁴⁾. 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.

En cuanto al estigma hacia niñas y adolescentes que acceden a servicios de aborto, estudios muestran que, en comparación con las mujeres de mayor edad, esta población y en específico las personas adolescentes tienen una gran tendencia a buscar servicios de aborto con proveedores no capacitados o a autoinducirse el aborto. Esto se debe a factores como la falta de recursos económicos, el acceso a la información y a otros servicios, y por supuesto, los prejuicios. Las adolescentes a menudo realizan múltiples intentos para terminar sus embarazos exponiéndose a un alto riesgo, en lugar de tener acceso a un procedimiento seguro y efectivo⁽⁵⁵⁾.

Debido al número sumamente alto de mujeres adolescentes y jóvenes que continúan recurriendo a servicios de aborto inseguro, es imperativo asegurar que, independientemente de su edad, escolaridad, estado civil, origen étnico, etc., tengan acceso al aborto seguro como parte de los servicios de salud. 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.

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 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⁽⁵⁶⁾. 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, este muestra mayores dificultades para conciliar sus creencias y actividades con dilemas bioéticos complejos que podrían presentarse en la atención, por ejemplo, en caso 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 anticoncepción post evento obstétrico (APEO), etc⁽⁵⁶⁾.

Los datos internacionales muestran que las personas 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⁽⁵⁶⁾, 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 niñas y adolescentes que solicitan servicios de aborto seguro, en ocasiones, las personas prestadoras

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 con un enfoque de derechos humanos.

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 con el acompañamiento oportuno en la resolución técnico-médica de situaciones complejas o de dilemas bioéticos⁽⁵⁶⁾**. 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 a decidir⁽⁵⁶⁾.

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⁽⁵⁶⁾. 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 accedan y ejerzan su derecho a la salud, contribuyendo al cambio social y fortaleciendo el compromiso profesional y social de los prestadores de los servicios⁽⁵⁶⁾.

8. Obligaciones éticas y profesionales del personal de salud

El personal de salud debe apegarse a la ética profesional.

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.

Sobre cualquier criterio personal, la atención al aborto seguro debe otorgarse anteponiendo en todo momento la vida, el bienestar, la autonomía reproductiva y el cuidado de la salud integral de quienes solicitan la atención.

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⁽⁵⁷⁾. 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^(29,57). De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para que el personal médico pueda brindar el tratamiento adecuado, es necesario que la persona usuaria sienta la confianza de compartir toda la información necesaria, la cual no deberá ser difundida de forma ilegítima. El derecho a la salud implica que, para que la atención de salud sea aceptable, debe fundarse en el respeto a la confidencialidad^{XXII}.

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⁽⁵⁸⁾. De acuerdo con 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⁽⁵⁸⁾.

XXII Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Manuela y Otros vs. El Salvador, Sentencia de 2 de noviembre de 2021 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 203).

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⁽²⁸⁾ XXIII.

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^(30,35).

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. 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^(59,60) XXIV.

El personal de salud no tiene la obligación de denunciar los casos en los que se sospeche de aborto inducido, la normatividad vigente protege a la persona prestadora de servicios y a la usuaria al garantizar el secreto médico profesional. Además, como se ha dicho antes, la SCJN ha declarado que es inconstitucional criminalizar a las mujeres y personas con capacidad de gestar que se practiquen un aborto.

La objeción de conciencia en la atención al aborto seguro

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que la objeción de conciencia es un derecho individual del personal médico y de enfermería, que puede ejercer para negarse a realizar alguno de los procedimientos sanitarios que forman parte de los servicios del Sistema Nacional de Salud cuando consideren que se oponen a sus convicciones religiosas, ideológicas, éticas o de conciencia. En otras palabras, 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⁽⁶¹⁾.

XXIII 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."

XXIV 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.

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 sólo puede ser ejercida en aquellos casos en los que no represente un riesgo a la salud y la vida de las usuarias. Debido a que la atención del aborto es tiempo-dependiente, aunque al momento de acudir a los servicios de salud, puede no estar en peligro inminente la vida, sí lo está en el mediano y largo plazo. Desde el enfoque de derechos humanos se dimensiona que cuando la atención no se brinda con oportunidad, se puede poner en riesgo la vida o la salud 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. La objeción de conciencia puede ser limitada por la concurrencia de bienes jurídicos dignos de especial protección, como lo son los derechos fundamentales, en especial, el derecho humano a la salud⁽⁶²⁾.

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⁽⁵⁷⁾. Se deberá evitar que el ejercicio de la objeción de conciencia genere retrasos, obstáculos o negación en la atención, que su configuración represente una contradicción en el marco constitucional y que no se encuentre basada en prácticas estigmatizantes o discriminatorias hacia las usuarias, quienes en la ponderación de derechos podrían encontrarse en mayor desventaja.

Regulación de la objeción de conciencia

La regulación de esta figura tiene como propósito, entre otros, asegurar que no impida el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, particularmente en situaciones urgentes o de emergencia⁽⁶³⁾. En 2021, al declarar la invalidez del artículo 10 bis de la LGS, la SCJN determinó que la regulación de la objeción de conciencia en materia sanitaria debe establecer los límites y salvaguardas necesarias para proteger a la par los derechos de las personas beneficiarias de los servicios⁽⁶²⁾:

- En cada una de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud se deberá contar con equipo médico y de enfermería no objetor suficiente para brindar atenciones con oportunidad.
- La objeción de conciencia no podrá invocarse cuando su ejercicio ponga en riesgo la vida de la usuaria, cuando se trate de una urgencia médica o cuando su ejercicio implique una carga desproporcionada para las usuarias.
- El incumplimiento a las obligaciones previstas en la ley, puede dar lugar a responsabilidades administrativas, profesionales o penales.
- El personal objetor de conciencia se abstendrá de emitir algún juicio valorativo que pueda discriminar o vulnerar la dignidad humana o intente incidir en la decisión de la usuaria.
- En caso de objeción de conciencia de su personal, las instituciones deben proporcionar la información y orientación necesaria a la persona beneficiaria de los servicios de salud.
- Las instituciones deberán contar con rutas previamente diseñadas para referir a las personas, de manera inmediata, sin mayor demora o trámite con personal médico o de enfermería no objetor.

La NOM-046-SSA2-2005 señala que se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento⁽³⁰⁾. 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⁽³⁰⁾. Además, la LGV 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⁽²⁹⁾.

9. Momentos en la atención del Aborto Seguro

1. Consejería

La OMS define la consejería⁽⁵⁾, como un proceso dirigido e interactivo a través del cual la usuaria recibe voluntariamente apoyo, información y orientación de una persona capacitada, en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones en torno al procedimiento de aborto seguro.

La consejería se caracteriza por un intercambio de información de ideas, análisis y deliberación para 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 las usuarias tomando en cuenta su estado físico y emocional y el contexto en el que solicitan los servicios para focalizar la información que responda a sus necesidades e intereses. Este proceso representa un continuo de la atención.

Las consideraciones generales para llevar a cabo la consejería se refieren a propiciar y crear un espacio y ambiente seguro y de confianza con las usuarias, para brindar información, a partir de una relación horizontal^(41,64). Ésta se debe brindar con perspectiva de derechos, enfoque de género, enfoque intercultural y enfoque de juventudes. Los conocimientos, actitudes, habilidades de comunicación verbal y no verbal y el profesionalismo del personal de salud contribuyen a la calidad del proceso y a la trayectoria de la decisión de las usuarias. Se debe cuidar en todo momento no tener actitudes que generan estigma, reproducir prácticas discriminatorias o, en su caso, un abordaje erróneo que omita las perspectivas anteriormente mencionadas. Hay que tener siempre presente que el rol del personal de salud en estas intervenciones es el coadyuvar en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Es necesario reconocer que la experiencia del aborto puede ser físicamente dolorosa y que, en la manera en que se percibe, también influyen factores biológicos, mitos e imaginarios sobre los procedimientos y las condiciones en las que se realiza, por ello se debe enmarcar en el contexto social, cultural y sobre los motivos por los que se solicita la atención, como en los casos específicos de violencia sexual. Desde esta perspectiva, resulta necesario contar con personal de salud capacitado y sensible que otorgue 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 está compuesta por^{XXV}:

- **Acompañamiento emocional y escucha empática:** El personal de salud debe establecer una buena relación de comunicación mostrando comprensión y respeto. Esta comunicación debe procurar la expresión de dudas y necesidades y debe motivar a la usuaria a hablar libremente. El personal de salud debe escuchar con la intención de entender, intelectual y emocionalmente, las circunstancias, necesidades y preferencias de la usuaria, validando sus sentimientos e inquietudes.

La interacción con la persona usuaria deberá ocurrir en forma flexible y adaptada a la situación y utilizar recursos que se adapten a ella. Este intercambio permite hacer preguntas a la usuaria sobre la información recibida con el objetivo de transmitirle que se están tomando en cuenta sus preocupaciones y dudas sobre el procedimiento. Se recomienda el uso de un lenguaje claro y comprensible, evitando simplificar o minimizar los hechos y cuidando el uso de tecnicismos o de palabras que no se adapten a su comprensión.

- **Privacidad y confidencialidad:** El personal de salud debe asegurar que en el sitio de entrevista se puede resguardar la confidencialidad visual y auditiva para la usuaria y que la información intercambiada obedecerá a lo descrito en la sección de principios de la atención en este documento. Una tercera persona puede estar presente solo si la usuaria expresa claramente su deseo de ser acompañada.
- **Información pertinente sobre la atención antes, durante y después del procedimiento:** Esta dimensión encuentra contingencia con el proceso del consentimiento informado. Deberán transmitirse las alternativas y los procedimientos que se consideren en la atención, incluyendo la confiabilidad y seguridad de acuerdo con la información científica disponible, así como las opciones de manejo (farmacológico o AMEU), sus características, duración, manejo del dolor, los síntomas y signos de alarma y servicios disponibles en caso de emergencia.

Deberá también incluir los beneficios y riesgos de cada procedimiento asociados a las condiciones de salud de las usuarias, con la finalidad de que ellas tomen decisiones de manera libre e informada, sin anteponer los valores, creencias u opiniones del personal de salud.

^{XXV} Adicionalmente, es importante considerar que la orientación y consejería tendrá dimensiones específicas si se trata de un caso de violencia sexual. En ese caso es necesario cuidar el abordaje para no victimizar o revictimizar a la usuaria y apegarse a lo establecido en la NOM-046 – SSA2 – 2005 y los protocolos y rutas de atención derivados.



- **Respeto por la decisión:** La usuaria tiene derecho a tomar una decisión libre e informada respecto a la solicitud de atención de aborto seguro. El personal de salud debe asegurar que la usuaria no sea forzada por nadie, así como respetar su decisión, cualquiera que ésta sea. El trato deberá ser respetuoso y libre de discriminación, evitando revictimizar a través de mensajes estigmatizantes, juicios de valor, etiquetas y/o adjetivos calificativos.

En el caso de NA, la consejería se otorgará con especial sensibilidad para brindar una atención integral considerando^(65,66):

- Las necesidades y requerimientos de adolescentes y jóvenes, de acuerdo con la edad, identidad sexual, desarrollo evolutivo, cognoscitivo, conocimientos, intereses, contexto, origen étnico, valores, etc.
- La detección de indicadores de violencia, factores de riesgo psicosociales y la referencia para recibir atención especializada^{XXVI}.
- Los riesgos a la salud integral que tiene llevar un embarazo a término en edades tempranas.
- Que podría ser su primer examen ginecológico y deberán describirse paso a paso los procedimientos.
- La percepción del dolor, ya que ésta podría variar en comparación a personas adultas en función de la experiencia y otras consideraciones psicosociales⁽⁴¹⁾.
- 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 (Formato para recibir Consejería sobre salud sexual y reproductiva en el Grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento).

XXVI En apego de lo establecido en la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, numeral 6.8.9 y 6.8.10 de la NOM En el caso de embarazo en menores de 15 años, estos se definirán como de alto riesgo y se identificar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual. En este sentido la consejería se convierte un momento que posibilita la prevención de nuevas violencias al desnaturalizar los embarazos en NA.

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⁽⁶⁷⁾.

Este proceso está relacionado con la consejería y es imprescindible una comunicación efectiva y horizontal que requiere el reconocimiento de la autonomía, capacidad para tomar decisiones y para asumir una responsabilidad activa en el ejercicio del derecho a la salud. Este momento de la atención permite documentar que las usuarias recibieron información suficiente, clara y veraz para 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⁽⁶⁷⁾. Se deben asegurar las condiciones necesarias para acompañar a las usuarias en la resolución de dudas, miedos, inquietudes, además de identificar y limitar la presión o coacción de terceros que pueda afectar sus decisiones (por ejemplo, la amenaza ejercida por padre, madre, pareja u otra persona para desistir del procedimiento o que el personal de salud otorgue información que carece de fundamento científico).

Por lo anterior, el consentimiento informado es un derecho fundamental de las usuarias y una exigencia ética y legal para el equipo de salud. Por lo que, tras recibir la información que corresponda, las usuarias otorgarán o no su consentimiento para cada uno de los procedimientos a que haya lugar (por ejemplo, la modalidad de manejo o el método anticonceptivo), las posibles

alternativas, así como los riesgos y beneficios esperados mediante el proceso de consentimiento informado y su posterior formalización por escrito. Las usuarias tienen además la posibilidad y facultad para revocarlo en cualquier momento^{XXVII}, lo cual también deberá quedar debidamente documentado en el expediente clínico.

XXVII 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. Cuando se trate de procedimientos transcervicales como la aspiración manual endouterina, se debe aclarar con antelación que no será posible interrumpir el procedimiento sin haberlo concluido.

Consentimiento informado en usuarias con discapacidad

Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Por lo anterior, se adoptarán las medidas pertinentes para asegurar su acceso a servicios de salud, en particular, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención del aborto seguro. El personal de salud prestará los servicios sobre la base de un consentimiento libre e informado con el objetivo de proteger de manera integral sus derechos humanos y deberá respetar y proteger la voluntad, la autonomía y las preferencias de las usuarias con discapacidad.

En el caso de usuarias que se encuentren en estado de incapacidad transitoria o permanente, el consentimiento informado será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez que se haya brindado toda la información sobre el procedimiento a realizar. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad de la persona usuaria de los servicios de salud y haya ausencia de las personas

mencionadas, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito, de esta situación en el expediente clínico. El documento del consentimiento informado deberá integrarse al expediente clínico de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico^{XXVIII}.

XXVIII Ver artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia De Prestación de Servicios de Atención Médica. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

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 esta actualización del 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 homogéneo, actualizado y cumpla con los estándares de calidad nacionales e internacionales^{XXIX}.

a) Consideraciones generales

La atención será individualizada, de acuerdo con las necesidades y condiciones generales de la usuaria, el diagnóstico que establezca el personal de salud, las semanas de gestación, la capacidad técnica del personal y la infraestructura disponible, siempre tomando en consideración las solicitudes de la persona que requiere el servicio (incluyendo a niñas y adolescentes).

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, debiendo brindarle a ella y a quien la acompañe durante el proceso, toda la información para ello, de forma clara, veraz y suficiente, mediante el consentimiento informado.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a reconsiderar los esquemas presenciales de atención a la salud. En las recomendaciones de la OMS 2022⁽⁵⁾, se incluye la opción de telemedicina como una alternativa a las interacciones persona a persona, con personal sanitario para proveer los servicios de aborto médico de forma parcial o en su totalidad. Cuando exista la posibilidad de contar con atención a distancia, previa a la consulta, se puede recabar información general a través de una entrevista clínica adecuada, principalmente en mujeres sanas, particularmente en las primeras 12 semanas de gestación, 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^{XXX}. Todo lo anterior deberá quedar documentado en el expediente clínico.

^{XXIX} Para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico y de la enfermedad trofoblástica gestacional, se debe consultar el Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, así como las guías de práctica clínica correspondientes. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/PREVENIC3%93N-DIAGN%C3%93STICO-Y-MANEJO-DE-LA-HEMORRAGIA-OBST%C3%89TRICA.-LINEAMIENTO T%C3%89CNICO_compressed-1.pdf.

^{XXX} 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.

Durante el manejo clínico se deberá:

- Realizar valoración clínica, cuando así proceda mediante entrevista (si no se hubiera hecho antes) y exploración física, y documentarla en el expediente clínico.

Si durante la atención se identifican condiciones que sugieran maniobras abortivas previas, con o sin complicaciones, el personal de salud podrá registrarlo en el expediente clínico y deberá proceder al manejo correspondiente, garantizando la confidencialidad y el buen trato a la usuaria, en apego al secreto profesional mencionado 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):
 - En los casos en los que la usuaria señale la FUM, confirmar que haya tenido ciclos regulares previos (sin uso de anticoncepción hormonal al momento del embarazo, o amenorrea secundaria por lactancia) y deberá complementarse mediante exploración física bimanual.
 - Si se cuenta con la infraestructura necesaria, es de utilidad contar con otros recursos de apoyo diagnóstico^{XXXI} tales como, estudio ultrasonográfico^{XXXII} o la cuantificación de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana sérica cuantitativa. Cuando la infraestructura no esté disponible, la OMS ha recomendado no imponer prerequisites para proveer o retrasar la prestación de este servicio⁽⁵⁾.

XXXI 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.

XXXII En caso de requerir un ultrasonido, éste deberá individualizarse y 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 cardíaca fetal, a menos de que la mujer solicite lo contrario. La evaluación de la edad gestacional basada en la medición de la longitud cráneo-rabadilla (CRL) tiene una precisión de ± 5 a 7 días (hasta las 13.6 semanas de gestación inclusive); después de este periodo la medición más precisa es la del fémur y diámetro biparietal, la variación en la precisión es mayor que en el primer trimestre y sigue aumentando conforme la gestación es mayor (disponible en:

<https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/05/methods-for-estimating-the-due-date.pdf>).

- Solicitar el hemotipo de la usuaria, cuando sea posible y no genere dilación en la atención resolutive. 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^(68,69). Por su parte, la OMS⁽⁵⁾ no recomienda administrar inmunoglobulina anti-D en casos de aborto farmacológico o mediante aspiración antes de las 12 semanas y que, cuando esté medicamente justificado, se indique a partir de las 12.1 semanas.
- 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^(68,69,70). Cuando el manejo sea mediante aspiración endouterina, independientemente del riesgo de cada usuaria de enfermedad pélvica inflamatoria, se recomienda la administración de antibióticos profilácticos previo o durante el procedimiento, resaltando que la falta de tales antibióticos no debe limitar la prestación del servicio⁽⁵⁾.
- 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⁽⁷¹⁾.
- Preservar una muestra del tejido ovular como prueba forense, si así procede (no es necesario resguardar el feto). 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 del cuello 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 orientará en función del tamaño uterino y solicitudes de la usuaria, una vez descartados todos los diagnósticos diferenciales, entre ellos el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional, contraindicaciones y lo que proceda^(68,69,70,71).



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

Régimen farmacológico combinado	Régimen farmacológico con misoprostol solo	Aspiración endouterina
<ul style="list-style-type: none"> •No requiere antibiótico profiláctico. •Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (auto-gestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) hasta las 10 semanas de edad gestacional, orientando a la usuaria sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. •Con posibilidad de seguimiento por un prestador/a de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar 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. •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. •Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. 	<ul style="list-style-type: none"> •No requiere antibiótico profiláctico. •Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (auto-gestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) hasta las 10 semanas de edad gestacional, orientando a la usuaria sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. •Con posibilidad de seguimiento por un prestador/a de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria hasta las 12 semanas de edad gestacional. •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. •Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. 	<ul style="list-style-type: none"> •Requiere antibiótico profiláctico, sin que sea una limitante para ello. •Se puede llevar a cabo de forma ambulatoria. •Para el manejo del dolor requiere de bloqueo paracervical, además de analgésicos. •Permite la inspección visual del tejido ovular, por lo que disminuye el riesgo de no advertir embarazo ectópico (exceptuando el caso sumamente infrecuente de embarazo heterotópico). •Menor cantidad de sangrado. •Resolución del aborto inmediata tras el término del procedimiento (minutos). •De primera elección ante inestabilidad hemodinámica y/o sepsis.
<p>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 con aspiración. Estos procedimientos pueden ser llevados a cabo por personal de salud con el entrenamiento y la capacidad técnica necesaria en apego a las recomendaciones de la OMS⁽⁷²⁾ y al artículo 102 y 103 de la Ley General de Salud.</p>		

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2022; Ipas, 2021; 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 elegidos y llenar los formatos que correspondan. Por ejemplo, en el caso de víctimas de violencia sexual se llenarán los formatos contemplados en la NOM-046-SSA2-2005 así como la carta bajo protesta de decir verdad (si no existe un formato impreso para ello, la usuaria realizará la solicitud de su puño y letra). En el caso de niñas y adolescentes menores de 12 años de edad que soliciten interrupción del embarazo por violencia sexual, 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 Niñas, Niños y Adolescentes o la instancia de procuración de justicia competente, evitando retrasos en la atención resolutive.

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

- a) Con **manejo farmacológico** se espera 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 del sangrado (que puede continuar en poca cantidad hasta la siguiente menstruación). La ausencia de sangrado, o un sangrado mínimo, pueden indicar continuidad del embarazo o la presencia de embarazo ectópico.
- b) Con **aspiración endouterina** se espera 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. El desarrollo de fiebre, dolor persistente y aumento de sangrado transvaginal así como fetidez, obligan a descartar complicaciones infecciosas o perforación inadvertida.

Cuando las instituciones de salud cuenten con posibilidad de dar seguimiento, se podrán realizar consultas posteriores, sin que esto represente una limitante o condicionante en la prestación del servicio de acuerdo con lo sugerido por organismos colegiados expertos^(5,13,73,74). Se recomienda que las usuarias cuenten con toda la información relacionada con síntomas persistentes de embarazo y otros motivos por los que buscar atención médica, tales como sangrado intenso prolongado, ausencia de este, persistencia o incremento del dolor y fiebre. De así requerirse, el seguimiento puede proponerse entre 7 y 14 días posteriores al procedimiento para dar continuidad a las acciones comenzadas en la consulta inicial, tales como referencia a otros servicios, manejo de infecciones de transmisión sexual, asesoría adicional, provisión del anticonceptivo elegido^{XXXIII}, entre otras. En dicha consulta (particularmente cuando

XXXIII Durante la consejería y provisión del método anticonceptivo, siempre que sea factible, debe privilegiarse la anticoncepción inmediata post aborto, de preferencia de larga duración, siendo ésta la mejor opción costo-efectiva.

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⁽⁷¹⁾. Sin embargo, cabe señalar que en algunos casos es posible detectar niveles bajos de esta hormona hasta cuatro semanas después de una expulsión exitosa⁽¹³⁾.

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



Fuente: CNEGSR, 2021.



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⁽⁷²⁾.

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 con aspiración endouterina y a que representa una opción no invasiva, muy aceptable y muy segura^(5,13).

La evidencia científica ha demostrado que los medicamentos para el aborto se pueden autoadministrar de manera segura y eficaz fuera de un centro clínico (por ejemplo, en casa) y que las personas con una fuente de información precisa y acceso a una persona trabajadora de la salud capacitada (en caso de que necesiten o deseen apoyo en cualquier etapa del proceso) pueden autogestionar

con seguridad su proceso de aborto en las primeras 12 semanas de gestación. Además, la prestación de servicios con una supervisión médica mínima puede mejorar significativamente el acceso, particularmente en entornos restringidos y situaciones de crisis, así como mejorar la privacidad, la conveniencia y la aceptabilidad del proceso de aborto sin comprometer la seguridad y la eficacia.

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^(6,68,69,70). 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^(5,13,72).

La mifepristona se administra por vía oral. El misoprostol se puede administrar por las siguientes vías^(5,13,74):

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, 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.

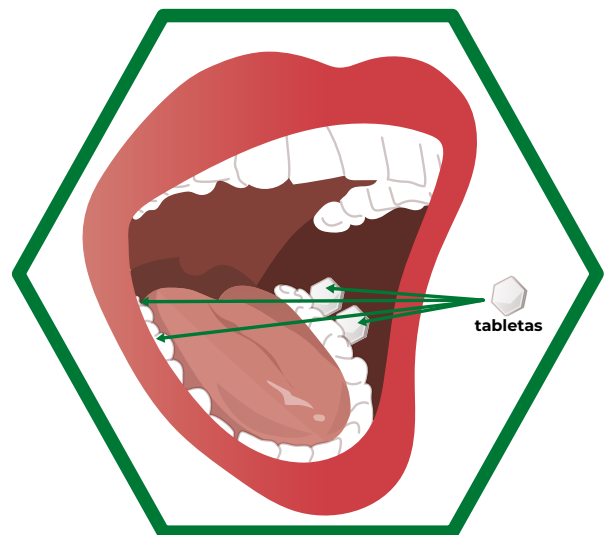


Imagen 6
Administración bucal de misoprostol.
Fuente: Elaboración propia. CNEGSR, 2021.

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 misoprostólico, 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 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 por aspiración. La aspiración por vacío es la técnica 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^(3,13). Involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula, generalmente de material plástico, unida a una fuente de vacío (manual o eléctrica), 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. 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 el adiestramiento pertinente y consiste en preparar el cérvix y evacuar el útero con una combinación de aspiración por vacío y el uso de fórceps y pinzas^{XXXIV}. Debido a que requiere mayor dilatación y manipulación cervical y uterina, más tiempo para llevar a cabo el procedimiento y puede ser más dolorosa que la aspiración endouterina en el primer trimestre, se recomienda realizarla en un ambiente clínico supervisado. Con esta alternativa de manejo, la elección de medicamentos y 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⁽⁷⁵⁾.

Con base en la sólida evidencia proporcionada por la OMS, el legrado uterino instrumental actualmente es obsoleto, particularmente en el primer trimestre, 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^{XXXV} su uso en el manejo del aborto^(5,13,71,76); incluso, la OMS se ha manifestado por evitar la dilatación y curetaje, incluyendo las legas cortantes para corroborar el éxito de una aspiración⁽⁵⁾.

XXXIV 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.

XXXV 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.

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 las Tablas 3a y 3b:

Imagen 7. Equipo de aspiración manual endouterina.



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR, 2021.

Tabla 3a. Información que se debe dar a las usuarias: efectos esperados, adversos y datos de alarma para abordaje farmacológico en el primer trimestre

Modalidad de tratamiento	Efectos	Efectos adversos	Datos de alarma
Abordaje farmacológico (La mifepristona no suele asociarse a síntomas específicos)	<p>Sangrado transvaginal y dolor cólico:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Fiebre:</p> <p>Puede presentarse posterior a la administración del misoprostol y ceder con la ingesta de antipirético a la dosis recomendada.</p> <p>Escalofrío, calambres, diarrea, náusea y vómito:</p> <p>Suelen autolimitarse, se recomienda incrementar la ingesta de líquidos claros y dieta astringente; se puede tomar medicación para paliarlos a las dosis recomendadas.</p>	<p>Sangrado:</p> <p>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.</p> <p>Ausencia de sangrado o sangrado escaso:</p> <p>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 embarazo en curso que 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.</p> <p>Dolor:</p> <p>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.</p> <p>Puede sugerir también aborto incompleto.</p> <p>Persistencia de síntomas de embarazo:</p> <p>Hipersensibilidad o dolor mamario, náusea, hipersomnia.</p> <p>Fiebre u otros efectos adversos:</p> <p>Cuando se presenta 24 horas después de la última dosis de misoprostol, amerita buscar atención en la unidad de salud más cercana. Secreción o sangrado transvaginal fétida.</p> <p>Reacciones alérgicas:</p> <p>Exantemas, edema facial, bucal, dificultad para respirar.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, 2022; WHO, 2021; Ipas, 2021; Kuberska K, Turner S, 2019; Morris et al., 2017.

Tabla 3b. Información que se debe dar a las usuarias: efectos esperados, adversos y datos de alarma para abordaje con aspiración en el primer trimestre

Modalidad de tratamiento	Efectos esperados	Efectos adversos	Datos de alarma
Abordaje con Aspiración o con Dilatación y Evacuación	<p>AMEU</p> <p>Se puede experimentar dolor con la manipulación cervical, al momento de iniciar el procedimiento, y al final de la aspiración.</p> <p>De manera frecuente, el dolor cólico y el sangrado transvaginal son leves al final del procedimiento.</p>	Durante la maduración cervical con misoprostol se puede experimentar dolor cólico, sangrado transvaginal e incluso fiebre, se autolimitarán.	<p>Sangrado y/o dolor cólico:</p> <p>Persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber disminuido inicialmente.</p> <p>Fiebre:</p> <p>Que se presenta 24h después del misoprostol para preparación cervical, asociada o no a fetidez vaginal, amerita seguimiento tan pronto como se presenten.</p> <p>Ausencia de sangrado o sangrado escaso:</p> <p>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.</p>
	<p>Dilatación y evacuación</p> <p>La colocación de dilatares osmóticos, así como las dosis de misoprostol pueden asociarse a dolor cólico y sangrado transvaginal.</p>	Suelen presentarse con más frecuencia e intensidad los efectos descritos para el misoprostol.	<p>Sangrado y/o dolor cólico:</p> <p>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.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de: WHO, 2022; WHO, 2021; Ipas, 2021; Kuberska K, Turner S, 2019; Morris et al., 2017.

b) Consideraciones específicas

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

Manejo en el primer trimestre de gestación

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 signos y síntomas 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, es contraindicación para el manejo expectante y farmacológico, por lo que ante estas condiciones la evacuación endouterina por vacío, previa estabilización y antibioticoterapia de amplio espectro cuando así proceda, será el manejo indicado.

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 cardíacos fetales, o bien por la presencia de saco vitelino sin embrión⁽⁷⁷⁾. Clínicamente puede presentarse sangrado transvaginal, tamaño uterino significativamente menor al esperado, sin modificaciones cervicales. El manejo puede ser:

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 complementaria posterior⁽⁷⁷⁾. 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.

Farmacológico. Hasta antes de las 14 semanas, se recomienda el régimen combinado con 200mg de mifepristona vía oral, seguidos de 800µg de misoprostol (bucal, vaginal o sublingual). Si no se cuenta con mifepristona, se indican 800µg de misoprostol por las vías enunciadas de administración (bucal, vaginal o sublingual); pueden requerirse dosis repetidas pasadas las 9 semanas, pudiendo suministrarse cada 3 horas. Aunque las directrices actuales no establecen un número máximo de dosis, en general no suelen requerirse más de 5 dosis. Si se cuenta con mifepristona, se indican 200mg por vía oral 1-2 días antes del misoprostol. El manejo analgésico se dará previo al misoprostol (ver Anexo 2).

Aspiración. Se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previos al procedimiento (ver Anexo 3).

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, su manejo puede ser:

Expectante. Esta opción de tratamiento se considerará de acuerdo con el estado clínico de la usuaria y sus preferencias, bajo las consideraciones ya mencionadas. Las tasas de aborto completo con esta modalidad de tratamiento varían del 52 al 85%⁽⁷¹⁾.

Farmacológico. Hasta antes de las 14 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 con la valoración clínica y preferencias de la usuaria. Las tasas de aborto completo con esta opción de manejo van del 80 al 99%⁽⁷¹⁾. Considerar analgesia previa al misoprostol (ver Anexo 2).

Aspiración. Se lleva a cabo de forma ambulatoria y se recomienda administrar antibiótico profiláctico y analgesia previo al procedimiento (ver Anexo 3).

Aborto inducido. Es susceptible de manejo farmacológico y con aspiración. En general, el tratamiento ambulatorio (incluyendo al autogestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) con medicamentos se ofrece hasta las 10 semanas y bajo supervisión clínica de profesionales de la salud si excede ese tiempo. Bajo condiciones de acompañamiento y seguridad (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^(5,6).

Cabe señalar que, a menor edad gestacional, mayor será la eficacia de todas las modalidades de tratamiento.

Las alternativas son:

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⁽⁷¹⁾. Hasta las 12 semanas 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⁽⁷³⁾ internacionales recomiendan que en embarazos mayores a 9 semanas, hasta las 12 semanas se administre una segunda dosis de 800µg de misoprostol vía 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).

Las nuevas directrices de la OMS 2022⁽⁵⁾ sugieren la alternativa de usar hasta las 14 semanas un régimen combinado de 10mg de letrozol cada 24 horas por 3 días, seguido de 800µg de misoprostol sublingual al 4º día de la toma del letrozol xxxvi.

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⁽⁷¹⁾. Se administran 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada

xxxvi La sugerencia de la OMS⁽⁵⁾ sobre su uso se limita a las 14 semanas, tiene evidencia científica baja a muy baja y no se ha documentado la seguridad de su uso ambulatorio ni auto gestionado. El mecanismo de acción del letrozol consiste en ser un inhibidor selectivo de la aromatasa no esteroideo que evita que esta enzima produzca estrógenos, mismos que se producen en el embarazo. Se debe aclarar a la usuaria que es embriotóxico y fetotóxico (se asocia a ausencia y el acortamiento de la papila renal, la dilatación del uréter, el edema y la osificación incompleta del cráneo frontal y los metatarsianos), por lo que, de utilizarlo y presentar falla terapéutica, debe completarse el tratamiento.

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).

Aspiración Endouterina. De forma ambulatoria, se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previo al procedimiento (ver Anexo 3).

Tabla 4. Manejo farmacológico del aborto en el primer trimestre

Aborto Farmacológico en el primer trimestre		
Variante clínica	Régimen combinado	Misoprostol solo
Aborto diferido	<p>Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 800µg por cualquier vía de administración (bucal, vaginal o sublingual).</p> <p>A partir de las 14 semanas el misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal, 400µg, cada 4-6 horas hasta la expulsión.</p>	<p>800µg por cualquier vía de administración (bucal, vaginal o sublingual); pueden requerirse dosis repetidas pasadas las 9 semanas, pudiendo suministrarse cada 3 horas, no suelen requerirse más de 5 dosis.</p> <p>A partir de las 14 semanas se administran 400µg por vía sublingual o vaginal cada 4-6 horas hasta la expulsión.</p>
Aborto incompleto / inevitable	—————	600µg oral; o 400µg sublingual
Aborto inducido	<p>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.</p> <p>A partir de las 12 semanas, el misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal, 400µg, cada 3 horas hasta la expulsión.</p>	<p>800µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión.</p> <p>A partir de las 12 semanas, el misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal, 400µg, cada 3 horas hasta la expulsión.</p>
Observaciones		
<p>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. El personal de salud debe ser cauteloso y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol cuando exista el antecedente de incisión uterina previa. Las dosis no se modifican hasta las 11.6 semanas independientemente de si el procedimiento se realiza bajo la supervisión clínica, de forma autogestionada o remota.</p>		

Fuente: Adaptado de WHO, 2022; Morris et al., 2017.

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 con las características del caso y con un adecuado manejo del dolor. En los casos de pérdida gestacional espontánea, 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⁽⁷⁸⁾, 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 deben considerarse las preferencias de la usuaria, sus condiciones clínicas generales y la capacidad resolutive 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 con aspiración, éste se llevará a cabo considerando la posibilidad de contar con apoyo del servicio de anestesiología, cuando así se requiera. El manejo debe ser individualizado, teniendo cautela y juicio clínico cuando exista el antecedente de cicatriz uterina^(13,73).

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 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.

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, con cautela y en función de la respuesta al manejo y del juicio clínico del personal sanitario. Cuando se cuente con mifepristona se administra a dosis de 200mg por vía oral, 1-2 días previos al misoprostol. El manejo analgésico deberá otorgarse previo al misoprostol y la profilaxis antimicrobiana se valorará de forma individualizada. Pasadas las 14 semanas, se recomienda dilatación y evacuación.

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, con cautela y en función de la respuesta al manejo y del juicio clínico del personal sanitario. 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.

Aborto inevitable (asociado a ruptura de membranas). A partir de las 13 semanas, bajo supervisión clínica se administran: 200µg de misoprostol por vía bucal o sublingual 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⁽⁷³⁾.

Aborto inducido. Hasta antes de las 14 semanas es susceptible de manejo farmacológico y por aspiración. Pasada esa edad gestacional, se recomienda la dilatación y evacuación en un entorno clínico supervisado.

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%⁽⁷¹⁾; 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, con cautela, 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, o se puede intervenir antes y extraerla si así lo solicita la usuaria, existe sangrado importante o para abreviar el tiempo de recuperación previo al egreso⁽⁷¹⁾. En este periodo de espera, se puede administrar la dosis de misoprostol que le corresponde según el horario establecido.

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%⁽⁷¹⁾. Se administran 400µg de misoprostol por vía bucal, vaginal o sublingual cada 3 horas, con cautela, 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⁽⁷¹⁾.

Aspiración Endouterina o Dilatación y Evaluación. Se valorará 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. Manejo farmacológico del Aborto en el segundo trimestre

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	_____	400µg sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión
Aborto inevitable (asociado a ruptura de membranas)	_____	200µg bucal o sublingual 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 vagi- nal c/3h hasta la expulsión de feto y placenta	400µg bucal, sublingual o vagi- nal c/3h hasta la expulsión de feto y placenta
Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las variantes clínicas, el manejo se basa en el tamaño uterino más que en las semanas calculadas por la FUM. • Si existe sangrado importante, fiebre o se busca abreviar el tiempo de recuperación previo al egreso, se puede intervenir antes de las 4 horas posteriores a la expulsión fetal para extraer la placenta si la usuaria se encuentra estable. • Cuando exista cicatriz uterina previa, no es necesario hacer cambios en las posologías recomendadas cuando el tamaño uterino corresponda a las 22-24 semanas de edad gestacional. • A las usuarias con placenta previa, se les puede ofrecer manejo farmacológico o una DyE en sitios que tengan capacidad resolutoria para la atención a la emergencia obstétrica⁽⁷⁹⁾. • Las dosis repetidas de misoprostol hasta la expulsión de feto y placenta se realizarán con cautela y determinarán por el juicio 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. • El tejido o feto deberá ser tratado de acuerdo con lo dictado por la ley adaptándose al procedimiento de cada institución, priorizando no revictimizar a la usuaria. 		

Fuente: Adaptado de WHO, 2022; Ipas, 2021; Edelman y Mark, 2019; Morris et al., 2017; Silver, 2015.

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 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, continuidad del embarazo, 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, retención de restos, perforación uterina, infección, sepsis y con menos probabilidad, continuidad del embarazo.

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 resolutive.

Hemorragia. Se define como una pérdida hemática igual o mayor a 500ml durante el estado grávido o puerperal⁽⁸⁰⁾. 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⁽⁷¹⁾. 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^{XXXVII}.

XXXVII 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	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 pasadas las 18-20 semanas.

Fuente: Adaptado de IMSS, 2017.

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 continuidad del embarazo o la presencia de embarazo ectópico.

Tanto el embarazo en curso 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 puede manejarse con aspiración, con dosis repetidas de

misoprostol o de forma expectante, según el cuadro clínico y las preferencias de la usuaria⁽⁷¹⁾.

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⁽⁷¹⁾.

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 resolutive, 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.

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 se deben a una complicación de un aborto relacionada con la sepsis^(81,82). 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⁽⁸³⁾.

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⁽⁸³⁾.

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, sobre todo en el segundo trimestre.



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 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

Modificado de: IMSS, 2018.

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

4. 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 puede ocurrir tan pronto como 8-10 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 con los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos emitidos por la OMS (ver Anexo 6), que permitan a las usuarias elegir el método acorde a sus necesidades, preferencias y riesgos individuales.

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.

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.

Ejemplo de esto es la colocación de un dispositivo intrauterino que se contraindica si se documentó aborto séptico, 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 incluido 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 y no protege contra infecciones de transmisión sexual ^(84,85,86).



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 la mifepristona o con la primera dosis de misoprostol (régimen combinado o misoprostol solo, respectivamente).	1
Reversible de acción prolongada: -Inyectable de solo 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) -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. Contraindicado en caso de un aborto séptico (categoría 4). El DIU entra en categoría 1 en el 1er trimestre y 2 en el segundo.	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
<p>Se recomienda enfatizar la doble protección y los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o no se deseen métodos definitivos.</p> <p>La consejería debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia.</p> <p>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 etarios).</p> <p>*En personas menores de 18 años, los inyectables de sólo progestina entran en categoría 2 de los criterios de la OMS (ver Anexo 6).</p>		

Fuente: Adaptado de WHO, 2015; OPS, Johns Hopkins, 2019.

10. Aborto seguro como servicio esencial

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 resolutive no debe aplazarse bajo ninguna circunstancia^(6,13). 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^(87,88,89,90). Diversos países han implementado la telemedicina^{XXXVIII} para asegurar la disponibilidad de los servicios de aborto seguro, legal y accesible^(91,92,93,94), incorporando el manejo con medicamentos y el proceso del consentimiento informado⁽⁷⁶⁾, misma que ha resultado ser eficaz, segura, altamente aceptable para las usuarias y facilita el acceso a la atención en áreas rurales⁽⁸⁸⁾.

La OMS ha recomendado a la telemedicina como una alternativa a las interacciones personales con el personal de salud para brindar servicios de aborto con medicamentos en su totalidad o en parte; e involucra la evaluación de la elegibilidad para el manejo farmacológico, la consejería y/o información relacionada con el proceso de aborto, la instrucción y facilitación activa de la administración de medicamentos y la atención de seguimiento posterior al aborto, todo a través de la telemedicina⁽⁵⁾.

XXXVIII 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.



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 autoasistencia 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⁽⁸⁹⁾.

Así, la OMS señala a la autogestión (automedicación, autotratamiento, 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^(5,6). El aborto autogestionado entonces, se refiere a la práctica de auto abastecimiento de medicamentos para el aborto, seguido de su autoadministración y de la autogestión del proceso de aborto, fuera de un contexto clínico⁽⁷⁶⁾.

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 en los establecimientos de salud, según las preferencias y necesidades de las usuarias.

Si bien se consideró como una solución provisional, debe reconocerse como una extensión potencialmente que empodera a las usuarias y activa el sistema de salud y los enfoques de reparto de tareas. Esta 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^(88, 90, 91,92,93).



11. Registro de la información

Los expedientes clínicos son instrumentos legales y una herramienta útil que puede servir como un elemento probatorio 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, haciendo constar cada uno de los momentos de la atención brindada, además es un derecho de las usuarias que toda intervención, comentario, información requerida, diagnóstico o valoración clínica conste a cabalidad en su expediente. También se deberán adjuntar los documentos que se consideren idóneos y necesarios para justificar y dar soporte a la atención proporcionada.

La NOM 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención, señala que los formatos de detección de violencia y evaluación de riesgo 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⁽⁵⁹⁾ (CIE-10), independientemente de la modalidad de tratamiento con la que se atendió. En el caso de los abortos inducidos, como la IVE u otras causales, se debe usar el código 004 “aborto médico” (aborto médico o aborto inducido por razones terapéuticas). En las unidades de salud donde se realice ILE, ésta será registrada con el código Z30.3 “extracción menstrual” (interrupción del embarazo, regulación menstrual).



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.

Cabe destacar que, en los casos de aborto no se expide certificado de muerte fetal. Al respecto, el 28 de diciembre del 2021 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal⁽⁹⁵⁾XXXIX.

En las instrucciones vigentes, en el reverso del formato, se señala que: “debe ser expedido por una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud”.

Así mismo, en alineación con lo determinado por la SCJN, destaca que, en ningún documento normativo, como el manual de llenado o el instructivo al reverso del formato, se indica que se deba dar aviso a alguna autoridad competente distinta a la sanitaria para la certificación.

XXXIX En el Transitorio SEGUNDO del ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, se determinó que “deja sin efectos el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009; así como sus Acuerdos modificatorios publicados en el mismo órgano de difusión oficial los días 29 de diciembre de 2011, 06 de febrero de 2015 y 26 de diciembre de 2017”. Esto tiene relación con el artículo Segundo del Acuerdo 2021, que determina que “Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional se hará constar, según sea el caso, conforme lo establecido en el presente Acuerdo, ya sea en su versión impresa o electrónica”. De esta forma, y al quedar sin efectos los Acuerdos antes citados, las reglas vigentes para el llenado del certificado de muerte fetal, únicamente son las contempladas en el Acuerdo publicado el 28 de diciembre de 2021.

12. Rutas de vinculación institucional

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 integrales, efectivos y oportunos para las usuarias.

Por lo anterior se recomienda:

- Difundir en todas las unidades médicas el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México y la Guía Operativa para la Implementación de los Servicios de Aborto Seguro, especialmente en aquellas donde se cuente con atención de urgencias y especialidad de Ginecología y Obstetricia.
- Identificar las unidades médicas donde no exista capacidad resolutoria técnica y/o profesional y establecer coordinadamente una red de referencia a través de los formatos oficiales establecidos (de manera preferente pero no limitativa) para la resolución oportuna de los casos que requieren atención de aborto seguro.
- Colaborar de manera coordinada al interior de las diferentes áreas involucradas en los Servicios Estatales de Salud, con otras instituciones del sector y con instituciones de otros sectores que lleven a cabo acciones que convergen en la atención de aborto seguro (incluidas aquellas relacionadas con la atención de violencia sexual y de género). Promover la generación de acuerdos y compromisos y su formalización así como la creación de flujogramas sobre los momentos en la atención en que se conectan dichas acciones.
- Establecer estrategias de capacitación constante al personal de unidades médicas en las que se identifique el uso de tecnologías no seguras, deficiencias en el registro de atenciones, inquietudes relacionadas con el marco jurídico o con el abordaje clínico, consejería o sensibilización en la atención del aborto seguro. Las estrategias pueden dirigirse a los siguientes perfiles: personal directivo, jurídico, administrativo, médico, de enfermería, atención médica y las áreas involucradas en la atención directa e indirecta. Se recomienda priorizar la capacitación constante al personal que brinda atención directa.
- Identificar unidades médicas donde exista factibilidad para brindar la atención a fin de conformar una red de atención oportuna.

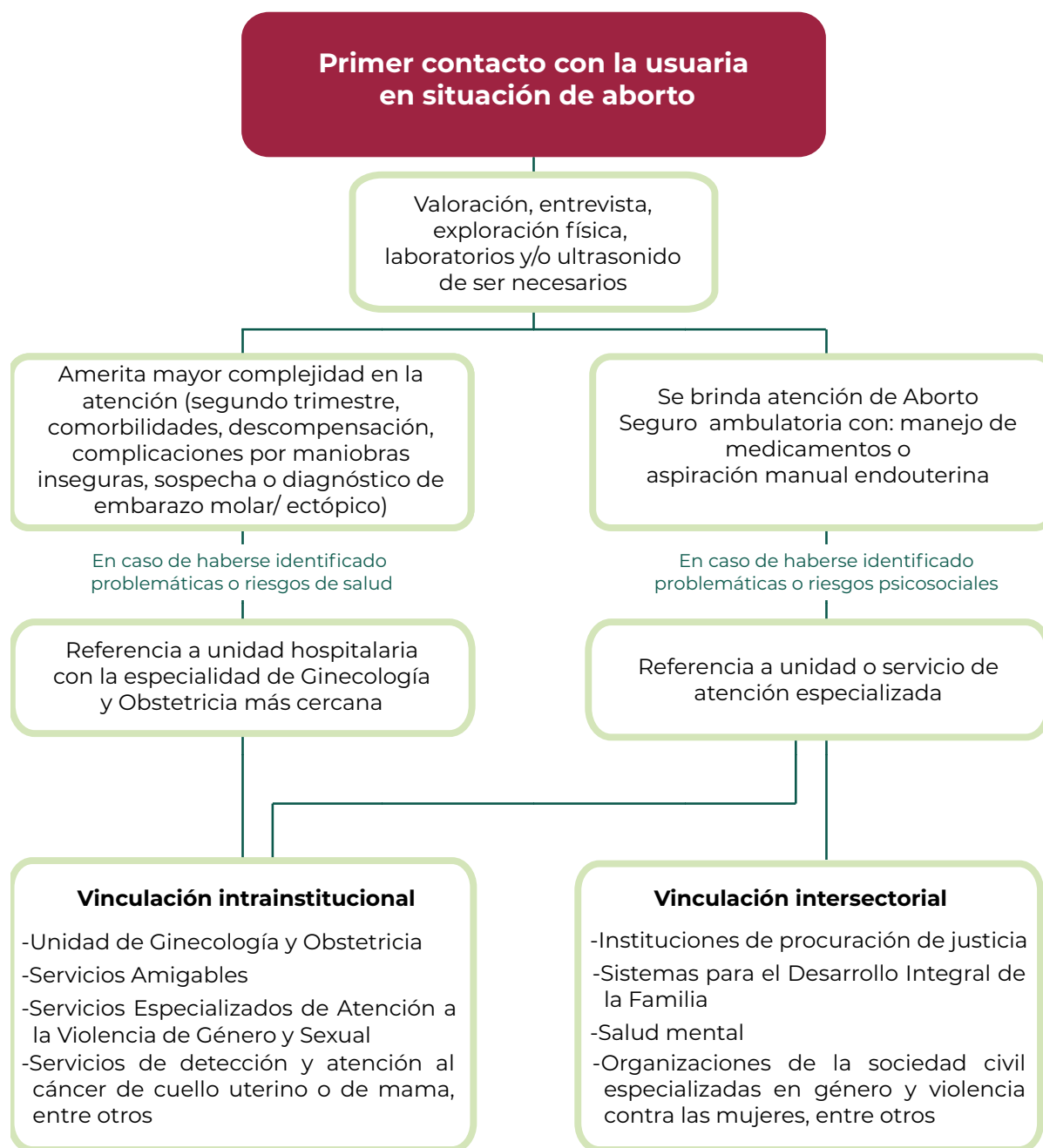
- Mantener actualizado un directorio de actores clave en las unidades médicas resolutorias y actores clave intersectoriales, que incluya: servicios proporcionados, dirección, número de contacto, horarios de atención, nombre y cargo de la persona responsable.
- Establecer convenios, acuerdos, gestiones o mecanismos para brindar a las usuarias el traslado hacia el Servicio de Aborto Seguro o la unidad médica resolutoria en caso de requerirse o derivado de una urgencia médica.

En el proceso de atención se deberán identificar necesidades no satisfechas que puedan atenderse en otro servicio de la Red de Salud Sexual y Reproductiva. Por lo anterior, es necesario que el personal conozca los servicios estatales, ubicación y horarios de atención. Para ello se debe activar el mecanismo de referencia y contrarreferencia con servicios vinculados como podrían ser, entre otros:

- Servicios amigables para adolescentes
- Servicios Especializados de Atención a la Violencia de Género y Sexual
- Servicios de prevención y control del VIH y el SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
- Servicios de detección y atención al cáncer de cuello uterino o de mama
- Servicios de atención y detección de infecciones de transmisión sexual
- Servicios de ginecología y obstetricia para evaluación del riesgo preconcepcional e infertilidad
- Servicios de anticoncepción y planificación familiar
- Servicios de atención a adicciones
- 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: Procuradurías o fiscalías en atención y protección a niñas, niños y adolescentes, centros de justicia de las mujeres, institutos de las mujeres, fiscalías especializadas en atención a la violencia familiar y centros de atención a víctimas a nivel estatal o municipal.
- Organizaciones civiles de derechos humanos en temas de salud sexual y reproductiva y/o que brinden acompañamiento de casos en materia de aborto.
- Organizaciones civiles que trabajen temas de género y violencia contra la mujer y cuenten con la atención especializada de refugio o centros de atención externos.
- Servicios de salud mental para la atención de padecimientos previos referidos por la usuaria o detectados en la historia clínica.

Finalmente se resalta la importancia de generar estrategias de colaboración con actores que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, desde estándares internacionales encaminados a la atención oportuna del aborto seguro.

Figura 4. Procesos de vinculación



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR, 2021.

13. Anexos

Anexo 1. Causas de Aborto Legal en México

Entidad federativa	Imprudencia	Violación	Inseminación forzada	Peligro de muerte	Daño a la salud	Alteraciones genéticas o congénitas	Causas económicas	Negativa en primer trimestre	Omisión de información sobre el derecho a interrumpir el embarazo	Trastorno ginecológico	Autonomía reproductiva
Ags.	●	●		●							
B.C.	●	●	●		●	●					●
B.C.S.	●	●	●	●	●	●					●
Camp.	●	●			●						
Chis.		●		●		●					
Chih.	●	●	●		●						
CDMX	●	●	●		●	●					●
Coah.*	●	●	●	●	●	●					
Col.	●	●	●	●	●	●		●	●		●
Dgo.	●	●		●							
Gto.	●	●									
Gro.	●	●	●	●	●	●		●			●
Hgo.	●	●	●	●	●	●					●
Jal.	●	●		●	●						
Edo. Mex.	●	●		●		●					
Mich.	●	●	●		●	●	●				
Mor.	●	●	●	●		●					
Nay.	●	●		●	●						
N.L.		●		●	●						
Oax.	●	●	●	●	●	●					●
Pue.	●	●		●		●					
Qro.	●	●									
Q. Roo	●	●		●		●					
S.L.P.	●	●	●	●							
Sin.	●	●	●	●	●	●				●	●
Son.	●	●		●							
Tab.		●	●	●							
Tamps.	●	●		●	●						
Tlax.	●	●	●	●	●	●					
Ver.	●	●	●	●	●	●					●
Yuc.	●	●	●	●		●	●				
Zac.	●	●		●	●						
Código Penal Federal	●	●		●							

*Por sentencia de 7 de septiembre de 2021, la Corte determinó la inconstitucionalidad del artículo 196 del Código Penal del Estado de Coahuila que criminalizaba el aborto voluntario, reconociendo la autonomía reproductiva y el derecho a decidir de las mujeres, niñas, adolescentes y personas gestantes. Ver Acción de Inconstitucionalidad 148/2017:

https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2021-08/AI%20148.2017.pdf

Fuente: Elaboración propia a partir de las leyes de salud, los códigos penales de las entidades federativas y el Código Penal Federal. CNEGSR, 2022

Anexo 2. Manejo del dolor y paliativos

Fármaco	Dosis	Indicación
Ibuprofeno	400 a 800mg por vía oral, 1 hora antes de la toma de misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU) y luego cada 8 horas en caso de dolor, máximo 3 días.	Analgésico
Ketorolaco	1 hora antes de la toma del misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU): 10-30mg por vía oral o sublingual cada 8h, en caso de dolor, máximo 3 días; o 30mg por vía intravenosa en un plazo de 15 segundos, de 30 a 60 minutos antes de la AMEU; o 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
<ul style="list-style-type: none"> 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 Ipas, 2021

Anexo 3. Técnica de Aspiración Manual Endouterina^(96,97,98).

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 800mg 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.

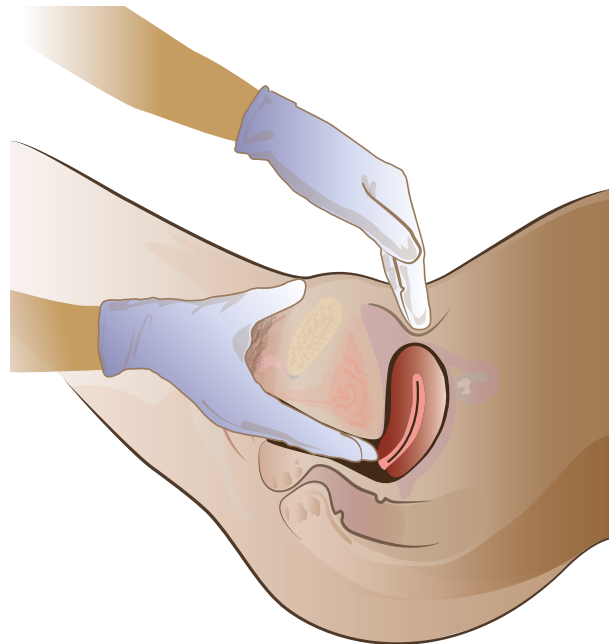
b. Profilaxis antibiótica antes de la aspiración:

200mg de doxiciclina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500mg de azitromicina por vía oral, una hora antes del procedimiento; o 500mg 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.



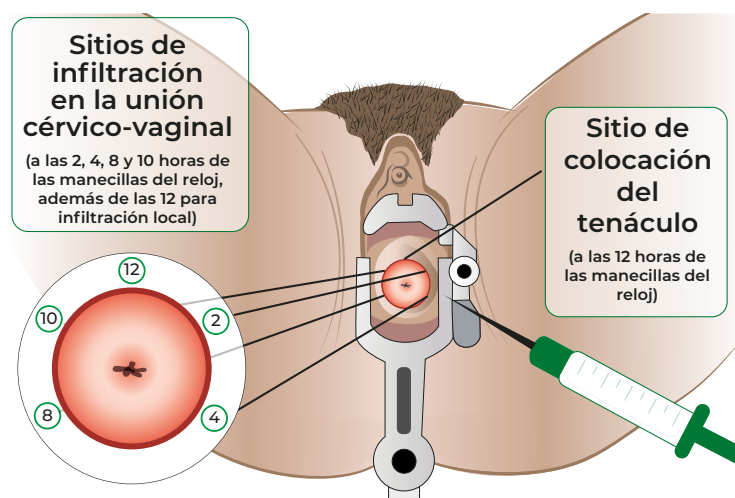
Fuente: Elaboración propia con base en Ipas, 2020.

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 1 ml por cada 10 ml de solución anestésica. Se debe aspirar previo a la infiltración para evitar una administración intravascular.

Se administran 2 ml 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 3 cm 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.

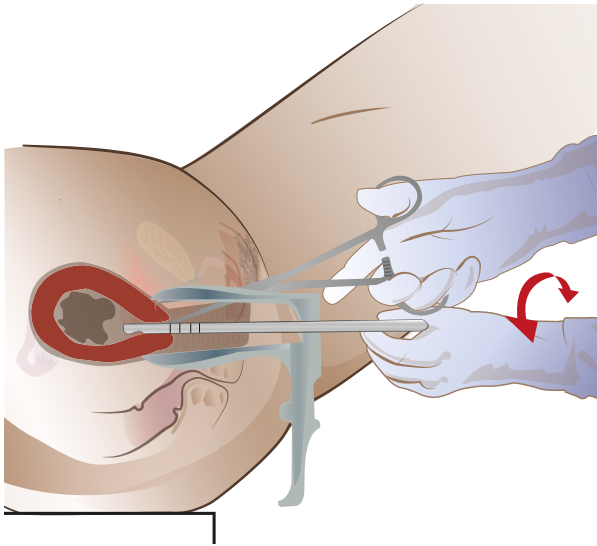


Fuente: Elaboración propia con base en Ipas, 2020.

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 1-2 cm.

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, este 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).

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, debiendo sumergir el equipo en agua mientras se lava y somete a desinfección de alto nivel o a esterilización (ver Anexo 7).



Fuente: Elaboración propia con base en Ipas, 2020

3. Procedimientos complementarios

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

- La colocación de un dispositivo intrauterino se puede realizar antes de retirar el espéculo (a menos de que se haya identificado proceso infeccioso intrauterino).
- El implante subdérmico, puede colocarse antes de procedimiento o una vez que terminó, 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)⁽⁸⁰⁾

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: IMSS, 2017.

Anexo 5. Escala obstétrica modificada qSOFA para la evaluación de la falla orgánica⁽⁹⁹⁾

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

Fuente: Torres-Torres J, et al., 2021.

Anexo 6. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos^(85,86)

	Criterio clínico	Criterio clínico limitado
CATEGORÍA 1	Condición para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo. El método se usa en cualquier circunstancia.	Se puede usar
CATEGORÍA 2	Condición en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados. En general, se usa el método.	
CATEGORÍA 3	Condición en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método. En general, no se recomienda el método a menos que no se disponga de otros más apropiados o los disponibles no sean aceptables.	No se usa el método
CATEGORÍA 4	Condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método. No se usa el método.	
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: OMS, 2015; OPS, Johns Hopkins, 2019.

Anexo 7. Procesamiento del equipo de AMEU^(100,101)

Información básica sobre la prevención de infecciones:

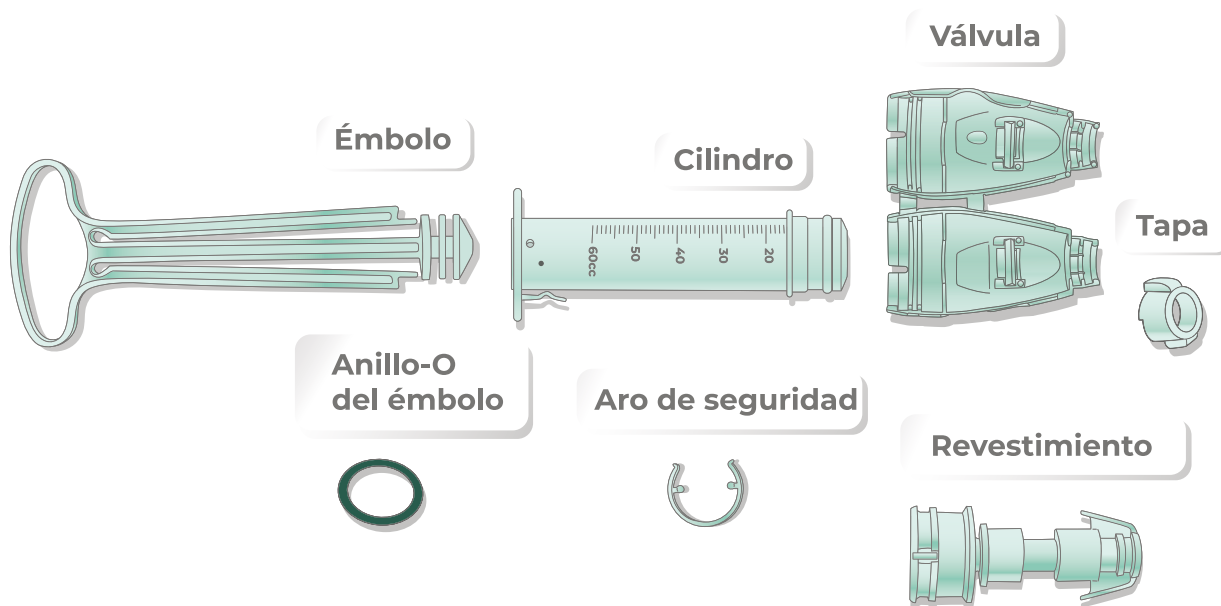
- Lávese las manos inmediatamente antes y después de tener contacto con cada usuaria. Considere que la sangre y los líquidos corporales pueden estar contaminados.
- Use barreras de protección personal (guantes, batas, protección facial, calzado) cuando se prevea que habrá contacto con sangre u otros líquidos corporales. Evite perforaciones en la piel, en particular cuando maneje punzo-cortantes.
- Utilice la técnica de no tocar: 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).

1. Preparación para el momento de uso

Inmediatamente después del procedimiento, los aspiradores y cánulas que vayan a ser reutilizados deben mantenerse mojados hasta que se laven. Remoje, enjuague o rocíe el instrumental con agua o con rociador enzimático. No use cloro ni solución salina.

2. Lavado y desarmado del instrumental

- Con guantes y máscara protectora, lave minuciosamente todos los instrumentos con agua tibia y preferentemente con detergente, no jabón.
- Desarme el aspirador retirando el cilindro fuera de la válvula. Con una mano, oprima las trabas para quitar la tapa; con la otra mano, jale la tapa.



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR, 2022.

- Abra el cuerpo de la válvula con bisagras abriendo la abrazadera. Coloque el pulgar derecho junto al botón derecho de la válvula y el pulgar izquierdo en el cierre de la válvula. Con el pulgar izquierdo, jale el cierre de la válvula hacia arriba y hacia la izquierda mientras que con el pulgar derecho, ejerce presión hacia abajo y hacia fuera en el cuerpo de la válvula. Retire el revestimiento de la válvula.
- Para desconectar el aro de seguridad, deslícelo lateralmente por debajo del clip de sujeción, o bien desconéctelo por completo del cilindro.
- Retire el émbolo completamente del cilindro. Para desplazar el anillo-O del émbolo, apriételo por los lados y deslícelo hacia abajo hasta colocarlo en la ranura.
- Antes de continuar con el procesamiento del instrumental, este debe estar completamente limpio. Si hay restos ovulares en la punta de la cánula, enjuáguela a presión con agua varias veces o use un aplicador con punta de algodón, un cepillo de cerdas suaves o un paño suave para sacar delicadamente el material. Si es imposible sacar la sangre o los restos ovulares del instrumental durante el lavado pese a repetidos intentos, deseche el instrumental.

Precaución: No utilice objetos punzo-cortes para limpiar la pieza de la válvula o para retirar el anillo-O. Esto podría causar daños e impedir que el aspirador conserve el vacío.

3. Opciones para el procesamiento

Existe el riesgo de que algunos contaminantes de una usuaria anterior se introduzcan en el cuerpo de otra si el aspirador no es procesado completamente: remojado, lavado y esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel (DAN) entre cada uso. El aspirador debe estar completamente desarmado para todos los métodos de procesamiento. Las cánulas deben ser esterilizadas o procesadas con DAN antes de reutilizarse y deben encontrarse estériles o procesadas con DAN al momento de introducirse en el útero. Los agentes químicos de procesamiento son sustancias peligrosas, use equipo de protección personal y consulte las instrucciones de seguridad del fabricante para establecer un uso seguro. Los siguientes métodos se mencionan en orden de eficacia decreciente.

■ Esterilización

- Somete el instrumental a autoclave de vapor, envuelto en tela o papel durante 30 minutos a 121 °C (250°F) y 106kPa. No use otros parámetros específicamente parámetros más altos ("autoclave flash"). Acomode el paquete de manera que quede plano en el autoclave para evitar que se doblen las cánulas.
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído al 2% (Cidex® o equivalente) durante el tiempo recomendado por el fabricante (el tiempo más recomendado son 10 horas).
- Sumerja el instrumental completamente en solución Sporox® II y deje en remojo durante seis horas.

■ Desinfección de alto nivel

- Hierva durante 20 minutos. Si sujeta las cánulas mientras están calientes, éstas podrían aplanarse. Deje que el agua se enfríe antes de sacarlas y sujételas de la base.
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de cloro al 0.5% y déjelo inmerso 20 minutos. Cambie la solución de cloro una vez al día o con más frecuencia, si ésta se enturbia.
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de glutaraldehído al 2% (Cidex® o equivalente) durante el tiempo recomendado por el fabricante (las recomendaciones varían de 20 a 90 minutos).
- Sumerja el instrumental completamente en una solución de Sporox® II y déjelo inmerso durante 30 minutos.

■ Después de procesar el instrumental de AMEU

- Si se utilizaron agentes químicos en el procesamiento, las cánulas deben enjuagarse minuciosamente después del mismo, ya sea con agua hervida (para instrumental sometido a DAN) o estéril (si el instrumental fue esterilizado). Todas las piezas del aspirador se deben enjuagar minuciosamente con agua limpia y potable.

4. Almacenamiento indicado o uso inmediato

Almacenamiento

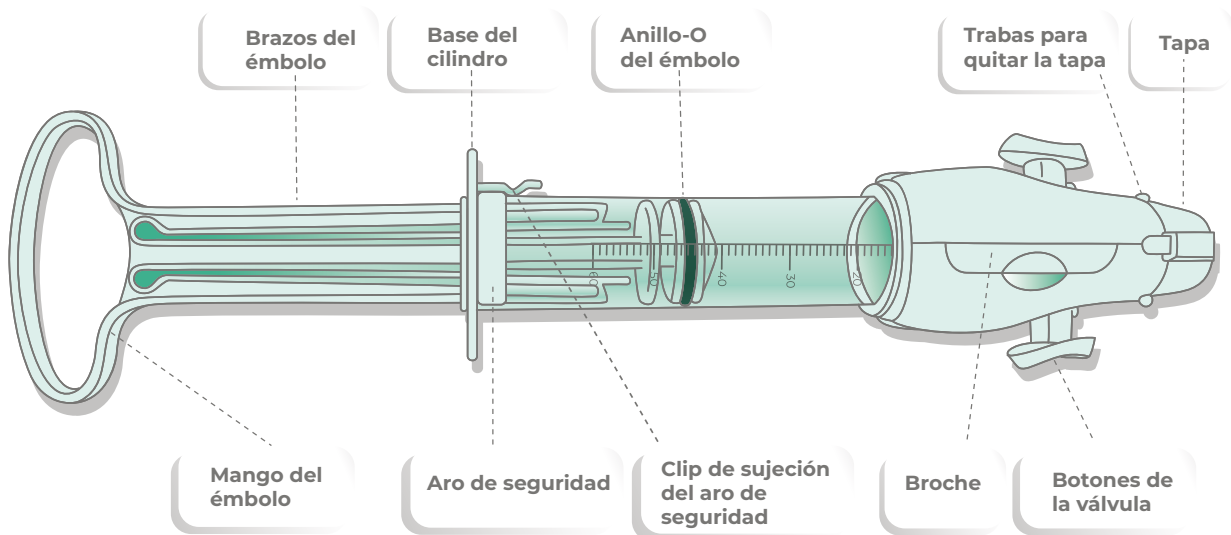
- Los aspiradores pueden ser secados, el anillo-O lubricado y el instrumental rearmado y guardado en un área limpia y seca hasta su uso. No es necesario que el aspirador permanezca desinfectado a alto nivel o estéril al momento de utilizarse.
- Las cánulas deben permanecer estériles o desinfectadas a alto nivel hasta su próximo uso. Guárdelas en recipientes estériles o desinfectados a alto nivel para conservar el nivel en que fueron procesadas y manéjelas por el extremo de la base.
- El instrumental que haya sido procesado con métodos líquidos, debe ser reprocesado diariamente.

Armado y uso

- Antes de su uso, rearme y lubrique el aspirador y verifique que conserve el vacío.
- Coloque el revestimiento de la válvula en su posición correcta dentro de la válvula, alineando las ranuras internas. Cierre la válvula hasta que encaje en su lugar. Coloque la tapa en su lugar en el extremo de la válvula. Empuje el cilindro dentro de la base de la válvula sin torcerlo.

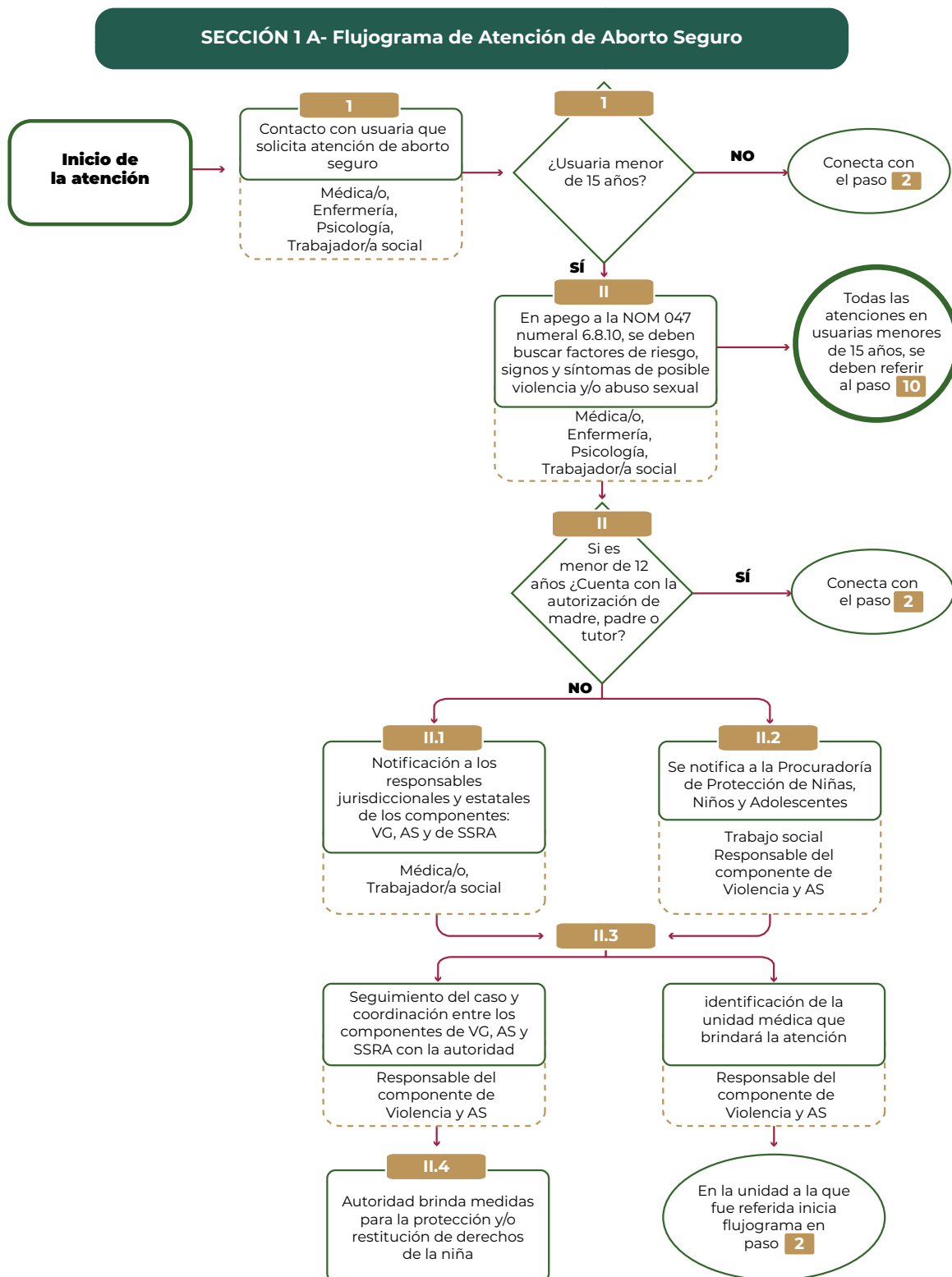
- Coloque el anillo-O del émbolo en la ranura en el extremo del émbolo y lubríquelo, esparciendo una sola gota de lubricante alrededor del anillo con la punta del dedo. Se puede utilizar silicona u otros lubricantes no derivados del petróleo. Apriete los brazos del émbolo e insértelo completamente dentro del cilindro. Desplace el émbolo hacia dentro y hacia afuera para lubricar el cilindro e introduzca las trabas del aro de seguridad en los orificios del mismo.
- Verifique la capacidad de retención del vacío, empujando en los botones hacia abajo (hacia adentro) hasta que se aseguren en posición y jalando el émbolo hacia atrás, hasta que los brazos del mismo se aseguren en posición. Deje el aspirador en esta posición dos a tres minutos y después jale los botones. Deberá oírse la irrupción de un flujo de aire, lo cual indica que el aspirador conservó el vacío.
- Si no oye la irrupción de aire, saque el émbolo. Verifique que el aspirador y el anillo-O del émbolo no tengan partículas extrañas ni grietas. Si después de probarse el aspirador aún pierde el vacío, se debe desechar.

Fuente: elaboración propia a partir de Ipas, 2021



Fuente: Elaboración propia. CNEGSR, 2022.

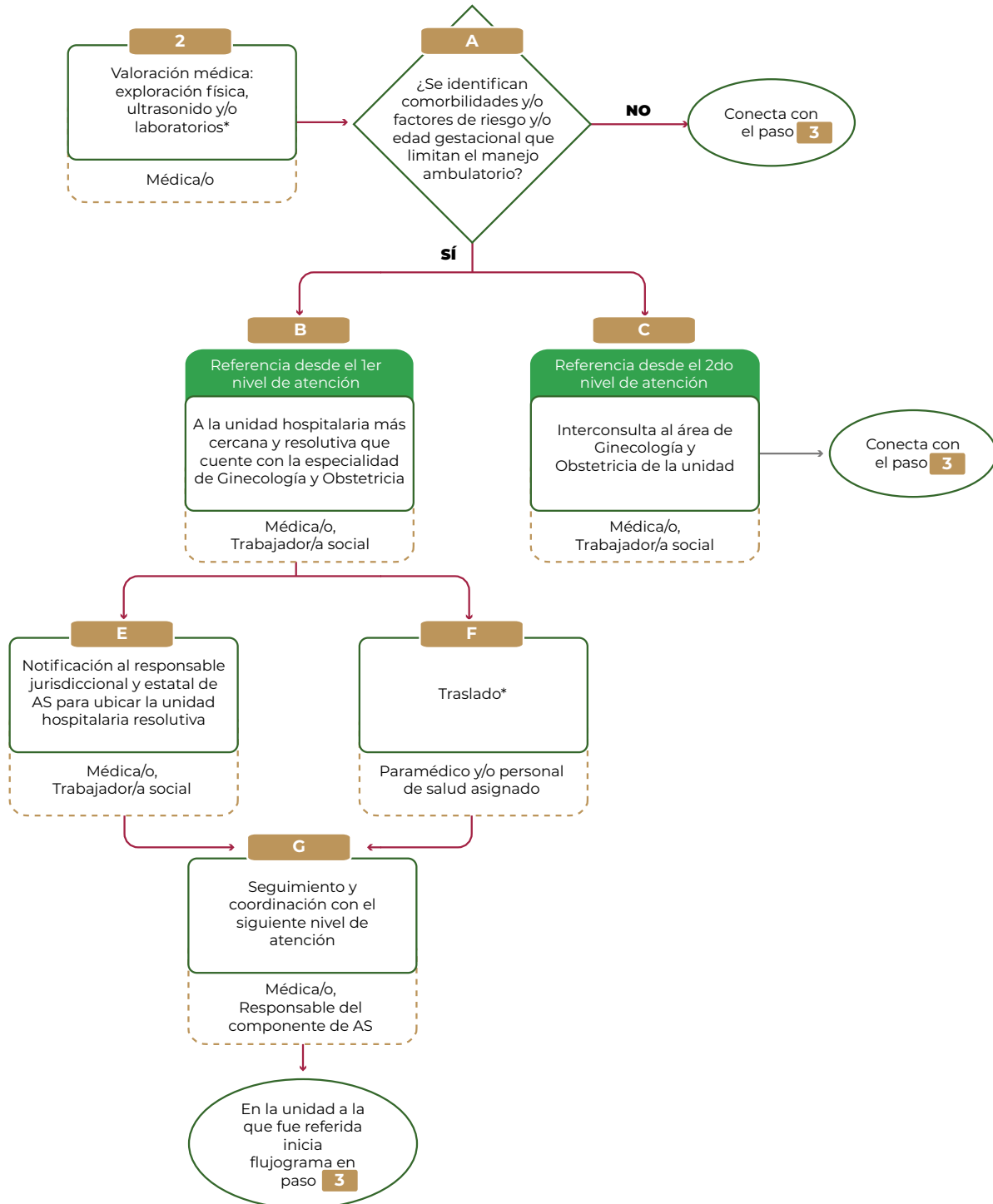
Anexo 8. Flujograma para la atención de mujeres en situación de aborto. Parte I



Fuente: Elaboración propia CNEGSR, 2022

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

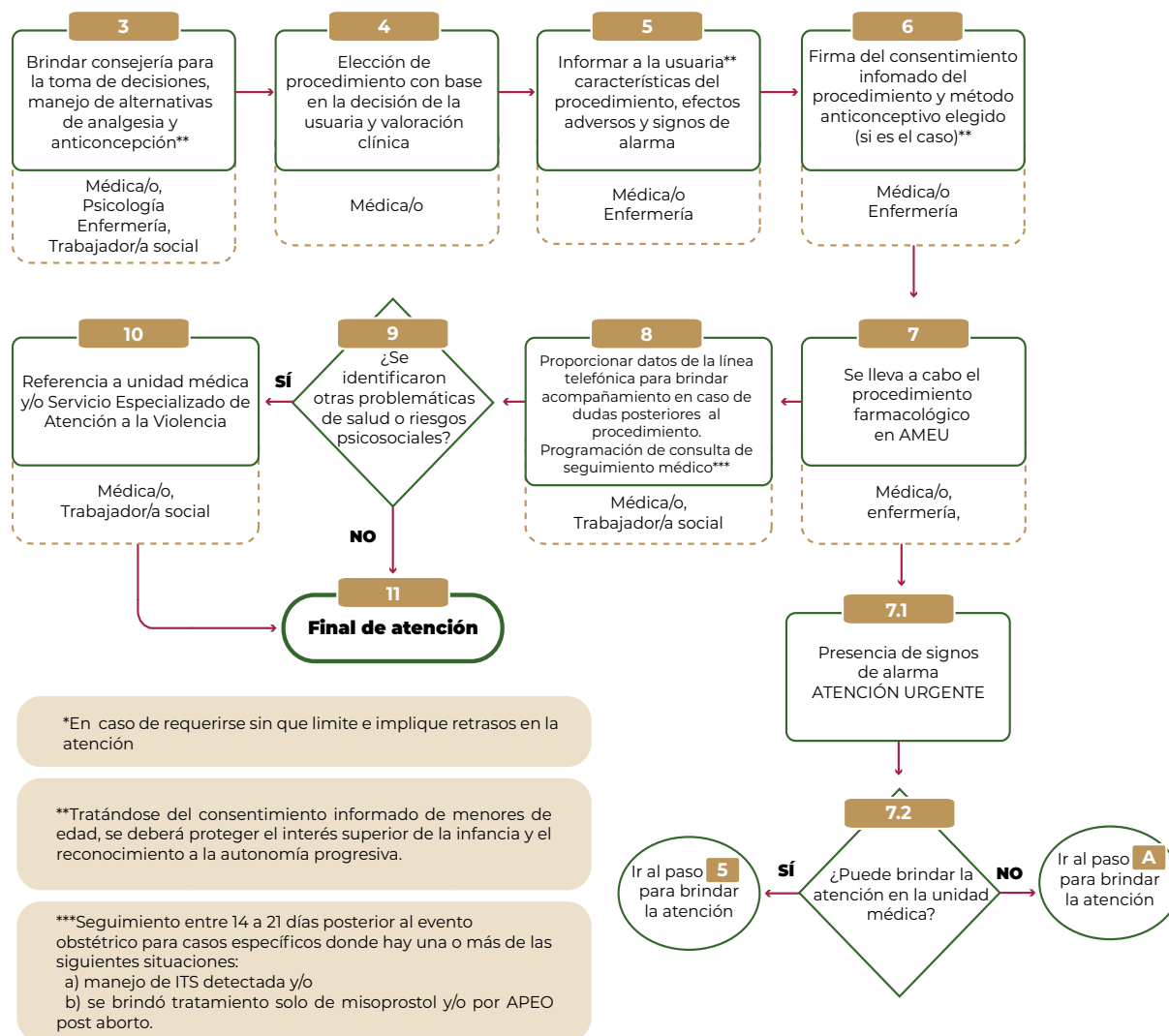
SECCIÓN 1 B- Flujograma de Atención de Aborto Seguro



Fuente: Elaboración propia CNEGSR, 2022

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

SECCIÓN 1 C- Flujograma de Atención de Aborto Seguro



Fuente: Elaboración propia CNEGSR, 2022

14. Referencias bibliográficas y documentos de consulta

1. Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024. Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto del 2020. 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. Diario Oficial de la Federación, 22 de diciembre del 2020. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020
3. 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>.
4. Kapp N, Lohr P. 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>
5. World Health Organization. Abortion care guideline. [Internet]. Geneva: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
6. World Health Organization. COVID-19 Clinical management. Living guidance, [Internet]. Geneva: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
7. Ganatra B, Gerdt 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
8. 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>
9. Singh S, Remez L, Onda T, Sedg, G. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2018. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf
10. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Informes semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas, Semana epidemiológica 39 de 2022. [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765506/MM_2022_SE39.pdf
11. 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. 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 Muñiz” y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Ciudad de México, 2021.

12. 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>
13. World Health Organization. Medical management of abortion. [Internet]. Geneva; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>
14. 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.
15. Médicos Sin Fronteras. Aborto no seguro: una emergencia olvidada. [Internet]. México: MSF; 2019. Disponible en: <https://www.msf.mx/article/aborto-no-seguro-una-emergencia-olvidada>
16. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud-2ª ed. [Internet]. Ginebra; 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: UNFPA; 1994. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
18. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N°22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra: UNFPA; 2016. Disponible en: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBE-DzFEovLCuW1a0Szab0oXTdlmnsJZZVQfQejF41Tob4CvljeTiAP6sU9x9eXO0nz-mOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWfDJ4z4216PjNj67NdUrGT87>
19. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, última reforma 29 de abril del 2022. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
20. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 29 de enero del 2008. 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. Recomendación 05/2019.2019. CDHCDMX; 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, IMJUVE; 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/484348/Hacia_una_Perspectiva_de_Juventud.pdf

23. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Diario Oficial de la Federación, 19 de enero del 2022. Disponible en:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5640922&fecha=19/01/2022
24. 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. Diario Oficial de la Federación, 7 de abril del 2016. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
25. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Manuela y Otros vs. El Salvador, Sentencia de 2 de noviembre de 2021 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.CIDH; 2021. Disponible en:
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf
26. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo en Revisión 1388/2015. Suprema Corte de Justicia de la Nación, 15 de Mayo del 2015. Disponible en:
https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2019-04/AR%201388-2015%20-%20190404.pdf
27. González-Vélez AC. Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Colombia: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008.
28. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, última reforma 16 de mayo del 2022. Disponible en:
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
29. Ley General de Víctimas. Diario Oficial de la Federación, última reforma 28 de abril del 2022. Disponible en:
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>
30. Norma Oficial Mexicana 046-SSA-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009. Disponible en:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0
31. Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparos en Revisión 601/2017 y 1170/2017; Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 438/2020 y Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de Inconstitucionalidad 148/2017.
32. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Diario Oficial de la Federación, última reforma 28 de abril del 2022. Disponible en:
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgdna.htm>
33. Organización de las Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño. CRC/GC/2003/4: Observación General N°4 (2003) La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. 2003. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-4-2003-adolescent-health>

34. Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas. La Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25: Adelantando la promesa. Nairobi, Kenia: UNFPA; 12 a 14 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/events/la-cumbre-de-nairobi-sobre-la-cipd25-adelantando-la-promesa>
35. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Diario Oficial de la Federación, 12 de agosto de 2015. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
36. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: CONAPO. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
37. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Secretaría de Gobernación y Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Guía para la implementación de la Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años. México: Gobierno de México; 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/guia-para-implementacion-de-ruta-para-la-atencion-y-proteccion-integral-de-ninas-y-adolescentes-madres-y-o-embarazadas-menores-de-15-anos>
38. 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.
39. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. La Mujer y la Salud. CEDAW, Recomendación General 24, Comentarios Generales. ONU; 1999. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
40. 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
41. Ortiz G. Atención Integral del aborto en menores de 15 años. CLACAI/IPAS [Internet]. 2020; 1-62. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC_ATE%20ABORTO_FINAL.pdf
42. 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>
43. 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.
44. 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>

45. 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>
46. Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualising abortion stigma. *Cul H Sex*. 2009; 11 (6): 625-639.
47. 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>
48. Ostrach B, Abi Samra R. Abortion complication syndemics: Structural stigma, pathologized pregnancies and health consequences of constrained care. *Stigma Syndemics*. Lexington Books. 2017.
49. 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.
50. 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](https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072)
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. Collado M, y Mora J. 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.
55. Guttmacher Institute. Necesidad y uso de servicios de aborto por parte de adolescentes en países en desarrollo. Estados Unidos; 2016. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services-developing-countries>
56. Ipas CAM. Encuesta Internacional de Personas Proveedoras y Acompañantes de Aborto [Internet]. 2020:1-14. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuestaResumenEjec.pdf>
57. Comisión Nacional de Bioética. Consentimiento Informado. México: Secretaría de Salud. [Internet]. Mexico; 2015. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

58. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, última reforma 29 de abril del 2022. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
59. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 5 de octubre del 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
60. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Diario Oficial de la Federación, 30 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/normas/DOF-30NOV12-NOM-024-SSA3-2012.pdf>
61. Capdevielle P. Laicidad y libertad de conciencia. México: IIJ UNAM; 2013.
62. Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, 21 de septiembre del 2021.
63. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Observación General N°22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra: UNFPA; 2016. Disponible en: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4Cvl-jeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWFd-J4z4216PjNj67NdUrGT87>
64. Ministerio de salud. Guía práctica consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes. [Internet]. Chile; 2016. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
65. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Documento Técnico. Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud. Colombia; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf>
66. Ipas México. Acompañamiento y Consejería a Mujeres en Situación de Aborto. [Electrónico] México; 2017. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ManualConsejeriaAborto.pdf>
67. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento Válidamente Informado, 2° edición. México; 2016.
68. 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>
69. 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/guidance/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-women-s-health/coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care/>

70. 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>
71. Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva [Internet] 2021. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/CURH-S20.pdf>
72. 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]. Ginebra; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1
73. 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: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12181>
74. 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>
75. 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/resource/guia-de-referencia-sobre-dilatacion-y-evacuacion-d-y-e-aborto-inducido-y-atencion-postaborto-a-las-13-semanas-o-mas-de-gestacion-segundo-trimestre/>
76. 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
77. 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>
78. 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>
79. Silver, 2015. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. *Obstetrics and Gynecology*, 126(3), 654-668. DOI:10.1097/aog.0000000000001005
80. 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>
81. 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>

82. 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;sequence=1>
83. 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>
84. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México. 2022. Disponible en: <https://bit.ly/LTMACNEGSR>
85. Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 5ª edición. Ginebra; 2015. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>
86. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP). Proyecto de Conocimientos sobre la Salud, Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. [Internet]. Estados Unidos; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
87. 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>
88. 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>
89. 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>
90. 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>
91. American College of Obstetrics and Gynecology. Committee Opinion No. 613 Increasing Access to Abortion. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2014; 124 (5);1060-1065. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000456326.88857.31>
92. 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>
93. 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>

94. 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>
95. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y muerte fetal [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*, 28 de diciembre del 2021. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639495&fecha=28/12/2021#gsc.tab=0
96. Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva [Internet] 2020. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2021/07/26/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/>
97. 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.
98. 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.
99. 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. <https://osf.io/6yt2g/>
100. Ipas. Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las Cánulas Ipas Easy-Grip. [Internet]. Estados Unidos; 2019. Disponible en: http://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/PROPLUS_S19_lowres.pdf
101. World Health Organization. Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. [Internet]. Geneva: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- 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/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- 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.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>
- 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: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.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: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.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 General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre del 2014. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-01/Ley_GDNNA.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 de 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 de 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-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-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 de 2016. Disponible en:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- 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 de 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 de 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-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 de 2015. Disponible en:
<http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de octubre de 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- 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>
- 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-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 de 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.

Programático y de Salud

- Programa de Acción Específico 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:
https://www.aefcm.gob.mx/ley_transparencia-gob/transparencia-proactiva/archivos-2022/2022-02-10/Proigualdad_para_inclusion_en_web.pdf
- Gobierno de México. Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescente. 2014. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/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. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de de Métodos Anticonceptivos en México. 2022. Disponible en:
<https://bit.ly/LTMACNEGSR>
- Secretaría de Salud. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. 2009. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud/en/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>
- 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-difusion.com/CMGPC/SS-347-09/ER.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-difusion.com/CMGPC/SS-202-09/ER.pdf>
- Secretaría de Salud. Métodos anticonceptivos temporales: Dispositivo intrauterino y condón, Consideraciones de uso y aplicación. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y recomendaciones. México, 2011. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-505-11/ER.pdf>
- 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. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-294-18/RR.pdf>