

C O R P O R A C I Ó N

miles

Por los Derechos Sexuales y Reproductivos

Dossier

Guías de Atención Integral del Aborto en distintos países de América Latina



Santiago, abril 2017

Elaborado por: Claudia Dides, Isabel Castillo, Guillermo Galán.
Con la colaboración de Ipas.

 **ipas**
Health. Access. Rights.

Indice

Introducción	4
Marco Regulatorio y Normativo de Argentina	7
1. Situación legal del país	7
2. Atención/orientación pre aborto.....	8
3. Atención clínica	8
4. Atención post aborto	13
Marco Regulatorio y Normativo de la Provincia de Buenos Aires	14
1. Situación legal	14
Marco Regulatorio y Normativo de la Provincia de Santa Fe	16
1. Situación legal	16
Marco Regulatorio y Normativo de Brasil	16
1. Situación legal del país	16
2. Atención/orientación pre aborto.....	17
3. Atención clínica	18
4. Atención post aborto	21
Marco Regulatorio y Normativo de Colombia	22
1. Situación legal del país	22
2. Orientación pre aborto	22
3. Manejo clínico del aborto	23
4. Atención posaborto.....	25
Marco Regulatorio y Normativo de Ciudad de México	27
1. Situación legal de Ciudad de México	27
2. Atención /orientación pre aborto.....	28
3. Atención clínica	28
4. Atención post aborto	34
Marco Regulatorio y Normativo de El Salvador	35
1. Situación legal del país	35
2. Orientación/orientación pre aborto	35

3. Atención clínica	35
4. Atención posaborto.....	38
Marco Regulatorio y Normativo de Guatemala	39
1. Situación legal del país	39
2. Orientación pre aborto	39
3. Manejo clínico del aborto	39
4. Atención posaborto.....	41
Marco Regulatorio y Normativo de Panamá	43
1. Situación legal del país.....	43
2. Atención/Orientación pre aborto	44
3. Atención Clínica	45
4. Atención post aborto	49
Marco Regulatorio y Normativo de Uruguay	50
1. Situación legal del país	50
2. Atención/orientación pre aborto.....	54
3. Manejo del aborto.....	57
4. Atención post aborto	59
PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	60
1. Colombia: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 60	
2. El Salvador: Política de Salud sexual y reproductiva	62
3. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género	63
Bibliografía	66
Bibliografía web	67

Introducción

La Corporación Miles tiene dentro de sus objetivos fundamentales contribuir a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva a través de la entrega de insumos técnicos para la elaboración de normas y protocolos relacionados con salud sexual y salud reproductiva.

En este marco nos es grato presentar el presente dossier que tiene como propósito dar a conocer las Normativas y Protocolos que tienen siete países para llevar a cabo la interrupción voluntaria de un embarazo de acuerdo a la situación legal particular (Argentina, Brasil, Colombia, Ciudad de México, El Salvador, Guatemala, Panamá y Uruguay). Se realiza una descripción de cada país en cuatro aspectos que nos parecen fundamentales: situación legal del país, atención/orientación pre aborto, manejo clínico del aborto y atención post aborto.

A su vez presentamos los objetivos de tres países Colombia, El Salvador y Uruguay Programas de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Quisiéramos agradecer al equipo de trabajo de Miles y a Ipas por el apoyo para la realización de este documento.

A continuación presentamos un resumen de las normativas de interrupción voluntaria del embarazo.

Santiago, abril 2017

CUADRO RESUMEN "MARCO REGULATIVO Y NORMATIVO DEL ABORTO" POR PAÍS

País	Marco legal	Orientación pre aborto	Procedimiento de aborto				Seguimiento post aborto	
			Farmacológico		AMEU	Curetaje	Anticoncepción	Control
			Misoprostol	Mifepristone				
Argentina	Causal vida o salud de la mujer, violación	Apoyo emocional, Orientación e información	SI	SI	SI	No recomendado	Consejería	SI
Brasil	Causal vida de la mujer, violación, grave malformación fetal o inviabilidad	Apoyo emocional, Orientación e información	SI	NO	SI	No recomendado	SI	Si
Colombia	Causal vida y salud, inviabilidad fetal, violación, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentido	Apoyo emocional, evaluación médica y psicosocial, orientación e información.	SI	NO (*)	SI	No recomendado	SI	Solo si la mujer desea
Ciudad de México	Voluntario y legal hasta las 12 semanas de gestación. Después de las 12 semanas: por causal vida o salud de la mujer, violación, inviabilidad fetal, fertilización artificial no consentida	Apoyo emocional, evaluación médica, entrega de orientación e información	SI	SI	SI	NO	Si	Solo en casos específicos
El Salvador	Ilegal y penalizado en todas sus formas	No se realiza	SI	NO	SI	SI	SI	SI

Guatemala	Causal vida	Orientación y entrega de información	SI	NO	SI	No recomendado	SI	SI
Panamá	Causal Salud, violación. Ilegal y penalizado en otras condiciones	Evaluación médica y orientación psicosocial	SI	NO	NO	SI	NO	NO
Uruguay	Voluntario y legal hasta las 12 semanas de gestación. Después de las 12 semanas: por causal vida o salud de la mujer, violación, inviabilidad fetal, fertilización artificial no consentida	Evaluación médica y psicosocial, orientación e información	SI	SI	SI	No recomendado	SI	SI

Fuente: Elaboración propia, Corporación MILES, 2017

(* documento señala que no tienen disponible pero recientemente se publicó que Colombia contaba con mifepristone)

Marco Regulatorio y Normativo de Argentina

1. Situación legal del país

El artículo 85 del Código Penal argentino establece que, el que causare un aborto será reprimido:

- 1º Con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.
- 2º Con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer.

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

Sin embargo, "el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

a) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios¹

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

En relación a lo anterior, también establecen los artículos 87: "será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare, y el artículo 88: "será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible."

No obstante, en 2012 la Suprema Corte de Justicia argentina dictaminó que la causal violación es admisible para cualquier mujer, y que de ahora en más no será necesaria la denuncia previa, ni se permite la judicialización de ningún caso.

Respecto a la objeción de conciencia se establece que todo profesional de salud tiene derecho a ella respecto a la práctica del aborto no punible, sin embargo, esto es permitido

¹ Desde las actualizaciones del año 2015, el dolor psicológico y sufrimiento mental se considera como una forma de afectación de la salud por lo que debe ser considerada como una causal que permite la interrupción del embarazo

siempre y cuando esta objeción no implique retrasos e impedimentos para el acceso a esta práctica médica.

2. Atención/orientación pre aborto

Se hace uso de un protocolo para la orientación de las mujeres con complicaciones de aborto, con el fin último de identificar y responder a las necesidades emocionales, clínicas y referidas a la salud en general de cada mujer, lo anterior, **en base a la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos**, así como la toma de decisiones desde una vasta información proporcionada.

- Por lo mismo, al recibir una mujer con complicaciones de aborto, lo primero es la proporción de información y orientación, dividiéndose en tres periodos: **la orientación previa al procedimiento, durante este y a su término.**
- Estas situaciones deben tener lugar en un espacio tranquilo y privado procurando que la conversación será confidencial.
- Así, el personal debe indagar sobre sus sentimientos, emociones, temores, etc., indagar en los métodos anticonceptivos usados, e informar a la mujer sobre su condición física general; los resultados de su examen físico y la prueba de laboratorio si las tiene; informar sobre el tiempo necesario del tratamiento, sus procedimientos, sus riesgos y beneficios de cada técnica; si es necesario derivarla a otro centro y el tiempo de hospitalización estimado.
- Finalmente se firma la autorización de la mujer para poder ejercer el tratamiento.

3. Atención clínica

Dentro de la consulta se debe revisar y preguntar por la Historia clínica teniendo en cuenta tanto la historia familiar como la personal de la gestante.

- Anamnesis: debe contener la información personal de la paciente, desde el nivel educativo hasta la cobertura de salud. Se detallan los Antecedentes Personales, patológicos, quirúrgicos, adicciones, etc. Se revisa la Historia Reproductiva (antecedentes obstétricos; ginecológicos; familiares). Luego se realiza el Examen físico: examen pélvico bimanual para corroborar el estado del feto, del útero y las condiciones generales.
- Exámenes: Con las pruebas anteriores el Análisis de laboratorio se hace menos necesario, a menos que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes. Se debe indicar que es recomendable la realización de la prueba del VIH/SIDA, la cual solo se puede efectuar con el consentimiento de la mujer después de haber ofrecido el test de ELISA. Finalmente se debe poner atención en las condiciones pre-existentes para

valorar otros factores de riesgo que puedan afectar en la realización del aborto (coagulaciones, alergias, medicación, etc.)

Manejo del aborto de acuerdo a clasificación:	
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo. • Utilización de analgésicos si hay dolor. • Evitar relaciones sexuales durante la pérdida sanguínea. • Concurrir en un lapso adecuado a la consulta prenatal. • En caso de continuar con los síntomas o ante la presencia de fiebre, dolor pelviano localizado o pérdida de sangre con fetidez, se debe proceder a la internación de la paciente y tratamiento.
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> • Observación y seguimiento para evaluar sangrado o posible infección. • En caso de persistir el sangrado debe realizarse el legrado instrumental, bajo anestesia o aspiración manual endouterina (AMEU).
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaciones menores de 12 semanas, debido al tamaño uterino, se realizará la AMEU por ser una técnica más segura y rápida. Esta se debe practicar bajo anestesia general o bien bloqueo paracervical, apoyándose de analgésicos y eventualmente sedación de ser necesario. En caso de no tener implementada esta técnica se debe proceder con el Legrado Uterino Instrumental (LUI) bajo anestesia. • Gestaciones mayores a las 12 semanas, debido al tamaño uterino, se debe utilizar primero Ocitocina y luego realizar los procedimientos anteriormente nombrados.
Aborto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 12 semanas de gestación se debe utilizar AMEU o LUI.
Aborto infectado	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia generalmente a la manipulación de la cavidad uterina por el uso de técnicas inadecuadas/inseguras. • Estas infecciones suelen ser graves y por tanto deben tratarse independientemente de la vitalidad del feto. • Los estudios del caso deben ser realizados tomando en cuenta el cuadro clínico y las condiciones pre-existentes de la paciente. • Solicitar Hemograma con conteo de plaquetas - Coagulograma - Hemocultivo - Urea, Creatinina - Cultivo de secreción vaginal y material endometrial, incluyendo anaerobios - Rx de abdomen - Ecografía pelviana y abdomen total - Tomografía para definir colecciones intracavitarias. • Si la Hemoglobina es inferior a 8% g se debe transfundir sangre. Y Antibióticoterapia: Ampicilina, 2 g I.I cada 6 horas, sumado a Metronidazol, 500 mg a 1 g I.V cada 8 horas y Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V cada 24 horas. • Si la paciente luego de 72 horas ya no presenta un estado febril

	<p>puede pasarse a Amoxicilina oral (500 mg cada 8 horas) y Metronidazol vía oral, hasta completar 7-10 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la evacuación del contenido uterino, en gestaciones menores a las 12 semanas, se puede utilizar AMEU o LUI. Para ambos casos se debe usar de forma permanente la infusión de Ocitocina, 20 U en Dextrosa al 5%, cada frasco, a 28 gotas por minuto. • En casos más graves, donde no hay reacción positiva después de las 24 horas, se debe realizar laparotomía exploratoria, evaluando la posibilidad de histerectomía.
Aborto habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar las causas hormonales, genéticas, infecciosas o malformaciones.

Técnicas de vaciamiento Uterino

- Los métodos utilizados hasta las 12 semanas completas son la aspiración manual endouterina (AMEU) o eléctrica.
- El aborto con medicamentos en una combinación de mifepristona seguida de una de prostaglandina. El uso de medicamentos requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o aborto incompleto.
- La Dilatación y Curetaje (DyC) deben ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados antes esté disponible. Se debe hacer todo lo posible por reemplazar la dilatación y curetaje por la aspiración.
- Los métodos utilizados después de las 12 semanas es la mifepristona seguido de dosis repetidas de una prostaglandina (misoprostol o gemeprost). El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas.

Aborto Farmacológico

Siguiendo las recomendaciones dictadas por la OMS y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, se recomienda el uso del misoprostol en el hogar en aquellos embarazos menores o iguales a las 9 semanas. Entre las 9 y 12 semanas se recomienda evaluar el caso en particular y que el profesional a cargo determine si el procedimiento se hará de manera ambulatoria o supervisada. De querer y poder hacerlo en su hogar, se le debe entregar toda la información necesaria a la mujer, así como los medicamentos indispensables para el tratamiento, incluyendo analgésicos. Se deben acordar asimismo visitas de seguimiento post procedimiento.

La internación se indica entonces para aquellas mujeres que tienen embarazos mayores a las 12 semanas o menores a las 12 semanas pero que no cumplan con los requisitos para tratamiento ambulatorio.

Vía de administración del Misoprostol

Se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla dejándose absorber mediante la mucosa bucal; para la vía sublingual se colocan las pastillas bajo la lengua. Pasados los 20-30 minutos se debe tragar lo que quede de los comprimidos. Para su uso vaginal se recomienda humedecer las tabletas con agua o suero fisiológico para facilitar su disolución, posteriormente se debe colocar en el fondo del saco vaginal.

Para las dosis se realiza un esquema basado en las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012):

Indicaciones OMS (2012)	
Edad gestacional menor a 12 semanas (84 días):	Misoprostol 800 mcg vaginal ² y repetir dosis entre las 3 y 12 horas (máximo 3 dosis)
Edad gestacional mayor a 12 semanas:	Misoprostol 400 mcg vaginal ³ o sublingual cada 3 horas (máximo 5 dosis)

También se siguen las indicaciones propuestas por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)

Indicaciones Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)	
Edad gestacional menor a 12 semanas:	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4 horas hasta completar las 3 dosis. Para vía vaginal: Misoprostol 400 a 800 mcg. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 horas hasta completar 3 dosis consecutivas.
Edad gestacional de 13 a 15 semanas:	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hrs. Si persiste sin respuesta a las 24 hrs, duplicar la dosis inicial y volver a repetir 12 horas después.

² En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (OMS, 2012)

³ Algunas mujeres prefieren evitar la vía vaginal; es debido tener esto en cuenta especialmente cuando son niñas y adolescentes y cuando el embarazo es producto de una violación

Edad gestacional de 16 a 18 semanas:	Misoprostol 200 mcg vaginal. De no haber respuesta repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 hrs. Si persiste sin respuesta a las 24 hrs duplicar dosis inicial y repetir 12 horas después.
Edad gestacional de 19 a 22 semanas:	Misoprostol 100 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 100 mcg a las 6 hrs. Si persiste a las 24 hrs. duplicar dosis inicial y repetir 12 hrs después.
1º Trimestre:	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 3 horas (máximo 3 dosis) / Misoprostol 600 mcg sublingual cada 3 horas (máximo 3 dosis)
2º Trimestre:	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 horas (máximo 5 dosis) En casos con antecedente de cesárea o cicatriz uterina, usar la mitad de la dosis.

Aborto Médico

Aspiración de vacío: evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío; la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica o manual (se utiliza un aspirador plástico sostenido y activado con la mano: AMEU. Es el instrumento que actualmente está más disponible en los centros de todo el país). Antes de comenzar el procedimiento se le debe explicar a la mujer en qué consiste y el seguimiento posterior (duración, efectos secundarios, tipo de anestesia, etc).

Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

El uso de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos.

Previamente al procedimiento instrumental se recomienda la preparación del cuello uterino entre las mujeres que gestan entre las 12 y 14 semanas y en el caso de mujeres nulíparas con gestaciones mayores a 9 semanas. También puede ser indicativo para mujeres con riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero.

Se prepara con la administración de 400 mcg de misoprostol vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

Para el manejo del dolor es importante antes que nada mantener un trato amable y respetuoso, así como explicar las posibles dolencias durante el procedimiento. Para atenuar el dolor se pueden usar analgésicos (paracetamol e ibuprofeno); opiáceos y tranquilizantes (ansiolíticos).

4. Atención post aborto

El período de recuperación y su duración dependerá del estado clínico de cada mujer, el procedimiento que se le práctico y todos los medicamentos asociados.

En general, para los procedimientos de interrupción realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local la mujer se siente bien después de 30 minutos transcurridos en observación en la sala de recuperación. En general es un poco más de tiempo en embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó anestesia general.

Recuperación

- Monitoreo de la mujer en la sala de recuperación hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella manifieste que se siente en condiciones para retirarse del centro.
- Debe mostrar disminución del sangrado y del dolor abdominal
- Controlar los signos vitales
- Administrar medicación para el dolor de ser necesario
- Evaluar el sangrado y cólicos, pues el dolor intenso y el sangrado abundantes no son normales y pueden indicar distintas complicaciones
- Confirmar que la mujer pueda orinar

Ofrecer consejería en anticoncepción: si la mujer lo desea la consejería se puede efectuar durante el período de recuperación o antes de dar el alta.

Momento del alta: explicar a la mujer lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse y brindar información necesaria

- Los primeros días se pueden tener cólicos uterinos moderados controlables con analgésicos de potencia leve (ibuprofeno) y con compresas o baños tibios
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas durante un par de semanas. Si continúan por más tiempo se debe hacer una consulta médica.
- La menstruación se reanuda 4 a 8 semanas siguientes a la ILE
- Evitar uso de tampones, duchas vaginales y baños de inmersión para prevenir infecciones posteriores
- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual (hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo)
- Establecer cita de control entre los 7 y 10 días posteriores a la intervención
- El proceso de atención no culmina con el procedimiento de ILE; en muchos casos se puede requerir acompañamiento psicológico o social, información, etc.

Marco Regulatorio y Normativo de la Provincia de Buenos Aires

1. Situación legal

La provincia de Buenos Aires adhiere al Programa Nacional de ILE anteriormente detallado, haciendo las siguientes especificaciones:

Considerando la nueva normativa Argentina, la provincia de Buenos Aires admite tres causales para el aborto no punible:

1. Si se realizó con el fin de evitar un peligro para la vida o salud de la mujer
2. Si el embarazo proviene de una violación y con prescindencia de la denuncia
3. Si el embarazo proviene de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente

Principios aplicables a los efectores del sistema de salud

- **No se requiere autorización judicial** para los casos enunciados anteriormente.
- Todo el personal asociado debe **conocer las instancias para la atención y contención y/o eventual derivación a hospital**. Se debe actuar con celeridad.
- **El/la Director/a del Hospital será el/la responsable de disponer de los recursos** para el cumplimiento del procedimiento sin dilaciones.
- **Todos los hospitales que tengan servicios de toco ginecología deberán integrar equipos interdisciplinarios** para el asesoramiento, la atención integral y seguimiento de cada caso que se presente.
- Cuando se trate de una **beneficiaria menor de 13 años se deberá cumplir con la obligación de funcionario público notificando a la UFI correspondiente la situación, sin que ello obstaculice la práctica solicitada por su representante legal, consentida por la menor.**
- **En caso de que el embarazo sea un atentado al pudor de una mujer con discapacidad mental se debe solicitar la declaración jurada de su representante** acreditándose mediante documentación correspondiente y la declaración de insania, con firma debidamente certificada o dictamen médico de equipo interdisciplinario de salud mental.
- **Solicitar el consentimiento informado de la mujer para proceder con la ILE** (Ley Nacional 26.529) una vez recibida la información clara sobre sus derechos, procedimientos, riesgos y efectos para su salud y su vida proporcionada por su médico tratante. El presente consentimiento se debe constatar en la Historia Clínica de la paciente, fecha y firma de el/la médico/a. En caso de una mujer con discapacidad mental se debe seguir el mismo procedimiento con su representante

legal.

- **En casos de menores de 18 años se deberá respetar el interés superior de la niña** conforme al artículo 3 de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de las Niñas, Niños y adolescentes y el artículo 4 de la Ley Provincial 13298 De la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños y de la Convención de los Derechos del Niño.
- **Si la menor no cuenta con representante legal o tutor** que acompañe su decisión o exista una negativa por parte de los mismos se deberá dar intervención a los Servicios Locales o Zonales de Promoción y Protección de Derechos a **fin de respetar el interés superior de la niña**. Estos deben expedirse en un plazo perentorio de 48 horas según la ley 13298.
- **Las medidas necesarias para la determinación de una causal de ANP** y su realización deberá efectuarse en un plazo no mayor a **10 días siguientes a la solicitud de la mujer** o representante legal de ésta.
- **El equipo interdisciplinario deberá estar integrado por un/a Toco ginecólogo/a; Psicólogo/a; Médico/a Psiquiatra y un/a Trabajador/a Social y Pediatra** en caso de corresponder (No pueden formar parte de ese equipo los profesionales objetores de conciencia) Este equipo debe dar una atención integral tanto física como psicológica, sobre todo en los casos de violación.

Marco Regulatorio y Normativo de la Provincia de Santa Fe

1. Situación legal

Si bien la Provincia de Santa Fe ha tenido ciertos procesos judiciales en los cuales en el 2012 se intentó dar de baja la causal de aborto por violación, hoy en día, el Gobierno provincial por intermedio de la Resolución n°612 del Ministerio de Salud adhiere y adopta la Guía Técnica para Atención Integral de los Abortos no Punibles del Programa a de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

De este modo, en Santa Fe se practica el aborto no punible por un médico/a diplomado/ con el consentimiento previo de la mujer:

- Si se realiza con el fin de evitar la muerte de la mujer o para evitar un peligro a la salud de ésta y estas situaciones no pueden ser evitadas por otros medios.
- Si el embarazo proviene de una violación o si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente.

Marco Regulatorio y Normativo de Brasil

1. Situación legal del país

La legislación brasileña incorpora Derechos Humanos y provee principios, normas éticas y jurídicas relacionadas con la prevención del embarazo no planeado y el aborto. Constitución incluye los conceptos de "igualdad" y "planificación familiar".

Código Penal permite el aborto en las siguientes situaciones:

- a) Si no existe otro método para salvar la vida de la mujer.
- b) Embarazo resultado de violación u otra forma de violencia sexual.

- También se autoriza el aborto en casos de malformación fetal o inviabilidad de vida extrauterina.
- En todos los casos se hace con consentimiento de la mujer y se considera un derecho.
- Norma técnica de prevención y tratamiento de violencia sexual contra mujeres adolescentes: Código penal no exige ningún documento para practicar el aborto y la mujer violentada no tiene el deber de denunciar. El aborto no puede ser

negado y el médico y equipo de salud no tendrán consecuencias jurídicas si posteriormente se revela que el embarazo no fue producto de violencia sexual.

Código civil:	
a) Consentimiento	<p>El consentimiento de la mujer es necesario para cualquier circunstancia, salvo en caso inminente de riesgo vital estando inhabilitada la mujer de expresar su consentimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se considera a las mayores de 18 años con capacidad para consentir por sí mismas. • Entre 16 y 18 años se requiere el consentimiento CON la presencia del tutor legal. • Menores de 16 años se requiere consentimiento POR el tutor legal. <p>Otras circunstancias en que es necesario el tutor legal es cuando la mujer (por cualquier razón) no tenga condiciones de discernimiento o de expresar su voluntad. De cualquier forma, siempre que la mujer adolescente tenga condiciones de discernimiento o de expresar su voluntad, deberá también consentir, así como deberá ser respetada su voluntad de no consentir el aborto, el cual no deberá ser practicado, a pesar que sus representantes legales así lo quieran.</p>
b) Secreto profesional	<p>Ningún médico o profesional de la salud puede comunicar a la autoridad policial, judicial o al Ministerio Público, salvo para proteger a la mujer y con su consentimiento. El no cumplimiento de esta normativa legal puede traer consecuencias ético-legales para quien revelase información.</p>
c) Objeción de conciencia:	<p>No existe objeción de conciencia en caso que exista riesgo de vida para la mujer, en cualquier situación de aborto legal en caso que no exista otro médico para realizar el procedimiento o en caso de que se requiera atención de las complicaciones derivadas del aborto inseguro.</p>

2. Atención/orientación pre aborto

A cada mujer debe entregársele, previo al procedimiento, orientación e información que contenga los siguientes tópicos:

- a) No juzgar: capacidad de escucha sin imponer valores e identificar necesidades.
- b) Acogida con apoyo de profesionales del área psicosocial.
- c) Contenidos: incluir cambio de decisión y atención humanizada basada en derechos.

- d) Escucha activa: informar sobre los procedimientos, importancia de anticoncepción. Recibir retroalimentación.
- e) Entregar orientaciones clínicas y orientaciones generales.
- f) Entregar información sobre signos de recuperación normal

3. Atención clínica

- Anamnesis
- Exámenes. Clasificación de grupo y Rh (administrar inmunoglobulina en caso de Rh (-) sensibilizada, test para detectar sífilis y VIH.

Manejo del aborto de acuerdo a la clasificación:	
a) Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo • Analgésicos • Evitar relaciones sexuales • Continuar control prenatal • Consultar en caso de fiebre, dolor pélvico o sangramiento con mal olor.
b) Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Atención al sangrado • Atención a signos de infección • Si persiste sangrado proveer uterotónicos o realizar aspiración. • Solo usar curetaje cuando no es posible realizar aspiración.
c) Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Si es de menor de 12 semanas de EG se realiza AMEU • Si es mayor a 12 semanas de EG se usa misoprostol de 200 mcg cada 12 horas en ciclos de 48 hrs. por 3 a 5 días. • Si después de la expulsión persiste el sangrado se puede complementar con aspiración. • Evaluar la pérdida sanguínea y considerar transfusión. • En situaciones donde el vaciado debe ser realizado de emergencia (hemorragias grave e infecciones graves), el uso de misoprostol debe ser evitado debido al tiempo de respuesta necesario para el vaciamiento medicamentoso.
d) Aborto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • Si es menor de 12 semanas se debe usar AMEU. • Si es mayor de 12 semanas se debe usar misoprostol.
e) Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia con mucha frecuencia a manipulaciones de la cavidad uterina por el uso de técnicas inadecuadas o inseguras. • Los casos graves deben ser tratados independiente de la viabilidad del feto. • Exámenes solicitados: hemograma, orina completa, pruebas de coagulación, hemocultivo, cultivo de secreción vaginal, radiografía abdominal, ultrasonografía y TAC. • El tratamiento debe apuntar a restablecer las funciones vitales a través de soluciones parentales o con sangre y antibióticos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene menos de 12 semanas realizar AMEU. • Considerar la posibilidad de perforación uterina anterior.
f) Aborto habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida consecutiva de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas.
g) Aborto legal	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe entregar a la mujer la opción de decidir la técnica (farmacológica, AMEU o curetaje).

Técnicas de vaciamiento uterino

El aborto seguro, por las razones legalmente admitidas, es un derecho de la mujer que debe ser respetado y garantizado por los servicios de salud. Los diferentes métodos disponibles deben ser igualmente ofrecidos de forma apropiada garantizando la decisión libre, consiente e informada. Se recomienda que los servicios de salud elaboren normas y guías clínicas locales, incluyendo flujogramas de procesos y procedimientos.

Primer trimestre: se debe preferir aspiración manual o eléctrica. También puede ser usado misoprostol o el curetaje. El criterio para escoger alguno de estos métodos depende de las condiciones de cada servicio, las preferencias de la mujer y la evaluación de riesgo - beneficio de cada procedimiento.

Segundo trimestre: el aborto farmacológico constituye el método de elección, pudiendo ser complementado después de la expulsión fetal con aspiración uterina de acuerdo con las condiciones clínicas de la mujer.

Tercer trimestre: No administrar otra dosis si hay actividad uterina. No usar oxitocina durante las 6 horas siguientes al uso del misoprostol. Por otro lado, se debe tener en cuenta las contraindicaciones del uso del misoprostol para el tercer trimestre, las cuales consisten en:

- Cesárea anterior
- Cirugía uterina previa
- Paciente asmática
- Uso concomitante con oxitócica
- Placenta previa

Técnicas:

Aspiración manual endouterina (AMEU): Utilizada en gestaciones menores a 12 semanas. Es la técnica de elección en caso de aborto séptico y la técnica de elección en caso de aborto legal.

Para el alivio del dolor, se debe considerar:

- En todas las técnicas debe proveerse apoyo afectuoso, empático y humanizado y proporcionar un entorno propicio.
- Entregar información sobre el procedimiento y aclarar dudas.
- Ofrecer medicamentos para el alivio del dolor a todas las mujeres.

- Proporcionar apoyo verbal y contención emocional durante el procedimiento.
- Realizar bloqueo paracervical.
- Proporcionar analgésicos, sedación y ansiolíticos de ser necesario.
- La anestesia general debe ser ofrecida solo cuando se disponga de ella y considerando los riesgos y aumento de costos por permanencia prolongada.

Curetaje: NO es un procedimiento recomendado y solo puede ser usado en caso que no estén disponible los otros métodos.

Aborto farmacológico

- Toda mujer que solicite interrupción del embarazo y cumpla con las condiciones establecidas por ley, puede optar a aborto farmacológico tanto en el primer como en el segundo trimestre. No debe usarse en caso de intolerancia conocida.
- No debe ser primera opción en caso de mola.
- Las mujeres con trastornos de coagulación deben ser vigiladas estrictamente.
- La mujer debe permanecer internada hasta la finalización del procedimiento.

Manejo farmacológico:	
Primer trimestre (aborto legal o retenido)	<p><u>1ra opción: misoprostol</u> 4 píldoras de 200 mcg vía vaginal, cada 12 horas por 3 veces.</p> <p><u>2da opción: misoprostol</u> 2 píldoras de 200 mcg vía vaginal, cada 8 horas por 3 veces.</p> <p><u>3ra opción: misoprostol</u> 1 píldora de 200 mcg vía vaginal, cada 6 horas por 4 veces.</p>
Segundo trimestre (óbito fetal intrauterino)	<p><u>13 a 17 semanas: misoprostol</u> 1 píldora de 200 mcg vía vaginal cada 6 horas por 4 veces.</p> <p><u>18 a 26 semanas: misoprostol</u> 1 píldora de 200 mcg vía vaginal cada 6 horas por 4 veces.</p>
-Tercer trimestre (óbito fetal)	<u>Cérvix no maduro:</u> 1 píldora de misoprostol de 25 mcg vía vaginal. Repetir después de 6 horas.
-Inducción del parto con feto vivo	<u>Cérvix no maduro:</u> 1 píldora de misoprostol de 25 mcg vía vaginal cada 6 horas

-Maduración cervical previo AMEU o curetaje: Misoprostol 2 cápsulas de 200 mcg vía vaginal, 3 a 4 horas antes del procedimiento.

4. Atención post aborto

El riesgo de tener un nuevo aborto es mayor entre mujeres que tuvieron un aborto y aumenta con el número de abortos anteriores.

La evidencia muestra que un nuevo embarazo no planeado es mayor en aquellas mujeres que dicen no estar expuestas a embarazo.

La mujer en situación de aborto muchas veces no está preocupada de un nuevo embarazo o del uso de métodos anticonceptivos.

En ese sentido, se precisa de orientación, por parte de los proveedores de salud:

- Sobre la **disponibilidad de métodos eficaces para reducir el riesgo de un embarazo no planeado**, de lo contrario, se considera que la atención integral del aborto será incompleta si no se entrega orientación sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles. Los inyectables y DIUs han demostrado ser más eficaces por no haber riesgo de olvido. Así, toda mujer que ingrese a un hospital por aborto debe recibir orientación sobre métodos de regulación de la fertilidad.
- Por otro lado, también se debe **hablar de anticoncepción de emergencia, realizar prevención de ITS y entregar condones como doble protección**. Estos métodos deben estar disponibles en el local donde se atiende la mujer e iniciar su uso antes del alta.
- Dentro de esto, **si la mujer escoge DIU se debe insertar inmediatamente después del vaciamiento uterino**. Por su parte, los inyectables pueden ser iniciados desde el día del vaciamiento y hasta el 5to día.
- **Se debe informar que la recuperación de la fertilidad después del aborto** puede ser inmediata y que por consiguiente, la anticoncepción se debe iniciar también de inmediato.
- Por último, como muchas mujeres tienen dificultad para consultar en la unidad de salud dentro de los plazos establecidos, **es necesario que los métodos estén disponibles en el hospital que atiende el aborto**.
- La evidencia muestra que un nuevo embarazo no planeado es mayor en aquellas mujeres que dicen no estar expuestas a embarazo
- Respecto a la objeción de conciencia, todo personal tiene el derecho a ejercerla, sin embargo esta será siempre individual y no institucional

Marco Regulatorio y Normativo de Colombia

1. Situación legal del país

En Colombia el aborto legal IVE, es un derecho fundamental reconocido por la Corte Constitucional de Colombia desde el año 2006 en tres circunstancias:

Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico (el peligro o riesgo para la salud o la vida debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud y en este sentido no es exigible ni la presencia de una enfermedad, ni una enfermedad de intensidad determinada, ni la concreción de dicho riesgo para determinar que en efecto la salud está afectada).

Cuando exista grave malformación que haga inviable la vida, certificado por un médico.

Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentido de incesto (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006). Se requiere presentar copia de la denuncia. Para el caso de las menores de 14 años, se presume una relación no consentida y la exhibición de la denuncia se constituye en un formalismo que no puede retrasar la atención. Así mismo, para las mujeres discapacitadas no es exigible la presentación de interdicción, ya que dicho requisito se puede constituir en una carga que puede dilatar la prestación del servicio a una mujer víctima de abuso sexual. Se debe tener en cuenta que en Colombia es frecuente el abuso sexual en el marco de las relaciones de pareja y por lo tanto siempre debe informarse a la mujer embarazada sobre la existencia de esta causal de manera que pueda tomar una decisión informada. La violencia sexual se considera una urgencia.

2. Orientación pre aborto

La consulta inicial puede ser solicitada por la mujer en cualquier servicio de salud. La evaluación del estado emocional puede hacerla un médico general y no se requiere especialista. Se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación. Además, se debe realizar una historia clínica completa y realizar examen físico. No se requieren mayores exámenes para acceder a IVE, pero se sugiere que se realicen los mismos exámenes del control prenatal y un ultrasonido para determinar edad gestacional y ubicación del embarazo.

A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría después de la valoración clínica. La orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención. Es usual que estos servicios sean brindados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo puede ser brindados por cualquier prestador/a de servicios de salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos. La orientación y asesoría pretenden acompañar a la mujer en su situación actual desde una perspectiva de derechos, creando condiciones que faciliten decisiones en salud sexual y reproductiva a través del apoyo emocional, la reflexión y la información de acuerdo a su necesidad y contexto, como un ejercicio de autonomía y libertad. En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. En ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar.

La orientación y consejería está estructurada de la siguiente manera:

Revisión de la toma de decisión.
Información y elección del procedimiento
Cuidados especiales para mujeres víctimas de violación
Consideraciones especiales para adolescentes

3. Manejo clínico del aborto

Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos quirúrgicos y métodos con medicamentos. Los dos están recomendados. En los lugares en los que están disponibles los dos métodos y no hay restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente entre el tratamiento quirúrgico y el tratamiento con medicamentos, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares.

Métodos para ser utilizados hasta las 15 semanas de gestación:

Métodos quirúrgicos:	El método de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica. La dilatación y el curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como método obsoleto, el cual no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos. La aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal debidamente capacitado y cánulas del tamaño adecuado.
-----------------------------	--

Métodos con La interrupción del embarazo con medicamentos implica el uso

medicamentos: de preparados con acción oxitócica que causan contracciones uterinas, dilatación cervical y expulsión del contenido uterino. Hasta las 10 semanas de gestación, los medicamentos se administran de forma ambulatoria. La recomendación de la OMS incluye un régimen combinado de mifepristona con misoprostol. Como en Colombia no se dispone aún de la mifepristona, se emplea el misoprostol solo. El uso de métodos de IVE con medicamentos requiere la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria.

Métodos para ser utilizados después de las 15 semanas de gestación

Métodos quirúrgicos: El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación, usando aspiración y pinzas. La evidencia actualmente disponible indica que la dilatación y evacuación es el método más seguro, incluso por encima de los métodos con medicamentos, para procedimientos de evacuación mayores de 15 semanas, siempre y cuando se tenga la capacitación necesaria y el instrumental adecuado.

Métodos con medicamentos: El régimen recomendado incluye la administración de mifepristona seguida de dosis repetidas de una prostaglandina o de análogos de las prostaglandinas, como el misoprostol. También pueden emplearse esquemas con misoprostol solo en dosis repetidas hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE no constitutiva de delito, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica. El consentimiento informado debe reflejar la voluntad de la mujer de acceder a la IVE, libre de coerción o discriminación, sin que se requiera obtener permiso, autorización o notificación de un tercero.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, en el caso de menores de 14 años de edad, si existe divergencia de opiniones entre estas y sus padres o tutores legales se procura conciliar el derecho de la menor a la autodeterminación y a la

protección de su salud, sin menoscabar en forma alguna su voluntad, ya que la Corte Constitucional ha reiterado su derecho a consentir la práctica de la IVE. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente. Por lo mismo, es una barrera inadmisibles impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.

4. Atención posaborto

Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo procurar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1-2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

En el caso de la IVE con medicamentos, el control también puede ser opcional siempre y cuando se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por si misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso. Para ello, debe recibir información completa sobre el curso del procedimiento una vez se administran los medicamentos y tener la posibilidad de comunicarse con el/la médico/a o una/a profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindar apoyo.

En general las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen.

Anticoncepción: un componente esencial de la prestación de servicios de IVE comprende la asesoría para el inicio de un método anticonceptivo. Esta asesoría debe tener lugar, en lo posible, durante la orientación si el profesional está capacitado para hacerla. Puede hacerse también durante la consulta inicial o antes del egreso después del procedimiento ambulatorio u hospitalario. Aunque la cita de seguimiento es un momento pertinente para la realización de esta asesoría, se deben agotar todos los esfuerzos necesarios para que la asesoría y el inicio de un método no se pospongan hasta ese momento.

La Norma Técnica para la Atención en anticoncepción a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución No. 412 de 2000 y actualizada a través de la Resolución

No. 769 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción y el suministro del método, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el intervalo de tiempo entre ellos. El proceso de asesoría, elección e inicio de un método anticonceptivo en el contexto de una IVE, debe desarrollarse dentro de los lineamientos de dicha norma.

Marco Regulatorio y Normativo de Ciudad de México

1. Situación legal de Ciudad de México

El Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal contiene los lineamientos generales bajo los cuales deberán regirse la práctica de la interrupción legal del embarazo, acorde con el artículo 144, donde se define el aborto jurídicamente como la interrupción del embarazo después de la décima segunda (12) semana de gestación. A su vez, el artículo 148 menciona las excluyentes de responsabilidad penal para la ILE, ambos artículos contenidos en el Código Penal para el Distrito Federal.

Desde el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la reforma de ley que despenaliza el aborto hasta la semana doce de gestación. Esto implica que las mujeres pueden interrumpir un embarazo hasta las doce semanas de edad gestacional, tanto en clínicas públicas como privadas, en el Distrito Federal de México. Posteriormente, el 28 de agosto de 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó la constitucionalidad de las reformas que despenalizan la interrupción del embarazo en el Distrito Federal antes de la semana 12 del embarazo. Esto significa que en el D.F., interrumpir un embarazo a libre demanda de la mujer es legal bajo el amparo de la Constitución Política.

Actualmente cualquier mujer puede abortar en el Distrito Federal hasta las 12 semanas de gestación, tanto en las clínicas públicas de manera gratuita, así como en las clínicas privadas, donde el valor promedio ronda los 4 mil pesos (aproximadamente USD\$230). No es necesario que la mujer que solicite el acceso a la interrupción del embarazo compruebe residencia en el Distrito Federal para estos efectos. En cualquier caso, deberá acercarse a la clínica a las 6 am, para el caso de las clínicas públicas, con el fin de asegurar la atención durante la misma jornada.

La ley establece que después de las doce semanas de gestación existen otras causales vigentes para la interrupción de un embarazo, tales son:

- a) Cuando el embarazo es resultado de una violación
- b) Cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer
- c) Cuando el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves
- d) En caso de fertilización artificial no consentida.

Respecto a la **objeción de conciencia**, sólo los médicos gineco-obstetras y los cirujanos generales que realizan la ILE pueden abstenerse de practicar el procedimiento alegando objeción de conciencia, salvo en aquellos casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada. Asimismo, aquél personal médico (enfermería, paramédicos,

trabajadores sociales) que asistan al médico gineco-obstetra bajo ninguna circunstancia pueden argumentar objeción de conciencia.

El médico/a que alegue objeción de conciencia referirá a la mujer o usuraria de manera inmediata, responsable y discreta con un médico/a no objetor con los documentos de importancia respectivos.

2. Atención /orientación pre aborto

La Consejería es realizada por una trabajadora social quien brinda el apoyo necesario para que la mujer pueda tomar una decisión de manera informada. En ese sentido, la trabajadora social le debe exponer tres posibles decisiones:

- Reconciliación con el embarazo,
- Dar en adopción,
- Realizar un Interrupción Legal del Embarazo

Para ello, debe proporcionar información sobre los servicios existentes en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

En caso de escoger la ILE, la trabajadora social debe canalizar a la mujer con el personal médico que la atenderá de manera segura y confidencial.

Esta Consejería es un procedimiento de carácter obligatorio y por tanto ineludible de los servicios de salud. Su objetivo es proporcionar información, orientación y asesoría de manera objetiva, veraz, acabada y comprensible sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos.

Dicho **procedimiento debe realizarse con discreción, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad, veracidad, neutralidad y libertad, y sin la intención de retrasar, obstaculizar o inducir la decisión de la mujer**, pues se entiende como derecho que la mujer pueda tomar la decisión de manera libre, responsable e informada.

3. Atención clínica

- 1) **A las mujeres con hasta 10 semanas de gestación se les ofrece un procedimiento con medicamentos (misoprostol solo o en conjunto con mifepristona, según el caso)**. En la clínica se entregan dichos medicamentos y el procedimiento se realiza en casa. Después de una semana, las mujeres deben regresar a la clínica para que el personal médico compruebe a través de un ultrasonido la efectividad del procedimiento.

La opción para abortar con medicamentos sólo es para aquellas mujeres que radican en el Distrito Federal o municipios cercanos al Estado de México, pues pueden regresar a la segunda cita de revisión médica.

- 2) **A aquellas mujeres que tienen más de 10 semanas de gestación o que radican en otros estados, se les ofrece una aspiración manual endouterina, también conocida como AMEU.** Se trata de un procedimiento seguro y ambulatorio, que toma alrededor de 15 minutos y no requiere hospitalización.

Esta opción también se ofrece a mujeres con menos semanas de gestación que provienen de otros estados, debido a que con éste procedimiento es posible comprobar la efectividad del procedimiento durante el mismo día.

Las clínicas públicas del Distrito Federal atienden diariamente a varias mujeres de diversos estados, por tanto, si bien se asegura la atención inmediata, es posible que tome algunas horas de espera y ciertos protocolos, tales como:

- Mujeres con 10 o menos semanas de gestación que radican en el Distrito Federal serán atendidas el mismo día que concurren a la clínica, donde se le realizará análisis y ultrasonido para entregar el medicamento con el fin de realizar el procedimiento en el domicilio. Después de una semana se realiza un control de revisión médica.
- Mujeres con más de diez semanas de gestación que radican en el Distrito Federal, en la primera consulta se realizará análisis y ultrasonido para corroborar la edad gestacional, igualmente a quienes tienen menos semanas de gestación, sin embargo serán agendadas para una nueva cita en la que se llevará a cabo el AMEU.
- Mujeres con 10 semanas de gestación o menos que no radican en el Distrito Federal serán atendidas con prioridad durante la primera concurrencia a la clínica, sujeto a la capacidad de la clínica. El procedimiento que se llevará a cabo es el AMEU.
- Mujeres con más de 10 semanas de gestación que no radican en el Distrito Federal serán atendidas con prioridad durante la primera cita, dependiendo de la capacidad de la clínica. El procedimiento a realizar será el AMEU.

Requerimientos para la atención

Las clínicas públicas solicitan a las mujeres traer consigo lo siguiente, previo al procedimiento de interrupción legal del embarazo:

- Acompañante (requisito excluyente en caso de edad gestacional superior a 10 semanas)
- Ayuno de 8 horas (ningún alimento ni líquido después de las 11 pm del día anterior)
- Original y copia de IFE o cualquier credencial con fotografía vigente
- Original y copia de comprobante de domicilio (no es requisito que sea del DF)
- 1 paquete de toallas higiénicas para mujeres con más de 10 semanas de EG
- 1 rollo de papel higiénico para mujeres con más de 10 semanas de EG
- 1 botella de agua de 1,5 lt
- 1 jugo
- 1 bolígrafo tinta negra

Para el caso de las mujeres menores de 18 años, la mayoría de las clínicas solicita que acudan con una tutora o tutor que sea familiar. En éste caso, los requerimientos adicionales son:

- Ir acompañada de un familiar mayor de edad
- Original y copia del IFE del familiar mayor de edad
- Original y copia de CURP y acta de nacimiento

Manejo del aborto de acuerdo a tipo de causal

Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo

- Todo procedimiento ya sea técnico o administrativo para la ILE se debe realizar a parte de la solicitud de la mujer que quiera practicarse dicho proceso.
- Cuando el personal médico del primer nivel de atención, durante el control prenatal sospeche la existencia de factores de riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada o que puedan existir anomalías genéticas o congénitas que pongan en riesgo la vida del mismo se debe referir con prontitud, eficacia y eficiencia junto con la "Hoja de Referencia y Contrareferencia" a la mujer a un hospital general o materno infantil donde se realicen procedimientos de ILE.
- Una vez detectadas estas situaciones de le debe comentar a la mujer embarazada sobre la necesidad de que sea valorada por un médico especialista en el segundo nivel de atención.

Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida

- Cuando se presente a solicitar atención médica una mujer que declare haber sido víctima de violación el médico debe preguntar por el tiempo transcurrido desde que sucedió el ilícito. Si este es inferior a setenta y dos horas se le proporcionará información sobre la anticoncepción de emergencia hormonales vía oral. Administrándose Neogynón, Noral, Nordiol, Ovisón, 2 tabletas en la primera dosis y luego de 12 horas 2 tabletas más. Los nombres comerciales de los medicamentos más usados son Etinil estradiol, Levonorgestrel y Norgestrel.

- A toda mujer que declare estar embarazada por consecuencia de delito de violación o inseminación artificial no consentida el médico tratante según criterio clínico debe solicitar de manera urgente la prueba inmunológica de embarazo y posteriormente con el resultado y la hoja de Referencia y Contrarreferencia se le hará envío a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales para denunciar el hecho y solicitar la Autorización correspondiente. La prueba inmunológica de embarazo debe ser toma considerando el tiempo necesario para que esta resulte positiva, de lo contrario, cuando la mujer no reúna este requisito, se le debe indicar que asista en el tiempo pertinente para que se realice este examen de laboratorio.
- A su vez, se le debe informar sobre los riesgos de enfermedades de transmisión sexual e indicar medidas de prevención y tratamiento.
- Si la prueba resulta negativa se le debe informar a la mujer o usuaria, sugiriendo denunciar de todas formas el hecho ante el Agente Especializado en Delitos Sexuales del Ministerio Público
- Si el examen sale positivo se le debe informar a la usuaria del resultado y si es su voluntad que acuda a la Agencia Especializada en Delitos Sexuales del Ministerio Público para denunciar la violación y de esta forma solicitar autorización para interrumpir el embarazo. Así, el personal médico le debe entregar su "Solicitud y Reporte de Resultados". Dichos resultados deben ser integrados al expediente clínico de la mujer. Luego de este procedimiento se debe referir a la mujer a una unidad hospitalaria de la Secretaría donde realicen procedimientos de interrupción legal del embarazo.

Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada

- Cuando se atienda a una mujer que presente alguna disfunción o enfermedad que represente grave peligro para su salud pero existiendo la posibilidad de una ILE como medida terapéutica, el médico tratante informará por escrito del caso a la autoridad de la unidad médica. El médico tratante debe resolver dicho caso en un máximo de 5 días naturales contados a partir de la primera fecha de consulta realizada por la mujer, proporcionándole el dictamen médico que acredite su solicitud y realizando los trámites administrativos para realizar el procedimiento. Así, para realizar la ILE, se le solicitará a la mujer embarazada el dictamen emitido por su médico tratante de la institución o particular, donde se detalle la falla orgánica, psicológica o psiquiátrica motivo por el cual se hará la interrupción del embarazo.
- Para el caso de mujeres que presenten algún trastorno psicológico o psiquiátrico el médico tratante debe exigir la presencia del familiar o responsable en todo momento. Los dictámenes médicos realizados a la paciente embarazada pueden estar fundamentados en exámenes físicos, de laboratorio y de gabinete, según considere necesario el médico tratante.

En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas

- Cuando exista la posibilidad de anomalías genéticas o congénitas graves el médico tratante deberá resolver el caso en un máximo de 5 días naturales, proporcionando su dictamen médico a la embarazada. Para confirmar la existencia de alguna anomalía en el producto de la concepción se pueden realizar, a criterio del médico, exámenes de laboratorio o gabinete donde se utilicen técnicas de ecografía o similares para el diagnóstico de malformaciones fetales; técnicas bioquímicas para diagnosticar enfermedades metabólicas; técnicas de citogenética para el diagnóstico de malformaciones de origen infeccioso.
- De resultar negativos los resultados se le debe informar a la usuaria; de resultar positivos se le debe informar igualmente sobre estas anomalías y se solicita la autorización para realizar la interrupción del embarazo, de ser efectivo el consentimiento informado se debe proceder a realizar la ILE.

En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa

- Cuando la continuidad del embarazo implique una urgencia por grave riesgo para la vida de la mujer se obviará el dictamen médico para poder realizar la interrupción del embarazo, sin embargo, debe haber una previa valoración de la paciente por al menos dos especialistas. En caso de que las condiciones de gravedad ameriten urgentemente la interrupción del embarazo bastará con el consentimiento informado de la mujer embarazada o del familiar más cercano que la acompañe. De no ser posible la obtención de la autorización por incapacidad de la paciente o ausencia de las personas cercanas como familiares o tutores legales, son los médicos autorizados del hospital tratante quienes, previa valoración del caso y con el acuerdo por lo menos de dos de ellos, se llevará a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.
- El personal médico de la unidad hospitalaria debe atender a la mujer que se presente con un embarazo ya interrumpido. Se entiende por conducta culposa la omisión de algún deber de cuidado, como por ejemplo caídas, accidentes de tránsito, realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros. Luego de exponer la información del caso necesaria a la mujer se le pregunta por su autorización frente a la ILE. Si su respuesta es positiva se solicita su firma en el consentimiento informado y se selecciona el procedimiento para la interrupción del embarazo.

Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención

- La unidad médica que reciba a una mujer embarazada que solicite la interrupción de su embarazo de 12 semanas de gestación deberá ser atendida con el director o responsable en turno en la unidad.
- El médico que atiende a la mujer, luego de corroborar mediante su manifestación, clínicamente y por laboratorio debe ser derivada a un hospital donde se efectúen ILE's

Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias

- Es el Director de la unidad hospitalaria el responsable de asegurar la correcta aplicación del procedimiento. Cuando la mujer solicitante hace ingreso se deben evaluar la edad gestacional y el estado de salud que permitan en su caso realizar la ILE. Se le debe realizar el procedimiento médico o quirúrgico con calidad y calidez, dentro de las 48 horas posteriores a la corroboración de la edad gestacional.
- En caso de que el hospital no cuente con personal gineco-obstetra o cirujano general no objetor la mujer debe ser derivada al hospital no objetor.
- Una vez con el consentimiento informado de la paciente para la interrupción el médico debe solicitar los siguientes estudios: grupo sanguíneo y Rh, biometría hemática completa, glucemia y pruebas de coagulación.
- Esta interrupción hasta las 12 semanas de gestación se realiza mediante técnicas a base de medicamentos, aspiración manual o eléctrica endouterina, o dilatación y curetaje. Se recomienda la utilización del misoprostol en embarazadas de hasta 9 semanas de gestación o 63 días, por fecha de última menstruación o corroboración mediante ultrasonido.
- Sólo los médicos gineco-obstetras y cirujanos generales pueden abstenerse argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que la vida de la mujer esté en peligro. Por su parte, el personal médico y enfermería o paramédico que asistan el procedimiento no pueden alejar bajo ninguna circunstancia objeción de conciencia.
- Se atiende a la mujer que solicite la interrupción legal del embarazo independiente de su nacionalidad o lugar de residencia, y aun cuando disponga de otro servicio de salud público o privado.
- Este procedimiento es de forma gratuita. No obstante, a las solicitantes que no sean derechohabientes del acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos se les solicitará la cuota de recuperación del procedimiento para la interrupción del embarazo con base en la clasificación socio-económica.
- El médico tratante del procedimiento debe integrar el expediente clínico, incluyendo la Historia clínica, el consentimiento informado de la usuaria, la solicitud y el registro de intervención quirúrgica.
- Posteriormente, la enferma de salud reproductiva será la responsable de proporcionar la consejería sobre salud sexual y reproductiva que garantice el uso de método de planificación familiar.

Técnicas de vaciamiento uterino

Se utiliza y recomienda principalmente la Aspiración Endouterina, la cual consiste en una cánula plástica conectada a una fuente de vacío, ésta fuente puede ser manual: Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o eléctrica: Aspiración Eléctrica Endouterina (AEEU). Sin embargo, la técnica utilizada para realizar la ILE podrá ser médica o quirúrgica, teniendo en consideración las semanas de gestación del producto y de acuerdo al criterio del médico gineco-obstetra o cirujano general encargado del procedimiento.

4. Atención post aborto

Se deja en evidencia que no existe una guía protocolar o manual donde se detalle el tratamiento post aborto de la mujer que haya solicitado la ILE. Al respecto, dentro de cada clínica y Hospital público se realiza una Consejería final donde se informa sobre la planificación familiar y sobre todos los métodos anticonceptivos existentes en el establecimiento, pudiendo ser estos temporales, de barrera o definitivos.

Algunas Clínicas tienen protocolos internos para los cuidados después del aborto. Se recomienda descansar por un día completo. No utilizar tampones hasta la próxima menstruación con el fin de evitar posibles infecciones, ya que, al estar más abierta la vagina se encuentra más propensa a estas. En la misma línea, no se deben realizar duchas vaginales, nadar o tomar baños. Hay que evitar los ejercicios bruscos, la ingesta de alcohol y opiáceos.

Para ir controlando la evolución de la recuperación se puede tomar la temperatura e ir anotándola ya que una subida de la temperatura corporal puede indicar alguna infección.

Se le indica a la mujer los síntomas posibles después de realizada la interrupción: estas son calambres parecidos a los de la menstruación, sangrado entre 1 semana y 10 días (en caso de ser abundante y con coágulos se debe dirigir al médico por posibles complicaciones) y cansancio general e incluso cólicos.

Se debe poner especial atención a ciertas situaciones pues indican alguna complicación:

- Cuando se tiene un sangrado abundante con presencia de coágulos o un goteo lento pero constante
- Dolor abdominal más fuerte que el de una menstruación normal aunque se hayan tomado analgésicos para el dolor
- Presencia de desechos de la vagina con mal olor

Marco Regulatorio y Normativo de El Salvador

1. Situación legal del país

Aborto es ilegal en todas sus formas (incluso violación e incesto) y es penalizado.

2. Orientación/orientación pre aborto

Dada la ilegalidad del aborto, no se realiza orientación pre aborto y solo se atienden los abortos espontáneos o sépticos.

3. Atención clínica

El documento clasifica el aborto de acuerdo a lo siguiente:

Aborto espontáneo
Aborto fallido
Aborto inminente
Aborto inevitable
Aborto incompleto
Aborto séptico

Incluye tablas para clasificación del aborto séptico según su extensión y según hallazgos en la historia clínica y examen físico.

Manejo Clínico

Amenaza de aborto: considera antecedentes de la historia clínica, anamnesis y realización de diagnóstico diferencial. Se solicita ultrasonografía con el fin de determinar viabilidad fetal. Es de manejo ambulatorio. Se indica reposo, abstinencia sexual, acitaminofem cada 6 hrs. y gama globulina en caso de mujeres Rh (-) no sensibilizadas. Se entrega información respecto a signos de alarma y se cita a control en 7 días.

Aborto fallido: considera antecedentes de la historia clínica, anamnesis y realización de diagnóstico diferencial. Se solicita ultrasonografía. Recomienda brindar apoyo emocional y dar la opción sobre los dos tipos de manejo: expectante y activo.

Si la mujer escoge manejo expectante, se recomienda:

- Citar semanalmente con exámenes (hemograma completo, tiempo de protrombina, fibrinógeno).
- Realizar legrado (por AMEU o instrumental al expulsar el producto).

Si la mujer selecciona manejo activo, se debe:

- Ingresar al centro de salud.
- Misoprostol 200 mcg oral o vaginal cada 6 horas por 3 veces en caso de gestaciones menores a 12 semanas.
- Misoprostol 200 mcg oral o vaginal cada 6 horas hasta expulsar el producto en caso de gestaciones mayores a 12 semanas.
- Indicar analgesia con diclofenaco e ibuprofeno (una tableta cada 6 hrs.).
- Solicitar exámenes de laboratorio: hemograma completo, Rh, glicemia, VDRL, EGO, tiempo de protrombina, fibrinógeno.
- Iniciar tratamiento para ITS si se requiere.
- Realizar vaciamiento uterino por AMEU o instrumental.
- Realizar estudio anatómo-patológico al producto de la concepción.

Post legrado:

- Régimen cero.
- Reposo por 6 hrs.
- Vigilar sangramiento.
- Solución de Hartman 1 litro IV a 40 gotas por minuto # 1
- Analgesia con diclofenaco 1 ampolla IM cada 12 horas
- Si mujer es Rh (-) y no hay antecedente de isoimmunización administración profiláctica de Gamma-Globulina.

Indicaciones al alta:

- Consejería sobre métodos anticonceptivos. Si la mujer lo desea, iniciar método de forma inmediata. Recomendar intergenesia mayor a 6 meses.
- Información sobre signos de alarma.
- Control a las 4 semanas en consulta externa.

Aborto inminente, inevitable o incompleto: considera antecedentes de la historia clínica, anamnesis y realización de diagnóstico diferencial. Se solicita ultrasonografía para confirmar diagnóstico. Evaluar severidad del sangrado y

compromiso hemodinámico.

Aborto inminente:	<ul style="list-style-type: none">• Con feto vivo: observar evolución y realizar cerclaje en caso de incompetencia cervical.• Con feto muerto: perfusión parenteral, analgesia con diclofenaco y legrado. Pesar el feto.
Aborto inevitable:	<ul style="list-style-type: none">• Misoprostol 200 mcg oral o vaginal cada 6 horas por 3 veces en caso de gestaciones menores a 12 semanas.• Misoprostol 200 mcg oral o vaginal cada 6 horas hasta expulsar el producto en caso de gestaciones mayores a 12 semanas.<ul style="list-style-type: none">• Oxitocina IV si es mayor a 12 semanas.• Analgesia con diclofenaco 1 ampolla IM cada 12 horas• Exámenes (hemograma, Proteína C reactiva, eritrosedimentación)• Legrado al expulsar feto. Pesar el feto• Vigile signos de infección.
Aborto incompleto:	<ul style="list-style-type: none">• Instalar 1 ó 2 vías endovenosas con catéter # 18• Exámenes (hemograma, Rh y prueba cruzada, tiempo de protrombina, glicemia).• Uterotónicos si el sangrado es profuso:• Solución de Hartman 1 litro + 20 UI de Oxitocina IV• Misoprostol 4 tabletas vía rectal• Prescriba analgésicos diclofenac 1 ampolla IM # 1• Legrado por aspiración (AMEU) o instrumental.• Si está hemodinámicamente inestable, perfundir, iniciar transfusión y realizar legrado de inmediato.• Si está hemodinámicamente estable, esperar ayuno de 6 hrs. e iniciar legrado con exámenes reportados.• Si reporta anemia, transfundir.• Si reportar enfermedades crónicas evaluar con medicina interna y anestesiología.• Enviar producto de la concepción extraído a anatomía patológica.• Hemoderivados, si el caso lo amerita. <p>Post legrado.</p> <ul style="list-style-type: none">• Régimen cero.• Reposo por 6 hrs.• Vigilar sangramiento.• Solución de Hartman 1 litro IV a 40 gotas por minuto por 1

vez

- Analgesia con diclofenaco 1 ampolla IM cada 12 horas
- Si mujer es Rh (-) y no hay antecedente de isoinmunización administración profiláctica de Gamma-Globulina

Indicaciones al alta

- Consejería sobre métodos anticonceptivos. Si la mujer lo desea, iniciar método de forma inmediata. Recomendar intergenesia mayor a 6 meses.
- Información sobre signos de alarma.
- Control a los 7 días y a las 4 semanas.

Aborto séptico:

Se trata de una urgencia, por tanto su manejo debe ser oportuno. Considerar antecedentes de la historia clínica, anamnesis y examen físico, valorando signos y síntomas de infección y estado de conciencia. En el examen físico descartar maniobras abortivas. Si hay signos de shock séptico se debe estabilizar.

El diagnóstico se realiza por clínica, examen físico, laboratorio y ultrasonografía. Para el manejo se debe estabilizar hemodinamicamente, indicar antipiréticos y antibióticos. Debe realizarse legrado uterino y enviar restos a anatomía patológica.

4. Atención posaborto

El documento recomienda la atención ambulatoria solo para la amenaza de aborto y el aborto fallido (en caso que la mujer escoja manejo expectante. Para el manejo de todos los otros tipos abortos se recomienda hospitalización, incluso para aquellos casos en que se usa misoprostol. Se recomienda control al mes en los servicios de primer nivel, excepto en los casos de aborto incompleto en que se indica un control en el servicio de urgencia al 7mo día posaborto.

En todos los casos se recomienda consejería en regulación de la fertilidad y el inicio inmediato de métodos anticonceptivos si la mujer así lo desea.

Marco Regulatorio y Normativo de Guatemala

1. Situación legal del país

En Guatemala está permitido el aborto terapéutico. El documento lo define de la siguiente manera: "Es aquel que se realiza cuando se considera que el embarazo afecta la vida de la mujer". De acuerdo al Código Penal según Artículo 137 se considera el Aborto Terapéutico como "la interrupción del embarazo, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, con el fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos".

Ejemplos de patologías que comprometan la vida de la paciente:

- Cardiopatía congénita o adquirida con insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipertensión arterial crónica con daño en órganos blanco.
- Insuficiencia renal crónica severa con o sin diálisis.
- Tuberculosis pulmonar avanzada multi-droga resistente
- Insuficiencia respiratoria severa que comprometa la vida de la mujer
- Enfermedades neoplásicas que requieran quimioterapia o radioterapia
- Mola hidatidiforme parcial.

2. Orientación pre aborto

Considera consejería que debe incluir:

- Ética, respeto, apoyo y trato humanizado.
- Actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.
- Actitud positiva del personal. Lenguaje sencillo y respetando los momentos de silencio de las pacientes.
- Respeto a la confidencialidad que necesitan las mujeres.
- Brindar información sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el auto cuidado.
- Responder a las inquietudes de las usuarias respecto a sus puntos de vista, dudas y preguntas

3. Manejo clínico del aborto

El documento parte realizando la definición técnica, hallazgos clínicos diferenciales y ayudas diagnósticas de las patologías que causan con mayor frecuencia hemorragia en el

primer y segundo trimestre del embarazo. Declara cifras de embarazo no planeado y aborto en América Latina, sosteniendo que las causas del aborto son múltiples y difíciles de determinar.

Clasifica el aborto de acuerdo a las siguientes definiciones y establece para cada una de ellas los criterios diagnósticos y las posibles complicaciones: Amenaza de aborto; Aborto en curso (inevitable); Aborto incompleto; Aborto completo; Aborto diferido (retenido) Aborto séptico; Aborto terapéutico; Aborto habitual (recurrente).

En relación al manejo, incluye manejos diferenciados de acuerdo al tipo de aborto. Todas las acciones deben realizarse en el tercer nivel. La atención primaria solo debe derivar.

<p>Amenaza de aborto:</p>	<p>Se deja a criterio médico la hospitalización o reposo en casa. Se solicitan exámenes de laboratorio (hematología, orina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, prueba de VIH) y analgésicos (Acetaminofén 500-1000 mg vía oral cada 6-8 horas por 48 a 72 horas máximo). Se indica reposo, abstinencia sexual y seguimiento a las 48 hrs. y posteriormente a los 8 días.</p>
<p>Aborto incompleto:</p>	<p>Principalmente de acuerdo al cuadro clínico y a la edad gestacional se definen dos tipos de manejo: ambulatorio y tratamiento quirúrgico.</p> <p>Ambulatorio: para mujeres con edad gestacional menor a 12 semanas. Misoprostol 600 ug. V.O. o 400 ug sublingual dosis única y citar a la paciente dentro de 7 días para verificar el éxito del tratamiento.</p> <p>Quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMEU para embarazo menor o igual a 12 semanas • Legrado Uterino Instrumental (LUI): Embarazo 12 semanas a 20 semanas, luego de expulsión del producto. <p>Se recomienda brindar consejería inmediata sobre anticoncepción post aborto y si la paciente es Rh negativa, con anticuerpos negativos, administre gammaglobulina antes de las 72 horas post-aborto.</p> <p>Si se trata de un aborto incompleto con signos de shock hipovolémico iniciar protocolo de reanimación.</p>
<p>Aborto terapéutico:</p>	<p>Recomienda la revisión de historia clínica, evaluación física y exámenes de rutina. Sugiere evaluar riesgo quirúrgico caso a caso. El procedimiento de evacuación uterina dependerá de la edad gestacional y estado general de la paciente (AMEU o misoprostol).</p>

Manejo del dolor

<p>Manejo farmacológico</p>	<p>no</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo verbal: El cual se da mediante la consejería integral. • Técnica clínica gentil y delicada: El prestador de servicios de salud debe siempre ser atento y brindar un trato amable y gentil al hacer los procedimientos.
------------------------------------	--

Manejo farmacológico

- Analgésicos: Ibuprofeno (VO: 400-800 mg 1 hora antes del procedimiento), acetaminofén (500 a 1000 gramos 30-60 minutos antes del procedimiento), ketorolaco (ampolla de 30 mg IV 30 minutos antes del procedimiento y 30 mg inmediatamente al finalizar el procedimiento), naproxeno (VO 550 mg 1 hora antes del procedimiento y cada 4 o 6 horas).
- Anestésicos: local, regional o general.
- Ansiolíticos: Diazepam (VO: 10 mg 1 hora antes del procedimiento IV: 2-5 mg IV(c) 20 minutos antes del procedimiento), Meperidina (IM: 50-125 mg 15-30 minutos antes del procedimiento IV: 25-50 mg 5-15 minutos antes del procedimiento), Midazolam (Solo si se cuenta con personal médico de anestesia que supervise su uso).

4. Atención posaborto

Incluye las siguientes actividades:

- 4.1 Consejería** para identificar y responder a las necesidades de salud mental y física, así como a otras inquietudes de las mujeres. Debe proveerse antes, durante y después del procedimiento. Durante el procedimiento debe incluir información sobre signos de alarma y el rápido retorno de la fertilidad. Después del procedimiento se debe programar una cita a los 10 días para establecer la recuperación e insistir en el uso de métodos anticonceptivos.

Distingue dos tipos específicos de consejería:

Consejería específica para adolescentes: tiene por objetivo apoyar a la adolescente y su familia a comprender y aceptar el evento.

Consejería específica para mujeres que viven con VIH/SIDA: tiene por objetivo entregar información específica sobre su condición, apoyo, consejería, atención médica y otros servicios.

- 4.2 Servicios de anticoncepción y de planificación familiar** para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o a practicar el espaciamiento de los embarazos. Todas las mujeres deben recibir información anticonceptiva y se les debe ofrecer consejería y métodos anticonceptivo post-aborto, incluida la anticoncepción de emergencia, antes de su egreso de la unidad de salud, favoreciendo que la prestación de servicios de anticoncepción esté disponible en el mismo lugar y en el mismo momento en que se proporcionan los servicios de atención post-aborto.

También considera una consejería específica en anticoncepción para adolescentes que considera además la prevención del VIH e ITS.

4.3 Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud que preferiblemente, son prestados en el mismo establecimiento de salud o por medio de remisión a otros establecimientos accesibles dentro de la red de prestadores de servicios de salud. Estos pueden incluir cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, otras enfermedades crónicas, depresión, enfermedad psiquiátrica. La referencia deberá realizarse luego de que la paciente haya salido de la situación crítica y se encuentre estable, si es necesario inmediatamente antes del egreso.

4.4. Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud para evitar embarazos no deseados y abortos de alto riesgo, para movilizar los recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y oportuna para las complicaciones del aborto, y garantizar que los servicios de salud reflejen y cubran las expectativas y necesidades de la comunidad. Trabajar en la formación de líderes comunitarios.

Marco Regulatorio y Normativo de Panamá

1. Situación legal del país

Según se establece en el Texto Único del Código Penal de la República de Panamá, el cual contiene las modificaciones de Ley realizadas durante el período 2007-2015, el Artículo 141 determina: La mujer que cause su aborto o consienta que alguien se lo practique será sancionada con prisión de uno a tres años; según el Artículo de Ley 142: quien provoque el aborto de una mujer con el consentimiento de ella será sancionado con prisión de tres a seis años; finalmente, el Artículo 143 establece: quien provoque el aborto de una mujer sin su consentimiento o contra su voluntad será sancionado con prisión de cuatro a ocho años. En esta misma línea, si, por consecuencia del aborto o de los medios usados para provocarlo, sobreviene la muerte de la mujer, la sanción será de prisión de cinco a diez años. No obstante, estas sanciones aumentarán en una sexta parte si el culpable de la provocación del aborto es el compañero o conviviente de la mujer en cuestión.

Para los casos anteriormente nombrados **existen ciertas salvedades** que se detallan en el Artículo de ley 144, donde no se aplicarán las penas anteriormente señaladas en los artículos si es que:

- a) El aborto es realizado, con el consentimiento de la mujer, para provocar la destrucción del producto de la concepción ocurrida como consecuencia de violación carnal, debidamente acreditada en instrucción sumarial.
- b) Si el aborto es realizado, con el consentimiento de la mujer, por graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción

Para el caso número uno del Artículo 144 es menester comunicar a las autoridades competentes bajo instrucción sumarial y posteriormente aprobado en un juzgado, antes de las 8 semanas de gestación. Para el caso número 2 será el Ministerio de Salud quien designe una comisión multidisciplinaria para determinar las causas graves de salud y así poder autorizar el aborto. Por último, para ambos casos estos deben ser practicados por un médico en un centro de salud del Estado de Panamá, no obstante, el médico designado tiene el derecho de alegar objeción de conciencia por razones morales, religiosas o de cualquier índole y, de este modo, abstenerse a la realización del aborto.

Se define, por tanto, como aborto criminal aquél que no acusa causas médicas o legales de las contempladas en la legislación panameña, para su interrupción. En esta misma línea

se considera el Aborto inseguro o realizado en condiciones de riesgos por parte de personas que no tienen las habilidades necesarias o no cuentan con un ambiente adecuado con las normas médicas mínimas o ambos factores en simultáneo. Dentro de las consecuencias más comunes de esta práctica se encuentra la sepsis, la hemorragia y la perforación; esta situación se ha constituido -en la mayoría de los países con legislaciones restrictivas al aborto- como una de las principales causas de muerte materna.

2. Atención/Orientación pre aborto

Se plantea que antes de realizar la evaluación es menester contar con un área o espacio que garantice la privacidad. Asimismo, en caso de observar elementos que sugieran un posible compromiso de la vida materna se debe actuar con rapidez según la delicadeza del caso.

Se establece el orden de la historia clínica y evaluación, partiendo por los aspectos generales que corresponden al motivo de consulta y los antecedentes de la mujer. Dentro de las preguntas estándares que se establecen en la guía existen tres de ellas que apuntan a identificar si es que la mujer procedió a realizarse un "aborto criminal", por ejemplo:

- Si el estado de gravidez es un embarazo deseado;
- Si es que existió una atención médica reciente relacionada con el aborto
- la administración reciente de medicamentos como misoprostol o hierbas abortivas.

Luego se debe proceder con la historia médica pertinente, como antecedentes de enfermedades, vacunas, entre otros, así como los antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes (embarazos anteriores y su resultado, infecciones de transmisión sexual, etc.)

Además de las **dimensiones clínicas y médicas, se contempla evaluación psicosocial, específicamente sobre las Redes de apoyo comunitarios**; al respecto, no existen detalles de preguntas o procedimientos. En esta misma línea se realiza una Evaluación Emocional, donde se detallan ciertas actitudes para con la mujer, tales como hacerle sentir que el profesional de la salud se preocupa por ella y que puede confiarle sus sentimientos. Se indica la atención a ciertos comportamientos emocionales como el llanto, temblores, cuerpo rígido, mirada fija, retiro o sobresalto ante un contacto físico. Además, se debe incitar a la mujer a hablar sobre las motivaciones o circunstancias que la llevaron a buscar atención médica.

Se le pregunta, por tanto:

- Si estaba consciente de su embarazo;

- si hubo problemas en torno a ésta situación;
- si es que existe información relevante que deba compartir con el prestador de servicios;
- si existe una red de apoyo y un ambiente familiar estable; si es que está sometida a actos de violencia;
- la existencia de alguna discapacidad cognitiva o enfermedad mental y la posibilidad de existencia de uso o dependencia de drogas.

Se hace una salvedad específica para aquellas **mujeres sobrevivientes de violencia**. Bajo este contexto, en el cual la mujer se encuentra en una situación peligrosa o muy violenta, el personal de Trabajo Social debe resguardar su seguridad haciendo utilización de todos sus medios disponibles. Así, el personal médico conjuntamente con el personal de Trabajo Social debe formular un plan junto con la mujer para mantener su seguridad⁴. A su vez, Trabajo Social debe establecer vínculos con los recursos comunitarios para aquellas mujeres sobrevivientes de violencia; si la mujer no conoce servicios sociales, organizaciones no gubernamentales u organizaciones de mujeres que actúen en su zona, el Trabajo Social deberá orientarla sobre cómo contactar estos recursos comunitarios. Estas referencias deben hacerse antes de que la mujer se dirija al establecimiento de salud.

Como parte del diagnóstico en estas situaciones, el personal de la salud debe buscar posibles signos de violencia física.

3. Atención Clínica

- Para la atención de un aborto sin complicaciones se pueden obviar los exámenes de laboratorio si no se dispone de la tecnología necesaria. Esta situación, sin embargo, no debe retrasar la atención médica de la mujer.
- Para casos más graves se pueden hacer exámenes de rayos X; ecografía; hemograma; urianálisis; función hepática y renal; tipo de sangre y Rh y pruebas de embarazo sensibles.

Manejo del aborto de acuerdo a la clasificación:

a) Amenaza de aborto	Manejo ambulatorio :	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica y examen físico completo. • Descartar que el sangrado provenga de lesiones cervicales o vaginales. • Disminuir actividad física, psíquica y mantener abstinencia sexual.
-----------------------------	----------------------	---

⁴ Existen datos que indican que en el 2015 hubo un aumento de un 16% de las denuncias sobre violencia doméstica, donde el 90% de las afectadas son mujeres. No obstante, la mayoría de las veces las denuncias son sobreesídas por petición de los fiscales, esto, porque las víctimas, debido a diversas razones y factores que también rozan la violencia, no realizan la denuncia adecuada. Bajo este escenario, durante el 2013 la OPS/OMS hizo un llamado al sector de la salud panameña con el fin de que se fortalezcan sus respuestas de atención a aquellas mujeres sobrevivientes de la violencia

		<ul style="list-style-type: none"> • Puede proporcionarse analgésicos cada 8 horas. • Pueden ser solicitados laboratorios según criterio clínico (grupo sanguíneo y Rh, VDRL, HIV, entre otros). • Ultrasonografía según disponibilidad. • De persistir el sangrado referir al segundo nivel de atención para su tratamiento.
	Manejo hospitalario:	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica y examen físico completo • Reposo en cama • Analgésicos cada 8 horas • De no tener exámenes de laboratorio solicitar la orden de cada uno • Ultrasonografía para diagnosticar condiciones embrio-fetales, placentarias y cervicales
b) Aborto diferido o huevo muerto o retenido		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la mujer condición física, procedimiento, propósitos y confirmar consentimiento. • 12 semanas o menos: considerar evacuación uterina por técnica aspirativa (manual - AMEU o eléctrica - AEU) o como segunda opción por legrado instrumental (LUI). • 12 a 16 semanas: evacuación uterina por medios médicos con prostaglandinas y posteriormente aspiración manual o LUI (de tener experiencia, se puede evacuar de forma instrumental desde un comienzo). • Mayor a 16 semanas: administración de prostaglandinas y luego métodos aspirativos o instrumentales.
c) Aborto en evolución o inminente		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la mujer condición física, procedimiento, propósitos y confirmar consentimiento. • 12 semanas o menos: primera opción técnica aspirativa o por LUI. • 12 a 16 semanas: medios médicos con prostaglandinas y posteriormente aspiración manual endouterina o LUI. • Mayor a 16 semanas: administración de prostaglandinas hasta lograr la expulsión del producto y evacuar útero por medios aspirativos o instrumentales.
d) Aborto inevitable		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la mujer condición física, procedimiento, propósitos y confirmar consentimiento • 12 semanas o menos: primera opción técnica aspirativa o por LUI • 12 a 16 semanas: medios médicos con prostaglandinas y posteriormente aspiración manual endouterina o LUI • Mayor a 16 semanas: administración de prostaglandinas hasta lograr la expulsión del producto y evacuar útero por medios aspirativos o instrumentales
e) Aborto incompleto		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la mujer condición física, procedimiento, propósitos y confirmar consentimiento • Evacuación uterina por AMEU si el tamaño del útero corresponde a 12 semanas o menos por FUM o por LUI si es mayor. También se puede ofrecer legrado farmacológico con misoprostol

		<ul style="list-style-type: none"> • Si no tiene complicaciones realizar el manejo en un ambiente fuera del salón de operaciones que permita seguridad y en forma ambulatoria
f) Aborto completo		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la mujer condición física, procedimiento, propósitos y confirmar consentimiento • Verificar mediante ultrasonografía que la cavidad esté vacía. Ante la duda manejar como aborto incompleto anteriormente descrito
g) Aborto habitual o recurrente		<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de dos embarazos consecutivos menores de 20 semanas o tres o más alternos • Manejo igual que aborto incompleto • La mujer debe ser derivada para estudios especializados posteriores en la Consulta de Infertilidad • Orientar sobre Planificación Familiar y Consejería Genética
h) Aborto Séptico		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la mujer y familiares sobre su condición clínica, procedimientos y propósitos y confirmar consentimiento informado. • Derivar a la mujer al segundo o tercer nivel de atención independientemente de la edad de gestación. • Historia clínica y examen físico y ginecológico completos. • Según gravedad del caso consultar con Infectología y/o Medicina Crítica. • Exámenes de laboratorio: hemograma; urianálisis; grupo sanguíneo y Rh, prueba cruzada, VDRL, glicemia, hemocultivo y urocultivo, secreciones vaginales, HIV, función renal y hepática. • Si la mujer está polipneica realizar gasometría arterial y valorar repercusión multisistémica para diagnóstico de sepsis según disponibilidad. • Canalizar una vena con lactato de Ringer. • Control de la temperatura, signos vitales y diuresis horaria. • Manejo del dolor en forma intravenosa. • Inicio de antibioticoterapia antes de cualquier procedimiento de evacuación. • Los antibióticos se deben indicar de forma parenteral hasta que la mujer esté afebril y los parámetros de laboratorio infecciosos muestren mejoría por 48 horas, luego pasar a vía oral por un tiempo no menor de 10 días. • Realizar AMEU o LIU lo más pronto posible. • Enviar muestras a Patología. • Aplicar toxoide tetánico. • En caso de mujeres Rh negativo se aplicará gammaglobulina Anti D si no está sensibilizada. • De haber sepsis y sin mejoría con el tratamiento indicado realizar histerectomía.

Técnicas de vaciamiento uterino

Segundo trimestre: son aquellos fetos que se encuentran entre las 13 y las 24 semanas y que no cuentan con posibilidades ciertas de una vida viable extrauterina. En primer lugar se inducirá el trabajo de parto para vaciar el contenido uterino, posteriormente se realiza el legrado de la cavidad uterina.

Se establece la preferencia por métodos que consistan en la administración sistémica o local de sustancias que ayuden a inducir el vaciamiento del útero, pues como indican las estadísticas estos métodos comparten una tasa de éxitos que va entre el 80 y 95% de éxito dentro de las 24 a 48 horas después de iniciado el procedimiento. Mientras que es en los métodos quirúrgicos donde se concentra la morbilidad materna.

Aborto farmacológico

Misopostrol: La primera elección para la interrupción del embarazo del segundo trimestre es el Misopostrol, dada la inmadurez del cuello uterino en la mayoría de los casos.

Se indica para gestantes con feto muerto y retenido en el segundo trimestre lo siguiente:

Comenzar con dosis intra vaginal de:

- 100 mcg si la muerte fetal ocurrió cuando el embarazo estaba entre 16 y 26 semanas.
- 200 mcg si la muerte fetal ocurrió entre las 13 y 17 semanas

Se debe repetir la dosis según el caso cada 12 horas hasta completar 4 dosis. Antes de suministrar una nueva dosis es necesario revisar si existe alguna actividad uterina. Al respecto, si la mujer presenta 2 o más contracciones en un intervalo de tiempo de 10 minutos no se debe repetir la dosis, pues esto indica que ya se ha desencadenado el trabajo de parto (el misopostrol no se debe utilizar para la aceleración del parto). Para lo anterior, es permitido usar ocitocina en infusión continua endovenosa, sin embargo, esta no se debe suministrar antes de 6 horas después del misopostrol.

Para esta dosis los resultados tiene un éxito cercano al 90% dentro de las 24 horas siguientes a la primera administración de la dosis.

Oxitocina: Esta es proporcionada mediante infusión endovenosa, en dosis superiores a las utilizadas en embarazos de término. Esta se realiza con una bomba de infusión y con un constante control personalizado de la mujer. Para su administración se debe realizar antes la Prueba de tolerancia a la Oxitocina (PTO),

Dinoprostona intracervical: tiene una menor efectividad que las técnicas anteriores. Se administran 2mg de gel de dinoprostona intracervicalmente cada 12 horas.

Soluciones salinas hipertónicas: Se inyectan mediante aguja entre 100 y 200 cc de solución salina hipertónica en la cavidad intraamniótica. Antes de inyectarla, se debe aspirar y descartar en medida de lo posible, la misma cantidad de líquido amniótico.

Laminarias: en aquellos lugares donde la tecnología en métodos de interrupción del embarazo aún se usan las laminarias intracervicales con las cuales se dilata el cuello del útero mecánicamente.

Aunque se consideran en desuso, se detallan también la Maniobra de Krausse y la Sonda peri ovular.

-Tercer trimestre: este tipo de interrupción del embarazo se permite cuando existen patologías maternas o fetales que hagan necesaria esta interrupción o bien cuando ya llegadas las 41-42 semanas de gestación el trabajo de parto no ha empezado de forma espontánea.

Interrupción del Embarazo en casos de Óbito fetal: Si el embarazo es mayor a 20 semanas se debe solicitar pruebas de coagulación en caso de óbito retenido por 4 semanas o más.

Los métodos de vaciamiento uterino son los mismos descritos para el segundo trimestre.

Prostaglandinas E1: se utilizan 100 mcg cada 12 horas por vía vaginal.

En caso de que el peso estimado del feto sea menor de 2000g y de haber una dilatación cervical adecuada se puede realizar una versión externa. De lo contrario, si el peso es mayor a 2000g se puede intentar una versión externa, pero no de lograrse se debe realizar cesárea.

Interrupción del embarazo con feto vivo: Se deben evaluar ciertos elementos previamente a la inducto-conducción del parto:

- a. Grado de madurez del cuello uterino según Score de Bishop
- b. Altura de la presentación
- c. Actitud fetal
- d. Estado de las membranas ovulares
- e. Existencia de personal capacitado y responsable
- f. Posibilidad de realizar cesárea de urgencia
- g. Posibilidad de vigilancia fetal electrónica

4. Atención post aborto

No se establece un protocolo específico para la atención post aborto. No obstante lo anterior, existen los Principios de la atención de calidad en el abordaje de mujeres, los cuales deben ser aplicados en cada atención médica realizada. Estos principios contemplan

los derechos de las usuarias, así como los componentes básicos de la relación médico-paciente. Se resalta finalmente la importancia del seguimiento activo de las pacientes y el deber estar informados del historial clínico de cada una de ellas para un tratamiento oportuno.

Marco Regulatorio y Normativo de Uruguay

1. Situación legal del país

La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada –y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal-, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en la Ley 18.987, y se realice durante las primeras doce semanas de gestación (casos generales). Define asimismo situaciones especiales con plazos diferenciales (violación, grave riesgo para la salud de la mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina).

El procedimiento definido por la Ley establece los siguientes tiempos para las situaciones generales:

1ª Consulta con médico: recepción de la voluntad de la mujer. Se verifican los requisitos y se solicita paraclínica, y se refiere en forma responsable a la segunda consulta. Si esta primera consulta ocurre con un gineco-obstetra, se considera que es parte de la segunda consulta IVE, procediendo a la evaluación que corresponde y lo establecido para la misma (formulario, consentimiento y coordinación de las consultas con el área social y salud mental).

2ª Consulta con equipo interdisciplinario: asesoramiento. Tres profesionales con actuación articulada (gineco-obstetra, profesional del área social y del área de salud mental), realizan asesoramiento e informan sobre el lapso de reflexión propuesto por la ley, no menor a 5 días corridos.

3ª Consulta con ginecólogo: expresión final de voluntad de la mujer. Cuando se inicia el procedimiento de IVE.

- Las consultas y acciones derivadas el proceso de IVE deben considerarse, dados los plazos perentorios que establece la ley, como una urgencia de salud, y obliga al equipo de salud y las instituciones a proceder como tal.
- Se deberá respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación, según las condiciones previstas por la Ley. El personal de salud no deberá emitir juicios de valor con relación a la decisión consciente y libre basada en la voluntad informada de la paciente.
- En caso que la mujer denuncie la falta de confianza en el prestador para cumplir en tiempo y forma con el procedimiento, podrá solicitar el cambio de prestador en forma directa ante la JUNASA. La misma posibilitará dicho cambio de manera inmediata, con vista al prestador involucrado en 24 horas. El nuevo prestador deberá reconocer las actuaciones previas vinculadas al proceso del IVE.
- Asimismo, en caso de apreciar otras faltas que no inhibieron el procedimiento (confidencialidad, trato degradante, emisión de objeciones), podrá realizar posteriormente la denuncia ante la Oficina de Usuarios de su prestador, o directamente ante el Ministerio de Salud Pública.
- Se propiciará el ejercicio del derecho de la mujer a ser acompañada durante todo el proceso de atención, por quien ella desee. No será conveniente que este proceso se vivencie sin apoyo.
- En el proceso de atención la mujer recibirá asesoramiento sobre los procedimientos previstos en la Ley 18.987, sus derechos sexuales y reproductivos, las características, métodos, ventajas y riesgos de la IVE. También se informará sobre las alternativas al aborto voluntario, incluyendo los programas de protección social disponibles, y la posibilidad de dar al recién nacido en adopción. Y finalmente, se orientará a la mujer sobre los medios para prevenir embarazos futuros, y el acceso a los mismos.

Norma Jurídica Relacionadas	Contenido
Ley 18.987 del 17/10/2012 y su Decreto Reglamentario N°375/12	Ley que garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo hasta la 12ª semana, en general, en base a requisitos y determinadas condiciones, y establece situaciones de excepción.
Ley 18.426 (Derechos en Salud Sexual y Reproductiva) del 1/12/2010 y su Decreto Reglamentario N°293/10	Garantiza condiciones para el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) de la población, promueve políticas nacionales al respecto y establece la implementación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en las instituciones prestadoras de salud, así como la

	<p>instalación de Equipos Coordinadores de Referencia en dichos servicios, atención de mujeres en situación de embarazo no deseado según la Ordenanza 369/04, entre otros.</p> <p>Establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a la información y acceso a servicios de salud, incluso los de SSyR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta (incorporación al Código de la Niñez y la Adolescencia del Art. 11 bis).</p>
<p>Ley 18.335 (Ley de Derechos y Obligaciones de los Usuarios de Salud) del 15/08/2008 y su Decreto Reglamentario N°274/10</p>	<p>Regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a sus trabajadores de la salud y a los servicios de atención. Regula el consentimiento informado, que es un derecho del paciente y deber de obtención por parte del profesional de salud.</p>
<p>Ley 18.331 (Ley de Habeas Data) del 11/08/08 y Decreto Reglamentario N°414/09</p>	<p>Aplica a la protección de los datos personales registrados en cualquier soporte que los haga pasibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso de estos datos por los ámbitos público o privado.</p>
<p>Ley 18.211 del 5/07/2007 y Decreto Reglamentario N°2/08</p>	<p>Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país. Establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud y la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Define su integración, y crea la Junta Nacional de Salud.</p>
<p>Ley 17.826 Código de la Niñez y la Adolescencia del 7/09/04</p>	<p>Aplica a los seres humanos menores de 18 años (niño hasta los 13 años de edad, y adolescente a los mayores de 13 y menores de 18), estableciendo que son titulares de derechos, deberes y garantías por su calidad de personas humanas. Derechos que serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, debiendo en todo caso ser oídos y obtener respuestas.</p>
<p>Ley 18.270 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes del 19/04/2008</p>	<p>Establece que las personas entre los 15 y los 24 años se consideran jóvenes y son sujetos y titulares de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos por dicha Convención.</p>

Población Objetivo

Interrupción del embarazo durante las primeras **12 semanas de gestación**, inclusive, solicitada por mujeres con situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

- 1.1 Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas.
- 1.2 Mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación.
- 1.3 Mujeres declaradas incapaces judicialmente cuyo curador/a solicita la interrupción voluntaria de la gestación.

Situaciones excepcionales en las cuales la definición de la IVE no exige la actuación del equipo interdisciplinario previsto por la ley, requiriendo la voluntad de la mujer.

- 1.4 **Violación:** Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo producto de una violación, acreditada con constancia de denuncia judicial dentro de las 14ª semana de gestación.
- 1.5 **Grave riesgo para la salud de la mujer:** mujer cuya condición de gravidez implique un grave riesgo para su salud biopsicosocial.
- 1.6 **Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina:** Mujer embarazada en quien se verifiquen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

En todos los casos, sin excepción, se trata de ciudadanas uruguayas naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año. O bien, Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores inhabilitadas, durante las primeras doce semanas de gestación, inclusive.

2. Atención/orientación pre aborto

Primera Consulta – Expresión de voluntad de interrumpir la gestación:

consulta que desencadena el proceso, y que se podrá realizar ante médico de cualquier disciplina, pero debe realizarse ante un prestador integral de salud. En caso que la mujer exprese su voluntad ante un profesional que no pertenece a un prestador integral –policlínica de emergencia móvil, policlínica comunitaria, etc.- será conveniente que se le explique la necesidad de consultar en el menor plazo posible a su prestador integral correspondiente. También se le podrá derivar a la LÍNEA SIDA, SEXUALIDAD Y DERECHOS, 08003131, línea telefónica comunitaria nacional para apoyar el asesoramiento sobre derechos y plazos.

Requisitos necesarios para habilitar la IVE, que deberán constatarse en la primera consulta:

a) Expresión verbal de la voluntad de la mujer.	
b) Ciudadana natural o legal, o extranjera con residencia no menor de un año:	<ul style="list-style-type: none">• Ciudadana natural o legal: verificar en base al documento de identidad.• Extranjera con residencia al menos por un año: verificar antecedentes en su historia clínica, o la antigüedad como beneficiaria del prestador de salud, u otra constancia de autoridad nacional competente.
c) Edad gestacional por FUM (que luego podrá verificarse por ecografía):	<ul style="list-style-type: none">• Hasta 12^a semana inclusive en situaciones generales (situación 1 a 3)• Hasta 14^a semana inclusive (situación 4, violación)• Independiente de la edad gestacional en las situaciones excepcionales 5 y 6 (grave riesgo para la salud biopsicosocial de la mujer, y el proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina).

En caso de exceder los plazos estipulados por Ley 18.987 (12ª semana para situación 1 a 3, 14ª semana para situación 4), o si la mujer extranjera tiene residencia menor de un año, no aplica lo establecido previamente, debiendo asesorarse a la mujer sobre la disminución de riesgos y daños (Ley 18.425, Ordenanza 369/2004).

Durante esta primera consulta, el médico deberá:

1. En todos los casos, evaluar los requisitos básicos antes señalados (expresión de voluntad de la mujer, la edad gestacional por FUM dentro de los plazos, y la condición de ciudadanía).
2. Solicitar según situación clínica ecografía ginecológica para estimar la edad gestacional y/o el lugar de la implantación del embrión, y en todos los casos la clasificación del grupo sanguíneo y Rh. Los resultados de esta paraclínica deberán estar para la tercera consulta (a los seis días).
3. Si cumple los requisitos, enviar a la paciente a consulta con el equipo interdisciplinario de asesoramiento coordinado en cada institución para ese mismo día o para el inmediato siguiente, explicando claramente el proceso y los tiempos legales. La referencia a dicho equipo se realizará en forma segura y responsable.
4. Entregar a la mujer una indicación claramente escrita (Indicación IVE) explicándole la importancia de que la conserve y la presente ante el equipo interdisciplinario.
5. Reiterar el anterior registro en la historia clínica.
6. De tratarse de ginecobstetra o médico de familia, éste podrá:
 - 6.1 Realizar la evaluación clínica incluyendo examen general que descarte factores de riesgo que aumenten las complicaciones de la IVE, y examen genital para evaluación del útero y los anexos.
 - 6.2 De requerirse otra paraclínica (ej.: hemograma en caso de anemia) será solicitada. La realización de estos exámenes no retardarán el proceso de atención.
 - 6.3 Tratar infecciones genitales si las hubiera.
 - 6.4 Asimismo, si esta primera consulta es realizada por ginecobstetra, deberá considerarse parte del asesoramiento del equipo interdisciplinario requerido por la ley (2ª consulta), debiendo incorporar el asesoramiento citado seguidamente, y asegurar la continuidad del mismo por parte del resto de los profesionales (área salud mental y social). Igualmente no podrá aprovecharse la atención de equipos interdisciplinarios ya existentes (Espacio Adolescente, Equipo Coordinador de Referencia, Equipo de Salud

Mental) para minimizar los tiempos y hacer coincidir la 1ª y 2ª consulta.

Segunda Consulta– Asesoramiento por Equipo Interdisciplinario.

Entrevista de la mujer con el equipo interdisciplinario pautado por la ley –al menos 3 profesionales, área ginecológica, de salud mental y social-, que asesora sobre derechos y procedimientos, evalúa la paraclínica, y propone volver en 5 días con la decisión.

Esta consulta debe realizarse el mismo día o al día siguiente de la primera consulta, para asegurar el cumplimiento de los plazos. La institución definirá la integración de otros profesionales en el/los equipos interdisciplinarios (médico de familia, obstetra partera, licenciada de enfermería), que puedan contribuir con el asesoramiento si corresponde. **Éstos deberán tener una actuación articulada que contemple lo siguiente:**

1. Detectar situaciones de riesgo biopsicosocial y gestionar las acciones pertinentes.
2. Registrar, con su firma en la historia clínica, el deseo de la mujer de convocar al progenitor de dicha gravidez para brindarle información acerca del procedimiento. En este caso se otorgará cita en los próximos 5 días o se promoverá su concurrencia conjunta con la mujer, según corresponda.
3. Abstenerse de denegar o autorizar la IVE, explicando a la solicitante que luego de 5 días podrá volver con su decisión al ginecobstetra, y su decisión será respetada.
4. Habilitar posible nueva consulta intercurrente antes del quinto día, si así lo desea.
5. Convocar al 5º día luego del lapso de reflexión (contado desde la 1ª atención del equipo interdisciplinario), aclarando el tiempo máximo de posible concurrencia, en función del plazo legal.
6. Asegurar la confidencialidad del proceso de consulta.
7. Registros:
 - 7.1 Abrir o continuar el registro en el Formulario IVE agregándole la Constancia de Asesoramiento – Formulario de Consentimiento.
 - 7.2 Registrar en la historia clínica.

Tercera Consulta– Expresión final de voluntad. Consulta con ginecobstetra que recibe la expresión final de la voluntad de la mujer –ratificación de su decisión

de interrupción del embarazo, rectificación. En caso de ratificación de la voluntad, se aplicarán las recomendaciones técnicas basadas en evidencia para la IVE.

3. Manejo del aborto

Métodos para la interrupción voluntaria del embarazo

El método farmacológico es el considerado como la primera alternativa para llevar a cabo el proceso de interrupción. Para ello, se le debe explicar a la mujer las ventajas de este régimen farmacológico en base a la evidencia científica disponible, la experiencia de éste a nivel nacional y las condiciones sanitarias actuales.

Aborto farmacológico

Mifepristona seguida de Misoprostol: método de excelencia debido a la disminución del tiempo de expulsión, por tener menos efectos secundarios, una mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos económicos.

La Mifepristona será administrada siempre vía oral, siendo la dosis recomendada de 200 mg (1 comprimido). Por su parte, la dosis recomendada de Misoprostol es de 800 mcg (4 comprimidos). La vía de administración más recomendada es por vía vaginal por presentar menos efectos secundarios. En caso de administración oral (la menos recomendada por su alto índice de fracaso) la dosis de Misoprostol será de 400 mcg.

- Vías de administración:
 - Bucal o Yugal: Los comprimidos son colocados entre las encías y las mejillas. Luego de 30 minutos esperando que se disuelvan se debe tragar el resto de pastillas que quede en la boca.
 - Sublingual: Los comprimidos son colocados bajo la lengua y luego de 30 minutos se debe tragar el contenido restante.
 - Vaginal: Los comprimidos son colocados en el fondo del saco vaginal y la mujer debe permanecer en cama al menos durante 30 minutos.

Para embarazos hasta 9 semanas: Misoprostol administrado 1 a 2 días (24-48 hrs.) después de la Mifepristona (nunca antes de las 24 horas)

Para embarazos mayores de 9 semanas: La dosis de Misoprostol se debe hacer después de las 36 horas de administrada la Mifepristona (tiempo recomendando entre las 36 y 48 horas)

En caso de no tener disponible la Mifepristona el método a elección será el Misoprostol solo. Se recomienda la administración de 800 mcg de Misoprostol vía oral o sublingual, repitiendo la misma dosis 4 horas después de aplicada la primera.

En casos de que no resulte la expulsión 48 horas después de aplicada la dosis de Misoprostol se debe repetir la dosis un máximo de 3 veces de 800 mcg con intervalos de al menos 3 horas.

Para la atención de la mujer es necesario explicar que debe esperar el sangrado y expulsión, así como las maneras de reconocer los casos que necesitan una consulta inmediata y donde recurrir en caso de que suceda. Es bueno recomendar que la mujer este acompañada por alguien de confianza durante todo el proceso, a su vez, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindar apoyo. Para estos efectos se encuentra disponible en todo el país la Línea Comunitaria.

Aborto Médico

Técnicas de vaciamiento uterino

El régimen quirúrgico solo es justificado en casos en que no pueda utilizarse el método farmacológico. La primera opción en este caso es la aspiración de vacío (AMEU), el cual no necesita complementarse con el legrado evacuador. Si no se tiene acceso a este método (AMEU) se debe optar por el legrado con dilatación y curetaje (DyC)

Antes de realizar un aborto quirúrgico se recomienda preparar el cuello uterino:

- 400 mg de Misoprostol vía sublingual o vaginal 3 horas antes del procedimiento
- 200 mg de Mifepristona oral entre las 24 y 48 horas antes

La elección del método de preparación dependerá de la disponibilidad del lugar.

En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos se debe administrar inmunoprofilaxis con gama globulina anti-D antes del aborto médico.

4. Atención post aborto

Cuarta Consulta – Control post IVE ante ginecobstetra, obstetra partera o médico de familia (de preferencia ante el ginecobstetra que indicó la IVE). Esta consulta es muy importante, a efectos de asegurar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, y completar la información que requiere el Ministerio de Salud Pública.

En esta consulta el profesional deberá:

1. Realizar la evaluación clínica de la paciente post IVE, y eventualmente paraclínica (ecografía post IVE)
2. Diagnóstico y atención de eventuales complicaciones que puedan afectar cualquier área (biopsicosocial).
3. Orientar y asesorar sobre futuros embarazos, anticoncepción, acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
4. Referir para atención integral de salud a médico o equipo de referencia.
5. Esta consulta debe ser informada al ECR. La institución definirá el mecanismo pertinente conservando la confidencialidad del proceso.

En caso de falta de concurrencia a la cita post IVE, la institución definirá un procedimiento de búsqueda activa que sin comprometer la confidencialidad promueva el control post IVE y gestione posibles riesgos.

El proceso asistencial hasta la IVE (consultas 1 a 3, incluyendo tiempo de reflexión), no deberá exceder los 7 días a partir del momento de la primera consulta, siempre que la mujer disponga del plazo mínimo de reflexión (5 días). Si la mujer desea un plazo mayor de reflexión se debe respetar el mismo, informado sobre el plazo máximo para proceder a la IVE en el marco de la ley. La institución y sus técnicos deberán extremar esfuerzos para abreviar los tiempos de demora asistencial, en particular en las situaciones de consulta inicial próximas a las 12 semanas de gestación.

Para el manejo del dolor post aborto se recomienda para ambos métodos (farmacológico y quirúrgico) la prescripción de analgésicos. Se sugiere el uso de Ibuprofeno en dosis de 400 mg desde el inicio del procedimiento, repitiendo cada 4-6 horas, siendo la dosis máxima de ingesta 2400 mg.

PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

1. Colombia: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Propósito

Esta Política tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), y coincide con la estructura y las indicaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión prioritaria de "Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos", para que todas las personas a lo largo y ancho del país se desarrollen en condiciones de bienestar.

Alcance

Los contenidos definidos en la PNSDSDR comprometen al sector salud como ente rector, y a otros agentes intersectoriales que por sus responsabilidades y competencias están involucrados en la ejecución de las acciones, en cualquier parte del territorio nacional; quienes en sintonía con sus funciones deben establecer o construir los contactos, conexiones, coordinaciones, alianzas y sinergias pertinentes, para incidir sobre los logros en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y apuntar al desarrollo de los territorios y de las diversas poblaciones que los habitan.

Objetivo General

Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos.

Objetivos específicos

- Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el

cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social.

- Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud.
- Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género.
- Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades como forma de garantía del derecho.
- Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva.
- Facilitar el acceso permanente a la información, apropiación de contenidos y significados relacionados con sexualidad, reproducción, derechos sexuales, derechos reproductivos y salud, a través de la disposición de todos los medios pedagógicos y de democratización del conocimiento desde el sector de la salud y otros sectores como el educativo, que faciliten la comprensión integral de la sexualidad y la reproducción y sus relaciones con los determinantes sociales y culturales.
- Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables que posibiliten la decisión sobre la paternidad y la maternidad, desde el reconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos, como forma de respeto de la diversidad individual, social y cultural.
- Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva.
- Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción; sin limitación derivada de juicios valorativos sobre el sexo, el género y el ejercicio de la sexualidad, mediante la movilización de expresiones y contenidos afirmativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

2. El Salvador: Política de Salud sexual y reproductiva

Objetivo general

Garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad.

Objetivos específicos

- Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva y sus determinantes en el ciclo de vida.
- Fortalecer la atención integral e integrada en SSR, dentro de la red de servicios del sector salud.
- Desarrollar acciones integrales e integradas de atención en salud sexual y reproductiva con grupos vulnerables históricamente excluidos.
- Promover la prevención, detección, atención a la violencia asociada a la SSR en el ciclo de vida, con énfasis en la violencia sexual, violencia intrafamiliar y trata de personas.
- Potenciar la organización, participación y la corresponsabilidad social y ciudadana, en la promoción de la salud sexual reproductiva y sus determinantes, de acuerdo a necesidades específicas, según la etapa del ciclo de vida.
- Impulsar la intersectorialidad, para contribuir en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la atención adecuada en Salud Sexual y Reproductiva.
- Garantizar la gestión y sostenibilidad en la implementación de la Política Nacional de SSR.
- Desarrollar el enfoque de género en la SSR, que visibilice las necesidades específicas y diferenciadas de atención de mujeres y hombres y la manera de abordarla.

3. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

Objetivos específicos

- Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención de la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con ello nos acercaremos a la vigencia de los derechos a una vida sexual plena, digna, saludable y responsable.
- Ayudar a las parejas, y personas a lograr sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos.
- Mejorar la calidad de atención en aspectos de planificación familiar y mantener el principio de elección voluntaria e informada.
- Mejorar la salud y nutrición de las mujeres embarazadas.
- Reducir la morbi-mortalidad materna vinculada al proceso reproductivo, incluyendo al aborto.
- Permitir que la mujer ejerza el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin coerción, discriminación ni violencia.
- Proteger y promover los derechos de los adolescentes en materia de información y servicios en salud sexual y reproductiva, incluyéndolos en su planificación y seguimiento.
- Reducir la morbi-mortalidad de adolescentes por HIV/SIDA.
- Atender con confidencialidad a su salud mental, su inserción familiar, educativa y laboral, el esparcimiento y tiempo libre, coordinando con todo el sistema de salud.
- Garantizar la accesibilidad a exámenes y aumentar la realización de estudios preventivos así como brindar apoyo y seguimiento a las nuevas madres adolescentes hace que el acceso deba ser constante y pleno a métodos anticonceptivos de calidad y al seguimiento de sus realizaciones de vida.
- Esto incluye la atención de salud mental para adolescentes que hayan experimentado cualquier forma de violencia.
- Los servicios de salud, para cumplir con estos objetivos tienen que garantizar una atención de calidad, respetando la confidencialidad basada en evidencias, respetuosa y humanizada.
- Establecer los criterios para prestar atención integral en salud de calidad y desde una perspectiva de género a la mujer durante la perimenopausia y la postmenopausia y en la tercera edad.
- Disminuir la morbi-mortalidad de las mujeres vinculada a patologías derivadas del climaterio y del envejecimiento femenino.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres durante estos períodos de la vida. A través de su integración plena y el reconocimiento a sus potencialidades.
- Garantizar el acceso universal a las técnicas diagnósticas y a los tratamientos de las mujeres durante el período del climaterio y en la tercera edad.

- Disminuir mediante la detección y prevención la morbilidad y mortalidad debida a violencia contra la mujer y los jóvenes.
- Garantizar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas que sufren violencia en todos los niveles de la atención de la salud.
- Incorporar al esquema de Atención de la Salud, un modelo de Atención y Prevención Integral de la Violencia Doméstica con perspectiva de género que desarrolle acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de las personas afectadas, mediante una atención integral de calidad (oportuna, eficaz, humana y equitativa).
- Promover campañas que eduquen a la población sobre la incidencia de hipertensión arterial y la diabetes mellitus en la población femenina y sus consecuencias sobre la morbilidad y mortalidad y la calidad de vida.
- Prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad de mujeres por cáncer de mama.
- Prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad de mujeres por cáncer cérvicouterino.
- Prestar atención de calidad a las mujeres con cáncer ginecológico con perspectiva de calidad en la atención en la perspectiva de género.
- Identificar los problemas fundamentales en esta área de la salud de las mujeres desde la sociedad civil y los gobiernos.
- Proponer una agenda estratégica para proponer su instrumentación en la práctica social y en el sistema de salud.
- Visualizar la situación de las mujeres en el Plan de salud mental nacional.
- Recabar informaciones e investigaciones al respecto.
- Capacitar a los equipos de salud en estas temáticas y consecuencias
- Incluir estudios e investigaciones realizados recientemente sobre la
- Condición del Varón en el país y la región para su extensión a los programas.
- Promover nuevos estudios cualitativos y relacionales en diferentes grupos humanos y cómo ellos impactan en la salud de las mujeres.
- Incorporar la condición masculina en la atención de patologías específicas del sexo masculino.
- Incorporar en los programas y capacitaciones del sector salud la necesidad de incorporar una mirada de género que alicie cambios sustanciales en las actitudes tradicionales de los varones.
- Revisar, garantizar y capacitar dentro del Sistema de Salud para el cumplimiento de los distintos convenios que el país ha firmado en relación a la salud de las mujeres en el trabajo: protección de la maternidad, acoso sexual.
- Promover investigaciones e incorporar las existentes para llegar a un diagnóstico específico sobre la Salud de la Mujer trabajadora con una perspectiva de género a nivel nacional.
- Consolidar en el programa un área que se refiera especialmente a estas situaciones.
- Recopilar informaciones e investigaciones actuales.
- Llegar a un diagnóstico de situación.
- Identificar la situación de salud de estos grupos a nivel nacional.

- Promover investigaciones y estudios en la academia que lo registren y eduquen sobre sus creencias específicas en relación a su cuerpo y su salud para ser atendidas respetando sus opciones y creencias.
- Iniciar un proceso en los equipos de salud que atiendan las características de los mismos y desalienten la discriminación que sobre ellas se ejerce.
- Tener en cuenta en cada una de las normativas elaboradas sus especificidades a fin de incorporarlas plenamente a la atención integral de su salud con niveles de excelencia en la calidad.

Bibliografía

- Clínicas Abortos MX. (s/f). Después de un Aborto. 22 de abril de 2017, de Clínicas Aborto MX Sitio web: <http://www.clinicasabortos.mx/aborto/despues-de-un-aborto/sub108>
- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica*. Brasília, D.F: Ministério da Saúde, 2º Edición.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2012). *Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia*. San Salvador: Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2007). *Normas técnico-administrativas y Manual de Procedimientos. Programa de Salud Integral de la Mujer. Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido*.
- Ministerio de Salud Pública & Programa de Salud Integral de la Mujer. (2013). *Guías en salud sexual y reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2015). *Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del post-aborto y sus complicaciones*.
- Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. (2013). *Manual y Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.
- Ministerio de Salud Pública, Uruguay. (2005). *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres Colombianas*. Bogotá, D.C: MSPS/UNFPA.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.
- Ministerio de Salud. (2012). *Política de Salud Sexual y Reproductiva*. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador.
- Secretaría de Salud Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. (2008). *Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas*.

Bibliografía web

Gaceta oficial del Distrito Federal. (2006). Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal: Recuperado de: <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r13911.htm>

Gaceta Oficial del Distrito Federal. (2012). Órgano de difusión del Gobierno del Distrito Federal. Disponible en: http://condesadf.mx/pdf/Gaceta_20Jun2012.pdf

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Código Penal de la Nación Argentina. Libro segundo de los delitos TITULO I Delitos contra las personas Capítulo I Delitos contra la vida. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>

Ministerio de Salud (2009) *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.* Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>

Ministerio de Salud de Panamá. (2015). *Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Materno Infantil.* Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf

Ministerio de Salud. (2007). *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no punibles Secretaría de Programas Sanitarios. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Recuperado de: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/Guia-ANP-ResMin1184.pdf

Ministerio de Salud. (2015) Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Recuperado de: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/760/2%20Argentina%20Vuntary%20Interruption%20of%20Pregnancy%20Protocol%20-Protocolo%20ILE%20Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Salud. (2016). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

Ministerio de Salud. (s/f). Protocolo de Atención Integral de los Abortos no punibles, Provincia de Buenos Aires, Resolución Ministerial nº 3146/12. Recuperado de: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/bsaspcia-2012.pdf

Ministerio Público de Panamá. (s/f). *Violencia Doméstica. Estadísticas Judiciales*. Recuperado de: <http://ministeriopublico.gob.pa/estadisticas-judiciales/violencia-domestica/>

Ministerio Público de Panamá. Procuraduría General de la Nación. (2015). *Texto único del código penal de la República de Panamá (Comentado)*. Recuperado de: http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_pan_res_ane_act_corr_2.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *La OPS/OMS llama al sector de la salud a fortalecer sus respuesta de atención a las mujeres sobrevivientes de violencia*. En el marco de la conmemoración del 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, Washington, D.C. Recuperado de: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=717:la-ops-oms-llama-sector-salud-fortalecer-sus-respuestas-atencion-mujeres-sobrevivientes-violencia&catid=671:pan.01-gerencia-y-coordinacin&Itemid=303

Resolución Provincial 0612 Gobierno de Santa Fe. (2012). Santa Fe adhiere a la "Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles. Extraído de la página web constitucional del Gobierno de Santa Fe, área de Salud. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/139666/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/139666/(subtema)/93802)