



PERIÓDICO OFICIAL

DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO

Martes 06 de Febrero de 2024

Año CV

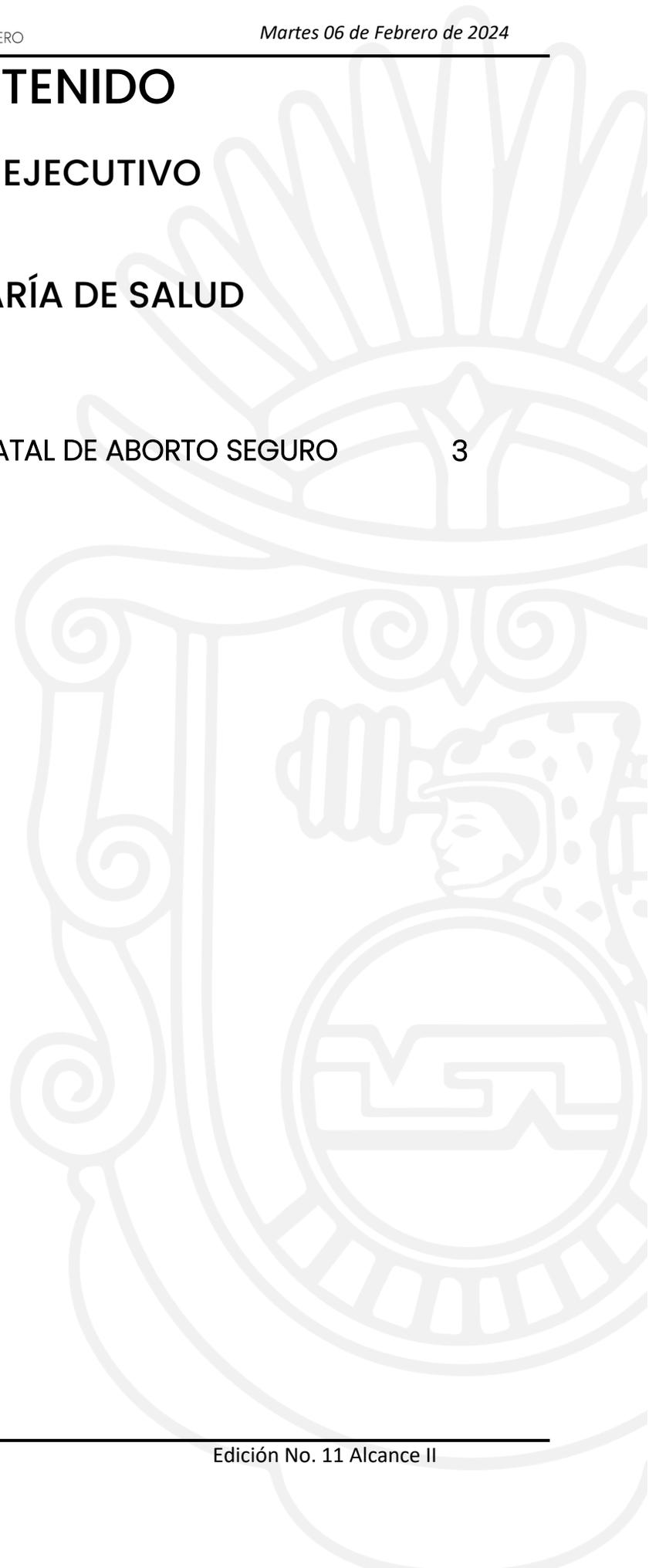
Edición No. 11 Alcance II

CONTENIDO

PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA ESTATAL DE ABORTO SEGURO 3



PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA ESTATAL DE ABORTO SEGURO.



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO

GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA ESTATAL
DE ABORTO SEGURO





TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



DIRECTORIO

Mtra. Evelyn Cecilia Salgado Pineda

Gobernadora Constitucional del Estado de Guerrero

Dra. Aidé Ibarz Castro

Secretaria de Salud del Estado de Guerrero

Dr. Raúl López Roque

Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades
de la Secretaría de Salud Guerrero

Dra. Alondra García Carbajal

Directora de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud Guerrero

Lic. Erika Salgado García

Directora General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
de la Secretaría de Salud Guerrero

Dra. Digna Guzmán Hernández

Subdirectora de Atención Médica de la Secretaría de Salud Guerrero

Dra. Isabel Alejandra Pacheco Martínez

Jefa del Departamento de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud Guerrero

Mtro. Manuel De la Cruz Candela

Coordinador Estatal de los Componentes Aborto Seguro y Violencia Sexual y de Género de la Secretaría de
Salud Guerrero

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Act. Yolanda Varela Chávez

Directora General Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Mtra. May Wejebe Shanahan

Directora de Violencia Intrafamiliar

Mtra. Susana Patricia Collado Peña

Dra. María del Pilar González Barreda

Mtra. Adriana Pérez Arias

Lic. Martha Elena Leal Chávez

Lic. Monserrat Hernández Ramírez

Equipo Técnico de Aborto Seguro del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Mtra. María Antonieta Alcalde Castro

Directora General de Ipas LAC – Latinoamérica y el Caribe

Lic. Daniela Francisca Díaz Echeverría

Gerente de Incidencia de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar MEXFAM



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



ELABORADO POR:

Directora de Servicios de Salud

Dra. Alondra García Carbajal

**Coordinador Estatal del Componente Aborto Seguro
y Violencia Sexual y de Género**

Mtro. Manuel de la Cruz Candela.

Responsable del Área Médica del Componente Aborto Seguro

Dra. Sheila Pamela Galeana Ramos

EQUIPO ESTATAL DEL COMPONENTE ABORTO SEGURO:

Lic. Psic. Soledad Donagit Piza Bernal

Lic. Enfría. Carolina Cabañas Bolaños

Lic. Psic. Cristina Antaño

COLABORACION, REVISIÓN Y AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos la revisión técnica y los valiosos aportes de:

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

IPAS LATINOAMERICA Y EL CARIBE

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA

DEPARTAMENTO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DEPARTAMENTO DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN A LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

COMPONENTE DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO DEL ESTADO DE GUERRERO



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



ÍNDICE

- 1 Glosario de Abreviaturas
- 2 Introducción
- 3 Antecedentes
- 4 Justificación
- 5 Marco Legal y Normativo
- 6 Marco Conceptual y Definiciones
- 7 Directrices y Criterios para la Atención Médica del Aborto Seguro
- 8 Estrategias, Metas e Indicadores
- 9 Principios Guía del Programa
- 10 Referencias Bibliográficas y Documentos de Consulta

1. Glosario de Abreviaturas

- AEEU: Aspiración Eléctrica Endouterina
- AMEU: Aspiración Manual Endouterina
- AVGM: Alerta de Violencia de Género Contra Las Mujeres
- DIF: Desarrollo Integral de la Familia
- DIU: Dispositivo Intrauterino
- FGE: Fiscalía General del Estado
- SEMUJER: Secretaría de la Mujer
- SEJUVE: Secretaría de la Juventud y la Niñez.
- ILE: Interrupción Legal del Embarazo
- IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
- MCG: Microgramos
- MFIU: Muerte Fetal Intrauterina
- NOM: Norma Oficial Mexicana
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OTB: Oclusión Tubárica Bilateral
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

2. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4o. párrafo cuarto que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley

definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, y definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas.¹

Una sexualidad saludable, elegida, sin riesgo y libre de violencia es central para el bienestar de los individuos y las sociedades; impacta diversas esferas de la vida de toda persona, desde la salud reproductiva hasta la salud mental; debe situarse en el contexto de los derechos sexuales, en particular los derechos de igualdad y no discriminación, autonomía e integridad corporal, el derecho al estándar de salud más alto factible y a la libertad de expresión.²

En México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) es el órgano rector a nivel nacional que propone las políticas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva. Tiene como atribución el establecimiento de las especificaciones técnicas de equipos e insumos, propuestas de capacitación y actualización del personal de salud en esta materia. Además, coordina, supervisa y evalúa la calidad de la prestación de los servicios de salud y define criterios para la evaluación operativa en las entidades federativas con el propósito de promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y lograr la equidad de género en materia de salud.¹

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para la salud integral de las personas; inciden en el bienestar individual, en el desarrollo social y económico de las comunidades y de las naciones. Para garantizar estos derechos se requieren políticas públicas progresistas que garanticen a todas las personas el acceso a servicios de salud que respeten la toma de decisiones informadas y autónomas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. Desafortunadamente, respetar los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y personas con la capacidad de gestar en México y en particular en el Estado de Guerrero, eran derechos olvidados, estigmatizados y poco difundidos, de tal forma que era fácil abusar, violentar y vulnerar a nuestras niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad para gestar, generando incrementos de enfermedades de transmisión sexual, VHI, VPH y embarazos no deseados, que obligaban a esta población, a aceptar una condición no planeada, ni deseada. Sin embargo, también trajo un aumento en la incidencia de abortos clandestinos que ponen en riesgo la salud y la vida de estas personas.

El programa Estatal de Aborto Seguro en el Estado de Guerrero (en adelante Programa Estatal) ha sido diseñado con el objetivo de garantizar el acceso de todas las mujeres, niñas,

adolescentes y toda persona con capacidad de gestar a servicios de calidad, oportunos, gratuitos, inmediatos, adecuados, accesibles e integrales para la interrupción del embarazo de acuerdo con el Marco Legal Vigente. Tiene la intención de fortalecer el marco normativo y ser un referente para los profesionales de la salud, que permita garantizar de manera ordenada los servicios de atención, orientación y seguimiento de las usuarias en todas las instituciones del Sector Salud.

3. ANTECEDENTES

El aborto sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, se realizan en promedio 25 000 000 (veinticinco millones) de abortos inseguros en todo el mundo, representando el 45% de todos los abortos ocurridos en el año; según un nuevo estudio de la OMS y el Instituto Guttmacher publicado en *The Lancet*, la mayoría de los abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo: África, Asia y América Latina. Cuando las mujeres y las niñas no pueden acceder a servicios eficaces de anticoncepción y aborto seguro, hay graves consecuencias para su propia salud y la de sus familias. Pese a la evidencia y a los recientes avances en materia de tecnología, siguen produciéndose abortos peligrosos y las mujeres continúan sufriendo y muriendo. Cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios calificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo. (OMS y el Instituto Guttmacher – 28 de septiembre de 2017 Comunicado de prensa Ginebra).³

El aborto no es seguro cuando lo practica una persona carente de la capacitación necesaria, cuando se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias (OMS, 2021). De este modo, la salud y la vida de toda mujer con un embarazo no deseado y sin acceso a servicios de aborto seguro, se encuentran en situación de riesgo. Desde la Agenda de Derechos Humanos, es un tema que no solo se trata de salud pública, sino de justicia social y de defensa del derecho a la igualdad y la no discriminación. Las mujeres con recursos económicos tienen acceso a procedimientos de aborto seguro en clínicas o consultorios privados e incluso viajan a lugares con contextos no restrictivos. No obstante, particularmente las mujeres, niñas o adolescentes con limitados recursos económicos son quienes, en contextos restrictivos, se encuentran en peligro de morir o afectar su salud. (OMS – 25 de noviembre de 2021)⁴

Las restricciones legislativas que existen en México, el desconocimiento del marco jurídico de los derechos humanos nacionales e internacionales, las normas mexicanas, leyes nacionales y estatales, requisitos, y las creencias e ideas arraigadas en el personal de salud que atiende estos casos (particularmente los estereotipos y roles de género), ocasionan que frecuentemente la interrupción del embarazo se lleve a cabo a través de prácticas inseguras por personal no capacitado o cualquier otra persona sin conocimientos técnicos contribuyendo con las elevadas tasas de mortalidad materna asociadas al aborto.

De acuerdo con la Dirección General de Epidemiología (DGE) en el informe semanal de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, en 2023 el aborto fue la tercera causa de muerte materna, representando el 9% del total de estas causas. Sin embargo, prevenir los casos de muerte materna a causa de un aborto, es posible a través de la educación integral en sexualidad, uso de métodos anticonceptivos eficaces, prácticas de abortos seguros, y atención oportuna de las complicaciones, entre otras.

En 2011, el Estado mexicano elevó a rango constitucional las obligaciones internacionales para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Esta reforma brinda un enfoque y análisis de derechos humanos que permite la aplicación del principio pro persona en aquellas situaciones en que los servicios de aborto resultan inaccesibles o existe un marco legal restrictivo, para favorecer en todos los casos el ejercicio al acceso a un aborto seguro que permita garantizar los derechos reproductivos y el derecho de vivir una vida libre de violencia en beneficio de las mujeres y personas gestantes que soliciten este servicio.⁵

Por su parte, el Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), ha manifestado que las prácticas discriminatorias se reflejan en acciones u omisiones que obstaculizan, restringen o menoscaban el goce de los derechos, tal es el caso del acceso de las mujeres a la atención médica y de salud reproductiva. En este sentido, organizaciones de la sociedad civil como el Grupo de Información de Reproducción Elegida (GIRE) refieren que las mujeres con mayor carencia económica, falta de acceso a educación y mujeres indígenas tienen más probabilidades de tener un aborto en condiciones inseguras que las mujeres con mayores posibilidades económicas, mayor educación y que no pertenecen a etnias indígenas. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, refiere que la negativa para prestar servicios de salud reproductiva en condiciones legales es discriminatoria

La discriminación relacionada con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es una constante en el país, esto se desprende por ejemplo de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2019), realizada por el Instituto

Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) señalan que el 49.7% de las mujeres de 15 años y más han padecido de violencia sexual a lo largo de su vida, de estas el 23.3% la ha padecido en los últimos 12 meses, el 6.9% de las mujeres, ha sido obligada por su pareja a tener relaciones sexuales y, aun sin su consentimiento, a realizar prácticas que impactan en el estado psicológico de las mujeres y el desarrollo óptimo de la personalidad en el caso de las adolescentes.

En el Estado de Guerrero 1,743,207 (un millón setecientos cuarenta y tres mil doscientos siete) de sus habitantes son mujeres (INEGI, 31 de enero del 2023), lo que equivale al 51.44% de la población Guerrerense; pese a que se reporta sólo 28.8% de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas a partir de 15 años, el número de embarazos adolescentes ha aumentado, por lo que el aborto inducido es a menudo la respuesta a la necesidad insatisfecha de anticoncepción, a las fallas anticonceptivas, a los embarazos no deseados y a la violencia sexual. El aborto inseguro y sus complicaciones consumen recursos esenciales del sistema de salud, ya que uno de cada diez eventos hospitalarios en las mujeres es por esta causa.

La Secretaría de Gobernación Federal, a través de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), **ha emitido en total dos declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres para el Estado de Guerrero**, que se enlistan a continuación:

- **EL 22 DE JUNIO DE 2017, SE DECLARÓ LA ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES POR VIOLENCIA FEMINICIDA** para 8 Municipios: Acapulco de Juárez, Ayutla de los Libres, Chilpancingo de los Bravo, Coyuca de Catalán, Iguala de la Independencia, Ometepepec, Tlapa de Comonfort y Zihuatanejo de Azueta. El 2 de octubre de 2018, se incorporó al Municipio de Chilapa de Álvarez al cumplimiento de las medidas establecidas en la declaratoria.
- **EL 5 DE JUNIO DE 2020, SE DECLARÓ LA ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES POR AGRAVIO COMPARADO.**
- **EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021 el GIM APROBÓ EL DICTAMEN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE DECLARATORIA DE ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES POR AGRAVIO COMPARADO PARA EL ESTADO DE GUERRERO**

El 29 de abril de 2022, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en materia de alerta de violencia de género contra las mujeres.

El 10 de junio de 2022, se ratificó la declaratoria de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres por violencia feminicida emitida para ocho municipios del estado de Guerrero y se incorporó al municipio de Chilapa de Álvarez.

Guerrero, es la primera Entidad Federativa del País, que incluye en su Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2027, las declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, con el objetivo de garantizar su atención y cumplimiento.

La Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (AVGM) es un mecanismo de protección de los derechos humanos de las mujeres único en el mundo, establecido en la **(LGAMVLV)** y su trámite para emitirla o concederla lo describe el Reglamento de dicha Ley. La cual consiste en un conjunto de acciones gubernamentales coordinadas, integrales, de emergencia y temporales realizadas entre las autoridades de los tres órdenes y niveles de gobierno, para enfrentar y erradicar la violencia feminicida en un territorio determinado; así como para eliminar el agravio comparado, resultado de las desigualdades producidas por ordenamientos jurídicos o políticas públicas que impiden el reconocimiento o ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, las adolescentes y las niñas, a fin de garantizar su pleno acceso al derecho a una vida libre de violencias.

La declaratoria de alerta de violencia de género contra las mujeres, se emitirá cuando:

- I. Exista un contexto de violencia feminicida caracterizado por el incremento persistente de hechos o delitos que involucren violaciones a los derechos a la vida, la libertad, la integridad y la seguridad de las mujeres, adolescentes y niñas en un territorio determinado;
- II. Existan omisiones documentadas y reiteradas por parte de las autoridades gubernamentales del cumplimiento de sus obligaciones en materia de prevención, atención, sanción, y acceso a la justicia para las mujeres, adolescentes y niñas, de conformidad con lo establecido en esta ley, y
- III. Exista un agravio comparado que impida el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres, adolescentes y niñas.

Así, la AVGM puede ser declarada por **violencia feminicida o por agravio comparado**. Al respecto, el Reglamento de la LGAMVLV señala lo siguiente:

- **ALERTA DE GÉNERO POR VIOLENCIA FEMINICIDA:** La declaratoria de alerta de violencia de género tendrá como finalidad detenerla y erradicarla, a través de acciones

gubernamentales de emergencia, conducidas por la Secretaría de Gobernación en el ámbito federal y en coordinación con las Entidades federativas y los Municipios.

- **ALERTA DE GÉNERO POR AGRAVIO COMPARADO:** La declaratoria de alerta de violencia de género por agravio comparado tendrá como finalidad eliminar las desigualdades producidas por un ordenamiento jurídico o políticas públicas que impidan el reconocimiento o el ejercicio pleno de los Derechos Humanos de las Mujeres protegidos en todos aquellos instrumentos internacionales reconocidos y ratificados por el Estado Mexicano, a través de acciones gubernamentales.

En la Ley número 553 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Guerrero. Título Cuarto Capítulo I de la Alerta de Violencia de Género, señala en su Artículo 34.- En casos de violencia feminicida y/o cuando haya declaratoria de alerta de violencia de género el Estado debe tomar las medidas para garantizar la seguridad de las mujeres y el cese de la violencia en su contra, para lo cual, el gobierno estatal y los gobiernos municipales deberán:

- I. Asignar los recursos presupuestales necesarios; (REFORMADA, P.O. 21 DE DICIEMBRE DE 2010)
- II. Implementar las acciones preventivas, de seguridad y justicia para enfrentar y abatir la violencia feminicida; (REFORMADA, P.O. 21 DE DICIEMBRE DE 2010)
- III. Elaborar reportes especiales sobre la zona y el comportamiento de los indicadores de violencia contra las mujeres; (REFORMADA, P.O. 21 DE DICIEMBRE DE 2010)
- IV. Establecer un grupo interinstitucional e interdisciplinario que le dé seguimiento a las políticas públicas establecidas; y
- V. Hacer del conocimiento público el motivo de las acciones y medidas implementadas y la zona territorial que abarcan.

En este sentido, el Programa Estatal de Aborto Seguro, da cumplimiento a la declaratoria de AVGM por Violencia de Agravio Comparado en Guerrero; contiene estrategias y acciones que se deberán desempeñar para hacer frente a la violencia por agravio comparado, los plazos para su ejecución y la asignación de responsabilidades definidas para cada una de las autoridades, con base en sus atribuciones. Además, se establecen los indicadores de seguimiento y cumplimiento de las acciones que realizará el Gobierno del Estado. La Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, cuenta con 6 Medidas específicas, de las cuales

para dar respuesta y cumplimiento a las recomendaciones del Grupo Interinstitucional y Multidisciplinario (GIM) nos enfocaremos a la medida No. 1:

Medida 1: Diseñar e implementar el Programa Estatal para la Interrupción Legal del Embarazo en los servicios de salud del Estado de Guerrero, garantizando un enfoque interseccional de derechos humanos y atendiendo la perspectiva intercultural y de género, garantizando un enfoque especial y diferenciado y atendiendo la perspectiva intercultural, esto tomando en cuenta los criterios señalados por la Suprema Corte de Justicia así como la alineación con los lineamientos del Programa Federal de Aborto Seguro del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

De lo anterior se desprenden las siguientes obligaciones para estos Servicios de Salud:

- Se deberá garantizar que en todas las Jurisdicciones Sanitarias del Estado se cuente con Centros de Salud en los que se provean los servicios seguros, oportunos, de calidad y gratuitos para la ILE, y que, en caso de no contar con los mismos, se asegure su canalización a aquellos en los que se presta el servicio; y deberá contar con personal de salud no objetor de conciencia, capacitado en los métodos de aborto seguro, tanto médicos como quirúrgicos.
- Registrar los abortos médicos llevados a cabo por tipo de causal legal; llevar un efectivo control de constitucionalidad y convencionalidad, a través de la aplicación de los principios de interpretación conforme y pro persona, en los casos relacionados con el delito de aborto, y garantizar la reparación integral del daño para las víctimas de violaciones a derechos humanos por la falta de acceso al aborto legal.

Por lo anterior, las autoridades y en particular la Secretaría de Salud, han asumido un esfuerzo importante, en cuanto a insumos, infraestructura, recurso humano, capacitación y coordinación interinstitucional. Por lo que, este Programa Estatal pretende informar, atender y garantizar dentro de los Servicios de Salud de Guerrero lo siguiente:

- La salud de las mujeres, niñas y las adolescentes y sus derechos humanos;
- La toma de decisiones informada y voluntaria;
- La autonomía en la toma de decisiones;
- La no discriminación;
- La confidencialidad y privacidad.

Es así como el Gobierno del Estado de Guerrero, a través del Poder Legislativo reformó diversos artículos relacionados con la penalización del aborto dentro del Código Penal el 17 de mayo del 2022, atenuante que llega para cumplir obligaciones del Estado asumidas

dentro de la AVGM por Agravio Comparado, al superar barreras legales en el acceso al aborto seguro, despenalizándolo hasta las doce semanas de gestación e incorporando las excluyentes del delito para las interrupciones posteriores a ese término, contribuyendo a la no criminalización de las mujeres.

4. JUSTIFICACIÓN

La Secretaría de Salud reconoce la necesidad de ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos por parte de las niñas, adolescentes, personas con capacidad de gestar y mujeres guerrerenses, especialmente aquellas que viven en pobreza, son víctimas de violencia de género, pertenecen a comunidades indígenas o afrodescendientes. Así, todas las unidades de salud del Estado, y por ende su personal deberá brindar las facilidades y asegurar el acceso a un aborto seguro, gratuito, integral y libre de estigma y discriminación, a las mujeres, niñas, adolescentes y personas gestantes que así lo soliciten. Todo ello con un enfoque de derechos humanos, intercultural con perspectiva de género y de calidad. Bajo ningún motivo se negará o retrasará la atención sanitaria, la provisión de información, y la referencia (en caso de aplicar) a la cual tienen derecho las personas, de lo contrario se puede incurrir en responsabilidad profesional.

El programa Estatal de Aborto Seguro es diseñado para dar cumplimiento a la AVGM por Agravio Comparado y establecer los criterios básicos de atención a nivel estatal, en las unidades de salud de 1º y 2º Nivel de Atención, para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro en el Estado de Guerrero, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en las directrices y recomendaciones internacionales, con la mejor evidencia científica disponible, el marco legal vigente, mediante servicios de salud integrales, seguros, oportunos y de calidad con perspectiva de género y de derechos humanos, aplicable en el sistema nacional de salud público y privado.

Generar en el Estado un Programa Estatal de Aborto Seguro, habla de la evolución social que Guerrero ha logrado en este ámbito; unificando criterios a través de entes normativos que faciliten el acceso oportuno, con calidad y sin desembolso al momento de solicitar el servicio.

Este documento pretende fomentar las buenas prácticas entre los prestadores de servicios y contribuir a la buena toma de decisiones basada en la evidencia y consideraciones que se deben tomar en cuenta para atender un aborto seguro.

5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

CONSIDERADOS:

- Que el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte y las garantías para su protección. También establece la obligación de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.
- Que el artículo 4º de la Constitución reconoce el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos; su derecho humano a la salud y la obligación del Estado Mexicano de garantizar que en todas las decisiones y actuaciones se vele y cumpla con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos.
- Que los artículos 3, fracción IV, 27, fracción IV y 13, apartado B., fracción I, de la Ley General de Salud establecen que la salud materno-infantil es materia de salubridad general y forma parte de los servicios de salud básicos en México por lo que corresponde a los Gobiernos de las Entidades Federativas, dentro de sus respectivas Jurisdicciones territoriales, la organización, operación, supervisión y evaluación de la prestación de estos servicios.
- Que el artículo 61 BIS de la Ley General de Salud reconoce expresamente el derecho de toda mujer embarazada a obtener servicios de salud con estricto respecto a sus derechos humanos.
- Que el artículo 50, fracciones V y VII, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece que para garantizarles su derecho al más alto nivel de salud posible todas las autoridades de todos los ámbitos y niveles de gobierno en México, en el ámbito de sus respectivas competencias, se deben coordinar para brindarles servicios de salud sexual y reproductiva y asegurarles la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- Que los artículos 6, fracción IV y 13 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero reconocen la obligación del Estado de expedir las leyes, programas de gobierno y políticas públicas que se requieran para garantizar el derecho a la salud integral y para establecer las medidas necesarias para la protección y el acceso a la salud de las mujeres y niñas de los pueblos indígenas y comunidades afroamericanas atendiendo, principalmente, a su salud sexual y reproductiva.
- Que con fundamento en el artículo 8, de la Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero la Secretaría de Salud es la autoridad rectora del Sistema Estatal de Salud, teniendo como objetivo impulsar integralmente los programas de salud en la Entidad, tanto en materia de salud pública como de atención médica, promoviendo la interrelación sistemática de acciones entre la Federación y el Estado; ejerciendo facultades de

autoridad sanitaria en su ámbito de competencia, con las atribuciones que le confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero.

- Que con fundamento en el artículo 11 BIS. Fracción II, de la Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero, la Secretaría de Salud tiene la atribución de establecer, dirigir y coordinar en congruencia con los planes nacionales y estatales, las políticas en materia de salud en el Estado.
- Que de acuerdo con el artículo 79, fracción I, de la Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero, la atención de la mujer durante el embarazo es prioritaria para el Sistema Estatal de Salud.
- Que conforme a los artículos 155 y 159 del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, en el Estado de Guerrero es legal interrumpir un embarazo hasta la décima segunda semana de gestación y en los supuestos previstos como excluyentes de responsabilidad penal del delito de aborto⁶.
- Que conforme a los artículos 5, 29, 30, fracciones IX y X y 35 de la Ley General de Víctimas y 215 BIS 2, 215 BIS 3, 215 BIS 4, 215 BIS 5, 215 BIS 6 y 215 BIS 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la interrupción voluntaria del embarazo o cuando el embarazo es resultado de violación es uno de los servicios de salud de emergencia médica a los que tienen derecho las mujeres víctimas de violencia sexual en México.
- Que la falta de acceso a servicios de aborto seguro es un problema grave de salud pública global, nacional y local que constituye un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna y afecta en su mayoría a las mujeres más vulnerables.
- Que, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, el acceso a servicios de aborto seguro y la atención de las complicaciones del aborto, junto con el acceso a la educación sexual integral y servicios de anticoncepción y planificación familiar, son medidas esenciales para prevenir la morbilidad y mortalidad materna, que reducen los costos del sistema de salud asociados a la atención de complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones inseguras.
- El aborto realizado con medicamentos (mifepristona y misoprostol) o Aspiración Manual Endouterina (AMEU), por profesionales capacitados y en condiciones higiénicas, es un procedimiento médico muy seguro con riesgos de complicaciones graves menores a 1 por cada 1000 procedimientos. Las clínicas de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México han reportado cero muertes durante la provisión de 252,760 atenciones de aborto seguro.
- Que la provisión de servicios de interrupción del embarazo forma parte de los servicios básicos de salud materno-infantil que debe proveer el Estado al ser una medida eficaz que permite garantizar a las mujeres decidir libremente el continuar o interrumpir un embarazo de manera segura en un marco de protección a sus derechos humanos.

- Que, por lo anterior, es responsabilidad del Estado de Guerrero garantizar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva de las mujeres mediante la organización y operación de los servicios para la interrupción del embarazo que brinde el Sistema Estatal de Salud, conforme al marco legal vigente.

5.1 SUPUESTOS LEGALES PARA LA INDUCCIÓN AL ABORTO

El aborto seguro forma parte de los servicios integrales esenciales de la salud de las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes; por ello en Guerrero existe un marco legal para llevar a cabo la interrupción del embarazo inducida por su voluntad a partir de diversos supuestos legales que se encuentran previstos en el Código Penal para el Estado de Guerrero de la siguiente forma:

1. En el artículo 159 V, con la inexistencia de delito, ya que la Reforma del 17 de mayo de 2022 despenaliza el aborto cuando se realiza dentro de las primeras doce semanas de gestación. No existe delito de aborto en las interrupciones dentro de ese periodo gestacional; por lo cual, debido a que las mujeres y personas gestantes podrían acudir a cualquier tipo de servicio de aborto en el ejercicio de su autonomía para elegir de entre sus opciones disponibles para realizarse un aborto, se vuelve indispensable, con fundamento en los artículos primero y cuarto constitucional, que los servicios de salud pública protejan y garanticen el acceso al aborto seguro dentro de ese periodo, teniéndolo disponible, accesible y gratuito, evitando con ello que acudan a las prácticas de aborto sin acompañamiento técnico y/o profesional adecuado.
2. Las excluyentes de responsabilidad penal en el artículo 159 del mismo ordenamiento, después de las 12 semanas completas y hasta la semana 22 de gestación. Después de doce semanas completas de gestación, el aborto inducido aún con el consentimiento de la mujer puede constituir delito; sin embargo, existen excluyentes de responsabilidad penal cuando se practica en ciertas circunstancias y dentro de las 22 semanas de gestación, ya que en ese periodo el producto es inviable, factor determinante para que se pueda hablar de "aborto".
3. Dentro de estas excluyentes del delito para el aborto inducido están el aborto por violación o inseminación artificial no consentida; peligro de muerte y de riesgo de afectación para la salud; y/o que el producto sea diagnosticado con alguna alteración que de por resultado un ser con trastornos físicos o mentales graves.
4. Cuando se acredite por cualquier medio que alguna autoridad le hubiese negado a la mujer embarazada la posibilidad de interrumpir su embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación.

Interrupciones por violación, pederastia o inseminación artificial no consentida

Las víctimas de violencia sexual que como parte de las consecuencias de esos hechos queden embarazadas, tienen el derecho al aborto seguro, someterlas a la maternidad al negar estos servicios puede constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes. No se requiere denuncia o causa penal previa y a partir de los doce años de edad la persona tiene derecho a decidirlo; debiendo los servicios públicos de salud proceder conforme al principio de buena fe sin verificar la veracidad de su dicho, y únicamente con la solicitud bajo protesta de decir verdad, se debe proceder a la interrupción.

Interrupciones por peligro de muerte

Existen circunstancias adversas para la vida que pueden presentarse en el desarrollo del embarazo. Estas pueden ser algunas de las morbilidades maternas severas o cualquier eventualidad que ponga a la persona gestante en peligro inminente de muerte. En estos casos, aun pasado el límite de la inviabilidad que define al aborto, cuando de no practicarse la interrupción del embarazo aquella quede o se exponga a peligro de muerte, la prioridad será salvarle la vida aun cuando de este hecho se desprenda afectación a la salud o vida del producto.

Interrupciones por riesgos de afectación a la salud

Después de las doce semanas de gestación y hasta que el producto sea inviable, la persona gestante puede optar por el aborto como opción terapéutica cuando su salud (en su concepto integral, física y psicosocial) se ve afectada a consecuencia del embarazo, o debido a este, alguna vulnerabilidad pre existente se exacerbe o limite sus posibilidades de recuperación.

Interrupciones por factores eugenésicos en el producto que le generen trastornos físicos o mentales graves

En aquellos productos cuyo trastorno físico o mental grave los hace incompatibles con la vida a su salida del útero al término natural del embarazo, no podrá existir delito en la interrupción puesto que no existe ningún bien jurídico tutelado, únicamente el derecho a la salud de la mujer embarazada, por lo que se deberá practicar el aborto aún más allá de las 22 semanas de gestación, en la consideración que se expondría con la continuidad, a mayor afectación psicológica a la persona gestante.

Esta forma de acceder al aborto seguro se encuentra contemplada en la fracción IV del artículo 154 del Código Penal para el Estado; sin embargo no se limita únicamente a los

casos de productos incompatibles con la vida, ya que como se menciona en este punto, si no hay bien jurídico que tutelar porque no se obtendrá aun llegando a término una persona recién nacida, es entonces que se entiende el alcance del término “grave” y “trastornos”, no siendo definido únicamente por la incompatibilidad con la vida, sino también cuando esté comprometida la funcionalidad de ese producto con padecimientos permanentes incorregibles que le limiten después del nacimiento las posibilidades de una vida plena o autónoma, sometiéndole a asistencia durante todo el tiempo que viva.

Dado el contexto psicosocial en que la vida de la gestante se verá afectada de manera también permanente y posterior al nacimiento, será decisión de aquella conforme al derecho que le da esta fracción IV concatenada con la III del mismo artículo, de optar por interrumpir el embarazo mientras exista inviabilidad.

Para el análisis y determinación sobre la procedencia de la interrupción del embarazo considerando alguna de las situaciones expuestas en este apartado, se recomienda consultar el Lineamiento Técnico para la Atención al Aborto Seguro en México y la Guía práctica legal para la toma de decisiones en aborto seguro.

5.2 LINEAMIENTOS GENERALES DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN GUERRERO

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERO. - Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer los criterios para la organización y operación de los servicios de salud para la interrupción del embarazo, conforme a lo establecido en los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1 Bis., 2, 3, fcc. IV, 27 fccs. II, IV y V, 13, apartado B., 61 BIS de la Ley General de Salud; 5, 29, 30, fcc. IX y X y 35 de la Ley General de Víctimas y 215 BIS 2, 215 BIS 3, 215 BIS 4, 215 BIS 5, 215 BIS 6 y 215 BIS 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; la NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención y los artículos 155 y 159 del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, disposiciones a las que se sujetarán las Instituciones de Salud y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado en el estado de Guerrero, con el fin de garantizar la provisión de servicios con oportunidad, calidad y calidez y en un marco de protección a los derechos humanos de las mujeres que los soliciten y requieran.

SEGUNDO. - En Guerrero, la interrupción del embarazo podrá ser:

I.- Hasta la décima segunda semana completa de gestación, a libre solicitud de la usuaria, mediante un procedimiento de aborto seguro, y;

II.- Sin límite de plazo gestacional, en los supuestos previstos en el artículo 159 del Código Penal aplicable, mediante un procedimiento de aborto seguro.

TERCERO. - La vigilancia del cumplimiento de este instrumento corresponde a la Secretaría de Salud de Guerrero y a las demás autoridades competentes.

CUARTO. - Para efectos de los presentes Lineamientos se entenderá por:

- I. **Aborto Seguro.** - Para la OMS un aborto es un procedimiento seguro y una intervención sanitaria no compleja cuando se atiende con los métodos recomendados por la propia Organización, por personal capacitado y que son apropiados para la edad gestacional. Así, los servicios de aborto seguro incluyen el abordaje del aborto espontáneo (incompleto, inevitable, diferido y sus complicaciones) e inducido (en embarazos viables y no viables) y comprenden el uso de tecnologías como medicamentos y aspiración endouterina, la competencia técnica de equipos multidisciplinarios, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción postaborto.
- II. **Consejería Integral.** – Proceso de comunicación entre los profesionales de la salud y la mujer que solicite o requiera los servicios de interrupción del embarazo, caracterizado por un intercambio de información, análisis y deliberación. Este proceso está orientado a proporcionar a la mujer información objetiva, veraz, basada en evidencia científica, suficiente y oportuna sobre los beneficios, riesgos, del procedimiento de aborto, así como de alternativas existentes del manejo clínico, para que la mujer pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable sobre su salud, conforme a sus expectativas y necesidades.
- III. **Consentimiento Informado.** – Es un proceso clínico de comunicación continua entre el personal de salud y la persona usuaria de los servicios. El consentimiento informado se documenta en el expediente clínico mediante formatos que contienen la expresión tangible del respeto a la autonomía en el ámbito de la atención médica mediante el cual el personal de salud le informa a la persona usuaria de forma veraz, objetiva y oportuna en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de su condición de salud y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas de manejo clínico. Consta de dos partes: a) el derecho a la información y b) la libertad de elección.

- IV. **Dictamen de Salud.** - Documento emitido por un profesional de la salud, con cédula profesional expedida por instancia reconocida para tales efectos, que define el estado de salud o determina el diagnóstico clínico de una mujer embarazada.
- V. **Dictamen de Edad Gestacional.** – Documento emitido por un profesional de la salud, con cédula profesional expedida por instancia reconocida para tales efectos, que determina la edad gestacional, basado en métodos clínicos, mediante un examen físico o una ecografía.
- VI. **Dictamen Médico de Alteraciones Genéticas o Congénitas.** – Documento emitido por un médico especialista, con cédula profesional expedida por instancia reconocida para tales efectos, que avala la existencia de alteraciones genéticas o congénitas en el producto, con base en antecedentes familiares, datos clínicos, estudios de laboratorio y gabinete y otros elementos disponibles, mediante los que se establece que las alteraciones pueden dar como resultado daños físicos o mentales en el producto.
- VII. **Unidad o Establecimiento de Salud:** Todo aquel espacio, público, social o privado, fijo o móvil, independientemente de su denominación, que brinde servicios de salud, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos.

QUINTO. - Toda interrupción del embarazo que se practique en una Unidad o Establecimiento de Salud deberá ser atendida/brindada por profesionales de la salud capacitados o adiestrados en los métodos para el aborto seguro, cumpliendo con los requisitos que para tal efecto se señalen en los presentes Lineamientos.

CAPÍTULO II

DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

SEXTO. - La interrupción del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación se realizará a solicitud de la mujer, previo consentimiento informado.

Se entenderá por décima segunda semana de gestación (SDG) las doce semanas completas y seis días (12.6 SDG).

SÉPTIMO. - Después de la décima segunda semana completa de gestación (12.6 SDG), la interrupción del embarazo podrá realizarse en los supuestos previstos en el artículo 159 del Código Penal vigente en el estado, cuando:

- I. El embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida, sin necesidad de que exista denuncia por dichos delitos;
- II. De no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación a su salud o esté en riesgo su vida, situación que deberá asentarse en el dictamen que emita el médico que la asista;
- III. A juicio de un médico especialista en la materia, sustentado en estudios específicos, exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada;
- IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada; o
- V. Se acredite por cualquier medio que alguna autoridad le hubiese negado a la mujer embarazada la posibilidad de interrumpir su embarazo dentro de las primeras doce semanas de la gestación.

OCTAVO. - Para la interrupción del embarazo, se deberán integrar al expediente clínico los siguientes documentos:

- I. En el caso de que la interrupción se solicite porque el embarazo sea resultado de violación, solicitud mediante escrito libre de la mujer en la que solicita el servicio y declara, bajo protesta de decir verdad, que el embarazo es producto de violación.
- II. Verificación de la edad gestacional mediante ultrasonido avalado por médico titulado
- III. En caso de Alteraciones Genéticas o Congénitas, a juicio de un médico especialista en la materia, sustentado en estudios específicos según corresponda
- IV. Consentimiento informado institucional

NOVENO. - Cuando la mujer no pueda o no sepa firmar, la solicitud podrá ser elaborada con apoyo de algún familiar o personal de salud presente quien lo firmará a nombre de la mujer y en el documento se imprimirá la huella de la mujer que solicita la interrupción del embarazo, una vez que ha sido informada del contenido del documento.

DÉCIMO. - Las mujeres que soliciten o requieran los servicios de interrupción del embarazo deberán recibir consejería integral por personal capacitado y sensibilizado, previo al otorgamiento de su consentimiento informado.

DÉCIMO PRIMERO. - Sólo en caso de que la solicitante sea menor de 12 años de edad, la solicitud de los servicios de interrupción del embarazo deberá realizarla la madre y/o el padre o, a falta de éstos, el tutor legal, quienes deberán acompañarla durante la atención, para el caso de que no existan o no estén presentes estas figuras, se deberá de notificar a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes para que sea esta Institución la que realice la solicitud que corresponda.

CAPÍTULO III DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

DÉCIMO SEGUNDO. - Los profesionales de la salud que brinden servicios de interrupción del embarazo deberán estar debidamente capacitados o adiestrados en los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para la atención del aborto seguro.

DÉCIMO TERCERO. - Cuando los profesionales de la salud identifiquen que una mujer requiere de servicios de interrupción del embarazo deberán brindarles el servicio agotando todas las alternativas de solución antes de tomar la decisión de referirla. La referencia y contrarreferencia debe gestionarse en base a la normativa de manera oportuna, responsable y sin demoras, garantizando un traslado seguro, brindando acompañamiento en el proceso y la recepción en la unidad por personal de salud que estén debidamente capacitados para brindar dicha atención.

DÉCIMO CUARTO. - Los profesionales de la salud deberán proporcionar a la mujer (niñas, adolescentes y personas con capacidad para gestar) un trato digno, con perspectiva de género y seguro en un marco de respeto a sus derechos humanos e interculturalidad, resguardar la privacidad y confidencialidad de sus datos personales y estado de salud durante su estancia hospitalaria.

DÉCIMO QUINTO. - El personal médico y de enfermería directamente involucrado en la atención de mujeres que puedan requerir servicios de interrupción del embarazo podrán hacer uso de su derecho a la objeción de conciencia, siempre y cuando sea de manera individual y no esté en riesgo la vida de la paciente, con el compromiso por parte del establecimiento de salud que se garantizara la atención sin demoras, con calidad y atención integral.

DECIMO SEXTO.- Todas las pacientes que soliciten el servicio institucional en cualquier unidad de salud del estado, cuenta con un tiempo para la resolución de no más de 48 horas.

En términos de lo establecido en las Directrices de la OMS, el Código Penal de la Entidad, la NOM-046, la Ley General de Víctimas y el Reglamento a la Ley General de Salud en Materia

de Prestación de Servicios Médicos y demás disposiciones aplicables, el personal de salud no podrá aplicar la objeción de conciencia u omitir procedimientos cuando:

- se trate de un embarazo por violación
- cuando la negativa o postergación del servicio ponga en riesgo la vida
- implique un daño a la salud física, mental y social
- agravación del estado de salud,
- la producción de secuelas y/o discapacidades
- prolongar el sufrimiento de la mujer

El profesional de la salud objetor de conciencia debe tener claro que es exclusivamente para procedimientos invasivos y no lo exime de conocer, aplicar y fomentar la normatividad establecida para la atención de las pacientes, que le permitan brindar una orientación adecuada y correcta, sin inmiscuir su ideología o percepción respecto a esta prestación de servicio.

La objeción de conciencia es una decisión individual y no colectivo o del servicio de salud, es decir no pueden existir servicios de salud, departamentos, unidades o establecimientos de salud "objectores". Los profesionales de la salud que se declaren objetores de conciencia para la prestación de servicios de interrupción del embarazo en el estado de Guerrero deberán ser congruentes con su postura y ejercer como objetores de conciencia para la provisión de este servicio en el sector privado en el Estado.

DÉCIMO SÉPTIMO. - La Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, a través de los Servicios de Salud, capacitará a las parteras o médicos tradicionales que deseen recibir entrenamiento para otorgar consejería integral para la interrupción del embarazo.

CAPÍTULO IV DE LAS UNIDADES O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

DÉCIMO OCTAVO. - Las Unidades o Establecimientos de Salud en el Estado de Guerrero en los que podrán brindarse servicios de interrupción del embarazo serán los pertenecientes al sector público, privado y social que cuenten con profesionales de la salud debidamente capacitados y adiestrados para brindar servicios de consejería integral y aborto seguro.

DÉCIMO NOVENO. - Las Unidades o Establecimientos de Salud brindarán los servicios de interrupción del embarazo conforme a su nivel de atención y las necesidades de atención que cada mujer requiera.

VIGÉSIMO. - Las Unidades o Establecimientos de Salud de primer nivel de atención podrán brindar servicios de interrupción del embarazo que incluyan consejería integral y

aborto seguro, mediante la utilización de fármacos hasta las 12 semanas o a través de métodos clínicos como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) hasta las catorce semanas de gestación, de acuerdo con las Directrices de la Organización Mundial de la Salud, 2022. Asimismo, deberán referir de manera oportuna a las mujeres que necesiten servicios de interrupción del embarazo en otras etapas del embarazo (edades gestacionales avanzadas) o para la atención de otras complicaciones a su salud que no puedan proveerse en el lugar, a los Establecimientos de Salud de Segundo o Tercer Nivel de Atención, según corresponda asegurando su atención efectiva.

VIGÉSIMO PRIMERO. - Las Unidades o Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención que brinden servicios de interrupción del embarazo deberán cumplir con la NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

VIGÉSIMO SEGUNDO. - La identificación, separación, envasado, almacenamiento, acopio, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de restos y productos, deberá sujetarse a lo dispuesto en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico – infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

VIGÉSIMO TERCERO. - Las Unidades o Establecimientos de Salud que brinden servicios de interrupción del embarazo deberán emitir el Certificado de muerte fetal y perinatal siempre y cuando la mujer lo solicite, en base a la normativa, de otro modo no está obligada a realizar este proceso

VIGÉSIMO CUARTO. - Para el caso de productos no reclamados, se estará a lo dispuesto por los artículos 348 y 350 BIS 6 de la Ley General de Salud que establecen que, las Unidades o Establecimientos de Salud deberán dar destino final dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes de haberse llevado a cabo el procedimiento salvo que exista autorización de autoridad sanitaria o por requerimiento del Ministerio Público o de la autoridad judicial.

VIGÉSIMO QUINTO. - Los responsables de las Unidades o Establecimientos Médicos que no dispongan de insumos, infraestructura y/o equipamientos necesarios para brindar servicios de interrupción del embarazo deberán ejercer sus recursos y facultades para procurar que otra Unidad o Establecimiento Médico con capacidad resolutive, atienda la solicitud de mérito, siendo responsable del seguimiento cabal al procedimiento y conclusión efectiva de éste. Para este fin, la mujer deberá ser referida de manera oportuna, profesional, con calidad y con pleno respeto a sus derechos humanos, mediante el formato de Referencia y Contrarreferencia debidamente completado.

CAPÍTULO V DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ABORTO SEGURO

VIGÉSIMO SEXTO. - La técnica utilizada para el aborto seguro podrá ser médica o quirúrgica y se determinará tomando en consideración las semanas de gestación del producto, el criterio del profesional de la salud encargado de realizar el procedimiento y las preferencias y necesidades de la mujer, conforme a los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud y demás políticas públicas nacionales aplicables, basadas en evidencia científica.

VIGÉSIMO SÉPTIMO. - Con el propósito de disminuir riesgos y daños a la salud que incrementa conforme avanza la edad gestacional, las autoridades de las Unidades o Establecimientos de Salud que brinden servicios de interrupción del embarazo agilizarán los trámites administrativos necesarios para que la interrupción del embarazo se realice lo más tempranamente posible. La solicitud de la mujer de hasta doce semanas de gestación deberá ser resuelta en un máximo de cuarenta y ocho horas. Las solicitudes de interrupción del embarazo por otro supuesto legal deberán ser resueltas en un plazo no mayor a los cinco días naturales a partir de la primera consulta de la mujer en la Unidad o Establecimiento de Salud, siempre que esto no represente un riesgo para la salud o estado de bienestar para la mujer. Estos plazos no se aplicarán tratándose de urgencias médicas que requieren intervención inmediata, como la IVE, o alguna otra interrupción que de no llevarse a cabo en el momento, ponga en riesgo la salud o vida de la usuaria.

VIGÉSIMO OCTAVO. - Las Unidades o Establecimientos de Salud del Sistema Estatal de Salud deberán contar con personal capacitado en reconocer posibles complicaciones del aborto seguro y síntomas de aborto en evolución y brindar una atención rápida o referir a la mujer para que reciba atención inmediata durante las 24 horas del día.

VIGÉSIMO NOVENO. - Toda mujer que no desee quedar embarazada posterior al proceso de aborto seguro debe egresar de la Unidad de Salud con un método anticonceptivo eficaz. Si la mujer desea un anticonceptivo de larga duración o definitivo, pero no es posible proporcionarlos en ese momento, se debe suministrar un método provisional (regular) junto con una referencia a los servicios médicos correspondientes. Todo esto previo consentimiento informado de la usuaria.

CAPÍTULO VI DE LA INFORMACION

TRIGÉSIMO. - Durante toda la atención que sea brindada a la mujer derivada de la prestación de servicios para la interrupción legal del embarazo, se le proporcionará

información objetiva, veraz, basada en evidencia científica, suficiente, oportuna y comprensible sobre los beneficios, riesgos y efectos del procedimiento, así como de alternativas existentes. También se le proporcionará información sobre sus opciones para el uso de métodos anticonceptivos.

Esto con el objetivo de garantizar que la mujer tome decisiones de manera libre, informada y responsable, conforme a sus expectativas y necesidades, mediante un consentimiento informado.

El consentimiento informado es un derecho de las mujeres usuarias de los servicios de salud mediante el cual manifiestan libremente su voluntad de interrumpir su embarazo a través de procedimientos de aborto seguro, para lo cual el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados del procedimiento.

La decisión tomada por la mujer debe ser respetada por el personal de salud quien se abstendrá de incidir de manera alguna en el proceso de deliberación.

TRIGÉSIMO PRIMERO. - Durante la atención, los establecimientos de salud deben contar con el acompañamiento de intérpretes de idiomas indígenas cuando el idioma de la mujer no sea el español. Esta medida permitirá garantizar la calidad de la comunicación intercultural de los servicios entre el personal de salud y la mujer. Así mismo, se garantizará contar con mecanismos que permitan asegurar la atención y consentimiento de mujeres con alguna discapacidad física o intelectual.

TRIGÉSIMO SEGUNDO. - El manejo y resguardo de la información y los expedientes clínicos que se generen derivados de la prestación de servicios de interrupción del embarazo se realizará bajo criterios de estricta confidencialidad, conforme a la legislación Federal y local aplicable.

CAPÍTULO VII

DE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

TRIGÉSIMO TERCERO. - La interrupción voluntaria del embarazo, cuando es resultado de violación, forma parte de los servicios de emergencia médica a los que tienen derecho las mujeres víctimas por lo que es un servicio de salud que les debe ser brindado de manera gratuita, inmediata, sin límite gestacional, con independencia de su capacidad socioeconómica o nacionalidad y sin exigir condición previa para su admisión, como la presentación de la denuncia o querrela.

TRIGÉSIMO CUARTO. - Los profesionales de la salud que brinden servicios de interrupción del embarazo no están obligados a verificar el dicho de la solicitante, ya que su actuación se enmarca en el principio de buena fe, establecido en el artículo 5 de la Ley General de Víctimas.

TRIGÉSIMO QUINTO. - Durante la atención a mujeres que soliciten servicios de interrupción del embarazo en casos de violación, los profesionales de la salud deberán atender a lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005, Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención y a al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México de la Secretaría de Salud Federal.

TRIGÉSIMO SEXTO.- Los profesionales de la salud que brinden servicios de interrupción del embarazo en casos de violación, deberán informar a la mujer sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia sexual de los que fue víctima, así como de las instancias y los centros de apoyo disponibles para acceder a los servicios integrales de atención, protección y defensa para quienes se encuentran en una situación de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía de sus decisiones; de igual manera la invitará a continuar con el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social que requiera. Las Unidades o Establecimientos de Salud deben realizar el Aviso al Ministerio Público de las solicitudes de interrupción del embarazo de víctimas de violación y de menores de 12 años de edad, ante la presunción de que se trate de embarazos producto de violencia sexual, conforme al formato previsto en el Apéndice informativo 1 de la NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

CAPÍTULO VIII DE LA COORDINACIÓN CON OTRAS DEPENDENCIAS

TRIGÉSIMO SÉPTIMO. - Los Servicios de Salud de Guerrero podrán establecer bases de coordinación con organizaciones del sector público, social y privado, relacionadas con la atención de la mujer, la defensa de sus derechos y la procuración de justicia, para lograr un adecuado cumplimiento de las disposiciones de estos Lineamientos.

CAPÍTULO XIX SANCIONES

TRIGÉSIMO OCTAVO. - El incumplimiento de las disposiciones de estos Lineamientos, será sujeto de las sanciones que establecen los instrumentos jurídicos aplicables en el estado de Guerrero.

TRANSITORIOS

Primero. Publíquense los presentes Lineamientos en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero.

Segundo. Los presentes Lineamientos entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero.

Los Derechos Sexuales y reproductivos en los que encuentra su base este Programa Estatal son los siguientes:

1. Derecho a la libertad y autonomía sexuales: incluye cualquier forma de expresión de la sexualidad que no afecte los derechos de otras personas y sea lícita.
2. Derecho a la información y educación sobre sexualidad basada en evidencia científica.
3. Derecho a la salud sexual, que no se refiere sólo a la ausencia de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, sino a la posibilidad del disfrute pleno de la propia sexualidad, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva y los insumos para su protección, como condones y los anticonceptivos, entre otros.
4. Derecho a decidir libremente sobre ejercer o no la reproducción.
5. Derecho a vivir conforme a la propia orientación sexual y a la libre expresión de la misma.
6. Derecho a vivir conforme a la propia identidad de género y a la libre expresión de la misma.
7. Derecho a la equidad sexual, libre de discriminación por sexo, género, orientación sexual, edad, origen étnico, clase social, discapacidad, etcétera.
8. Derecho a la privacidad y la intimidad, incluyendo la relativa a la propia sexualidad.
9. Derecho a procurar el placer sexual. Cualquier forma de obtener placer sexual es legítima, siempre y cuando no afecte los derechos de los demás y sea lícita.
10. Derecho a la libre asociación sexual: la elección de pareja sexual, duradera o efímera es una cuestión individual y sólo está sujeta a la aprobación de la otra parte involucrada, incluyendo el matrimonio y el divorcio.

Además, en México a partir de la reforma constitucional de Derechos Humanos realizada en 2011, todas las autoridades en el ámbito de su competencia deben guiar su actuación

por el principio pro persona. Esto significa, en el supuesto de que deban decidir qué norma aplicar en un determinado caso, optarán por aquella más favorecedora, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte.

Cabe señalar que el Programa Estatal considera la reciente reforma al Código Penal para el Estado de Guerrero, en el capítulo 5 Aborto, los artículos 154, 155, 156, 157 y 159, y la derogación del artículo 158 del Código Penal local, que entró en vigor el 17 de mayo de 2022, de la que destaca lo siguiente:

- a) Despenalizó el aborto cuando se practica dentro de las primeras doce semanas de gestación;
- b) Modificó las antes consideradas causas de no punibilidad del artículo 154 por excluyentes de responsabilidad penal;
- c) Eliminó el límite de los 90 días para la interrupción voluntaria del embarazo en los casos de violación;
- d) Integró como excluyente del delito el riesgo de afectación a la salud;
- e) Disminuyó a uno al personal médico que diagnostica el peligro de muerte, riesgo de afectación a su salud y alteraciones graves en el producto.

Así mismo, este Programa contiene el precedente del amparo en revisión 1388/2015 de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, aplicando la interpretación que realiza del riesgo para la salud, al considerar que los embarazos calificados de alto riesgo, le otorgan a la persona gestante el derecho a decidirse por interrumpir el embarazo como opción terapéutica.

Considerando los parámetros anteriores, este programa da pautas sobre el proceso y ruta de atención a seguir en los casos de Aborto Seguro en Servicios de Salud de Guerrero, en apego a la legislación vigente y los estándares de salud marcados por organismos nacionales e internacionales.

5.3. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD

A quien contravenga las disposiciones del presente programa y las guías sobre el mismo, se hará acreedor o acreedora a responsabilidades de carácter administrativo, penal y/o de cualquier otra índole, entre los que se encuentran primordialmente los siguientes supuestos:

Responsabilidad en términos del Código Penal para el Estado de Guerrero:

1. Delitos cometidos por médicos, auxiliares y otros relacionados con la práctica de la medicina cuando se nieguen a prestar asistencia a un enfermo en caso de urgencia notoria, sin causa justificada, poniendo en peligro la vida o la salud de aquél (Art. 167).
2. Violencia Obstétrica, misma que se actualiza cuando no se atiende o brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas (Art. 169 Bis).
3. Violencia Institucional, cuando en el ejercicio de la función pública se dilate, obstaculice o niegue la debida atención o impida el goce y ejercicio de los derechos de las mujeres (Art. 201 VII).

Responsabilidad Administrativa:

1. La dilación en la atención a personas atendidas en los casos de la NOM- 046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención: cuando la omisión o la dilación ponga en riesgo la salud y la vida de las mujeres (apartado 6.5).
2. Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guerrero: Para el caso de las personas servidoras públicas que en el ámbito de sus funciones realicen acciones u omisiones en detrimento de una persona, vulnerando sus derechos humanos, se hará acreedora a destitución del empleo, cargo o comisión; sanción económica, inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público; amonestación privada; amonestación pública con apercibimiento; y privación del derecho de ascenso (Artículo 49).
3. La Ley General de Salud: establece la responsabilidad del profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia y /o cuando ponga en peligro su vida (Art. 469).
4. La Ley de Víctimas para el Estado de Guerrero: en materia de asistencia y atención médica, psicológica, psiquiátrica y odontológica, la víctima tendrá todos los derechos establecidos por la Ley de Salud del Estado, así mismo, a toda víctima de violación sexual, o cualquier otra conducta que afecte su integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción

voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima. (Art. 7 y 8).

5.3.1. Alcances de la objeción de conciencia en los Servicios de Salud del Estado de Guerrero.

La Secretaría de Salud de Guerrero, es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, responsable de proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad a través de la prestación de los servicios de salud que comprenden la atención médica, la salud pública y la asistencia social. Los servicios forman parte del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con los artículos 4 y 5 de la Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación, prestando los servicios a que obliga el artículo 3 en coordinación con el 13 apartado B de la misma Ley.

Por lo cual, siendo una autoridad obligada a prestar un servicio que conforma un derecho humano consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 1º y 4º, así como en Tratados Internacionales de Derechos Humanos, deberá promover, respetar, proteger y garantizar su prestación bajo los principios pro persona, de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, prohibiendo toda clase de discriminación motivada por origen étnico, nacional, el género, la edad, la orientación sexual, discapacidades, condición social, condiciones de salud, la religión, las opiniones, el estado civil o cualquiera otra que atente contra la dignidad humana o tenga por objeto menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Servicios Estatales de Salud de Guerrero no puede apearse en ningún momento a la objeción de conciencia, debiendo tener el servicio de aborto seguro disponible y accesible a quienes lo requieran, por lo que en este documento se pronuncia oficialmente y en cumplimiento de las leyes descritas en una INSTITUCIÓN NO OBJETORA DE CONCIENCIA.

La objeción de conciencia para la práctica de interrupción del embarazo implica la acción del personal médico y de enfermería que forma parte del Sistema Nacional de Salud, responsable del procedimiento de excusarse de participar en la prestación del servicio de aborto seguro.

El ejercicio de la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 24 justifica la objeción de conciencia. Sin embargo, los motivos de conciencia se distinguen de la mera opinión, la cual puede presentar argumentos superficiales y cambiantes, por lo que en el

ejercicio de la objeción de conciencia el objetor deberá justificar y fundamentar sus convicciones éticas. Esto es:

“La objeción de conciencia en medicina (OCM) se define como la decisión individual que toma un profesional de la medicina para dejar de realizar un acto médico científico y legalmente aprobado según la lex artis médica, aduciendo la transgresión que dicho acto médico hace a su libertad de pensamiento, Conciencia o religión (en otras palabras, sus principios morales y creencias religiosas)” (Santillán-Doherty, 2018)

El ejercicio de la objeción de conciencia se encontraba regulado en el artículo 10 bis de la Ley General de Salud y continúa en la Norma Oficial Mexicana 046³, sin embargo, el pasado 20 de septiembre, en sesión del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), se discutió la acción de inconstitucionalidad de esta disposición normativa, promovida en el año 2018 por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), resolviendo finalmente por mayoría calificada, la invalidez de la norma y establecimientos lineamientos básicos o mínimos dirigidos al Congreso Federal y a los de los Estados, con el fin de que sea regulado cómo ejercer la objeción de conciencia sin obstaculizar el derecho al aborto, e impedir que se constituya como una herramienta para quienes se oponen al ejercicio de los derechos de las mujeres y las personas gestantes, debido a que se ha invocado la objeción de conciencia, particularmente en temas de interrupción del embarazo.

Con los argumentos expuestos en los que se basa la declaratoria de invalidez del artículo 10 bis de la Ley General de Salud, y en aplicación e interpretación conforme al principio pro persona ordenado desde el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de los tratados internacionales como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, y la Convención de los Derechos del Niño; la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la Ley General de Salud, la Ley General de Víctimas, la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la Ley General de Igualdad entre Mujeres y Hombres, Ley General de Responsabilidades

Administrativas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; y las disposiciones locales en la materia de las federales y generales expuestas; la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres; y demás normativa aplicable, en tanto el Congreso Federal y/o del Estado, emitan las disposiciones específicas sobre los límites en su ejercicio, en Los

Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, será respetada la objeción de conciencia del personal que sea responsable de practicar el procedimiento⁴, bajo las siguientes restricciones:

Restricciones a la Objeción	Justificación, principios o disposiciones que la imponen
Interrupciones voluntarias de embarazos de niñas, adolescentes o personas con capacidad de gestar menores de 18 años víctimas de violencia sexual.	Principio de interés superior de la niñez, sumado al alto riesgo precalificado por la NOM 047, y sus derechos como víctimas a la interrupción del embarazo con trato de emergencia médica.
Personas adultas víctimas de violencia sexual con alguna co-vulnerabilidad psicosocial como pobreza, rezago social, perteneciente a comunidades indígenas, condición de calle, trabajo sexual, violencia familiar extrema o cualquiera otra en la que la referencia le imponga cargas excesivas.	Derecho de víctima a interrupción con trato de emergencia médica, principio de igualdad y no discriminación. De ninguna manera se puede ponderar por encima del derecho a la salud, reparación del daño y deber de acciones positivas para la víctima, a la objeción de conciencia, ya que no podría considerarse respetable en un ambiente democrático, la objeción que revictimice a una persona en esas condiciones.
Personas adultas víctimas de violencia sexual con coexistencia de embarazo de alto riesgo biológico.	Derecho de la víctima a interrupción con trato de emergencia médica, y la urgencia médica de hecho cuando la referencia expone por más tiempo al peligro para su salud.
Interrupciones de embarazo por riesgos muy altos o peligro de muerte para la persona gestante.	Una urgencia o emergencia obstétrica, o condición de salud que pone en peligro la vida, genera el deber de protegerla como bien jurídico superior. El derecho a la vida es de interés preponderante, puesto que, sin aquel, no es posible el goce de los demás derechos humanos; por ende, cuando existe una confrontación de este con la objeción de conciencia, prevalece el derecho a la salud y vida. La libertad de religión, creencias y conciencia, tienen su límite en la afectación de derechos humanos de terceros, conforme al mismo artículo 24 Constitucional que la ampara.
Interrupciones de embarazo de alto riesgo biológico cuando la demora aumenta el riesgo.	El derecho a la vida y salud integral prevalece sobre el derecho a la objeción, por lo que cuando la referencia aumente el tiempo de atención en los embarazos de alto riesgo cuya demora incrementa la posibilidad de presentarse una urgencia obstétrica, deberá considerarse que la objeción de conciencia encuentra sus límites en la afectación de derechos de terceros conforme al artículo 24 constitucional.
Interrupciones de embarazos de productos que serán incompatibles con la vida.	Ausencia del bien jurídico tutelado. La objeción de conciencia tiene su razón en la convicción de no intervenir en interrumpir el derecho a la vida del producto de la gestación, por lo que la ausencia de vida aún en término del embarazo implica la imposibilidad de ejercerla.

<p>Interrupciones de embarazo en los límites temporales para la práctica.</p>	<p>La objeción de conciencia tiene sus límites en la afectación de derechos humanos de terceros, por lo que cuando se esté en límite de edad gestacional para el acceso al aborto seguro despenalizado o con excluyente de responsabilidad y la referencia demore, ponga en riesgo o imposibilite el acceso, no podrá ejercerse.</p>
<p>Interrupciones de embarazos de cualquier causal generadora del derecho, con ausencia o inexistencia de personal no objetor para la referencia.</p>	<p>Ante inexistencia de Unidad Hospitalaria con personal médico no objetor dentro de Servicios de Salud de Guerrero, o cuando la distancia dada la constitución geográfica del Estado (la Montaña, por ejemplo), o las vulnerabilidades de la usuaria (pobreza, situación de calle, etc.) impliquen la imposición de cargas excesivas por el traslado, deberá garantizarse el servicio. La Dirección de la Unidad Hospitalaria que se trate, deberá justificar plenamente la existencia de las condiciones descritas al emitir la orden al personal médico responsable del procedimiento.</p>

Por todo lo expuesto, estos Servicios de Salud, en la interpretación y aplicación bajo el principio pro persona de todo el marco jurídico que en la prestación de los servicios de aborto seguro aplican, así como el respeto a los derechos del personal médico y de enfermería en el ejercicio de su libertad de religión, creencias y conciencia, deja patente que el servicio de aborto seguro se encuentra disponible y accesible a las usuarias que lo requieran, dando a los derechos (a la salud, vida e igualdad, por un lado, y a la objeción de conciencia por otro) la protección más amplia posible.

6. MARCO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES

6.1 Salud

La OMS reconoce que la salud “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

De acuerdo con la Suprema Corte de Justicia, la relación específica entre salud, bienestar y aborto reconoce la posibilidad de acceder a este de manera segura, como una circunstancia que contribuya al bienestar de las mujeres, no sólo en aquellos casos en los que su integridad física se encuentre en riesgo, sino también cuando la continuación del embarazo se presenta como incompatible con su proyecto de vida. La afectación del bienestar es, en consecuencia, una afectación a la protección de su salud: “si se tomase realmente en cuenta la definición de salud como un asunto de bienestar, en este caso para [las] mujeres, los indicadores de bienestar mostrarían el beneficio del acceso al aborto seguro.” Es así que **al hacer un análisis de la salud de una mujer que solicita una interrupción del embarazo, se deberán tomar en cuenta las tres esferas de salud mencionadas en la definición.**

Desde la protección a la salud integral, se reconoce a las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar como sujetos de derechos, capaces de tomar decisiones de acuerdo con su propia percepción del riesgo. El concepto de riesgo no se refiere a la

configuración efectiva de un daño, sino a la posibilidad de que ocurra; basta la presencia de un o varios factores de riesgo, para considerarlo como existente, y como ello, que resulte posible una afectación de la salud en cualquiera de sus dimensiones (física, mental y social).

Es por ello, que la decisión sobre si continuar con un embarazo, deseado o no, que pueda poner en riesgo la salud, física, emocional y social de la persona gestante, así como sobre el nivel de riesgo que ella está dispuesta a correr, es una decisión muy relevante de auto determinación reproductiva que, esencialmente debe recaer en esa persona, con la información y el acompañamiento respetuoso de las personas y de los profesionales que decida consultar. Priorizando en todos los casos la salud integral.

En consecuencia, los supuestos legales previstos para la atención del aborto en Guerrero, deberá analizarse desde este enfoque de derechos humanos, en el que la atención del aborto deberá de ser una intervención terapéutica indicada para preservar o restaurar la salud integral de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social.

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

Es importante considerar que, para hacer referencia al aborto, también se acuñan términos como interrupción del embarazo. El cual puede ser a través de medicamentos, procedimiento quirúrgico o espontáneo. Asimismo, la OMS define un aborto inseguro como **“un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado realizado ya sea por personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleve a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos”**. En cuanto hace al aborto seguro es la **terminación del embarazo realizado por profesionales de la salud capacitados, que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados, en condiciones higiénicas.**

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

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

6.4 Interrupción del embarazo por situación relacionadas con la salud mental integral. Se entiende como la interpretación terapéutica indicada para preservar o restaurar la salud integral de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacitada de gestar, que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social.

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

6.6 Derechos Humanos de las mujeres

Desde la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se han realizado esfuerzos por el reconocimiento de los Derechos Humanos de las mujeres. La Primera Conferencia Mundial de la Mujer se realizó en México en 1975, de ella se desprenden acciones para establecer la igualdad entre hombres y mujeres en los ámbitos político, laboral y civil, que culminaron en uno de los instrumentos a los que se les da seguimiento hasta el día de hoy: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, (CEDAW, por sus siglas en inglés) que fue adoptada en 1979 y que tiene carácter vinculante. Más tarde, en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing, se reconoció que los derechos de las mujeres son derechos humanos y fueron propuestas 12 esferas de especial atención para el desarrollo integral de las mujeres:

<p>La mujer y la pobreza. Cuando las mujeres son pobres, sus derechos no están protegidos y se ven doblemente discriminadas, a causa de su género y de su situación económica.</p>
<p>Educación y capacitación de la mujer. La educación es fundamental para que las mujeres logren la igualdad de género y se conviertan en líderes del cambio.</p>
<p>La mujer y la salud. Las mujeres deben estar sanas para desarrollar su pleno potencial. Esto incluye una buena nutrición, derechos sexuales y reproductivos, y salud mental, así como libertad frente a la violencia.</p>
<p>La violencia contra la mujer. La violencia daña a las mujeres y las niñas y perjudica de muchas formas su capacidad para prosperar.</p>
<p>Las mujeres y los conflictos armados. Las guerras y los conflictos armados destruyen familias y sociedades y dejan a las mujeres y las niñas en una situación especialmente vulnerable.</p>
<p>La mujer y la economía. La discriminación de género implica que a menudo las mujeres acaban desempeñando trabajos no seguros y mal pagados, y siguen siendo minoría en puestos directivos.</p>
<p>La mujer en el ejercicio de poder y la adopción de decisiones. Cuando las mujeres desempeñan papeles de liderazgo, supone una gran diferencia.</p>
<p>Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer. Unas leyes y unas políticas sólidas complementadas con mecanismos más firmes para coordinar a las y los distintos actores y garantizar la implementación y el cumplimiento efectivos pueden impulsar la agenda.</p>

Los derechos humanos de la mujer. Las mujeres y las niñas tienen derecho a disfrutar de sus derechos humanos plena y equitativamente.

La mujer y los medios de difusión. Los medios de difusión desempeñan un papel significativo perpetuando y cuestionando las normas sociales que toleran la discriminación o la violencia contra las mujeres.

La mujer y el medio ambiente. Las mujeres suelen ser de las personas más afectadas por el cambio climático. A menudo son las que van a recoger agua, a pescar o a cultivar la tierra afectada por inundaciones.

La niña. Diversas formas específicas de violencia y prácticas nocivas, como la mutilación y la ablación genital femenina, el planchado de senos y el matrimonio infantil, repercuten especialmente en las niñas, incluido el abuso sexual infantil.

Referencia Bibliográfica: Las doce esferas de especial preocupación en la Plataforma de Acción de Beijing. Fuente: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Cap. III. P. 16.

6.7 Derechos sexuales. Derechos humanos que protegen los niveles más altos de salud disponible en relación con una sexualidad autónoma, libre de coerción, discriminación y violencia. Incluyen la educación sexual, el respeto a la integridad física y psicosocial, la elección de pareja, relaciones sexuales consensuales; la protección a la orientación sexual, a la identidad de género y el derecho a una vida sexual satisfactoria y placentera.

6.8 Derechos reproductivos. Son los derechos humanos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a la autodeterminación reproductiva, lo que incluye la decisión libre sobre tener o no descendencia, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia.

6.9 Derechos sexuales y reproductivos Los derechos sexuales y reproductivos son un conjunto de derechos que se relacionan con la posibilidad de tomar decisiones con libertad y sin violencia sobre la sexualidad y la reproducción, los tienen todas las personas sin discriminación de ningún tipo. Cuando se habla en México de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se deben tener en cuenta algunos instrumentos internacionales que son vinculantes y/u orientadores para garantizar el pleno ejercicio de los mismos; entre estos se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994), y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995).

En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la creación de la CEDAW, a la que México está suscrito desde 1981, lo cual nos compromete a implementar políticas públicas en aras de garantizar la promoción y ejercicio de los derechos de las mujeres y de las niñas. El noveno Informe Ordinario de la CEDAW se rindió en julio de 2018, donde el Comité de expertas recomendó al gobierno mexicano poner mayor empeño en acelerar la armonización de las leyes y los protocolos federales y estatales sobre el aborto para garantizar el acceso al aborto legal, y aunque no haya sido legalizado el gobierno deberá brindar los servicios de atención postaborto necesarios.

El Comité de expertas de la CEDAW también recomendó armonizar las leyes federales y estatales pertinentes con la Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. En ese sentido, señaló que era necesario informar y capacitar adecuadamente al personal médico para que pueda ofrecer atención especializada a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia sexual, lo que comprende la prestación de servicios esenciales de anticoncepción de emergencia y aborto seguro. De igual manera, recomienda se elaboren los protocolos para hacer una realidad el acceso al aborto legal y se contemple poner en práctica las modificaciones de la Ley General de Salud.

El Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de la ONU emitió en 2018 el Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal (EPU) A/HRC/40/8 con las siguientes observaciones para México:

- 132.175 garantizar la igualdad de acceso al aborto legal, al menos en los casos de peligro para la vida o la salud, a todas las mujeres en todos los estados mexicanos;
- 132.178 armonizar la legislación federal y de los estados para despenalizar el aborto y garantizar el acceso al aborto legal y sin riesgo al menos en los casos de violación, incesto o peligro para la vida o la salud de la niña;
- 132.193 modificar la legislación, las políticas y las prácticas que discriminan a mujeres y niñas, en especial garantizando el acceso legal y sin riesgo al aborto.

7. DIRECTRICES Y CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ABORTO SEGURO

7.1 Manejo clínico

Las pautas de atención, los esquemas de manejo, las dosis y vías de administración que se presentan a continuación, se fundamentan en la evidencia científica más reciente y disponible a la publicación de esta actualización del Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, teniendo como referencia los estándares de calidad

establecidos por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), entre otros. El propósito es que el manejo clínico que se brinde en todas las unidades de salud del sector público y privado del Estado de Guerrero, en los servicios específicos de aborto seguro como los son los Módulos de Aborto Seguro o Módulos SAS que atienden este tipo de eventos obstétricos; sea homogéneo, actualizado y cumpla con los estándares de calidad regional, nacional e internacional.⁷

Así mismo, para mayores detalles sobre el manejo clínico, se podrá consultar el “Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México”, publicado desde el 14 de junio de 2021 y en su más reciente actualización del 17 de octubre del 2022. Este documento establece las bases de la atención de aborto en el país y en Guerrero, estableciendo los criterios básicos de atención en las Unidades de Salud para que las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en la mejor evidencia científica disponible y con perspectiva de género y de derechos humanos. Su aplicación es OBLIGATORIA en el Sistema de Salud del País y en el Estado de Guerrero, tanto en el sector público como en el privado.

7.2 Consideraciones Generales

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro⁽³²⁾. La atención será integral e individualizada, de acuerdo con las necesidades y condiciones generales de la usuaria, el diagnóstico que establezca el Personal de salud, las semanas de gestación, la capacidad técnica del personal e infraestructura disponible, siempre tomando en consideración las solicitudes de la persona que requiere el servicio.

En el primer trimestre (hasta las 12 semanas de gestación) se priorizará el manejo ambulatorio y con régimen farmacológico siempre que sea posible y la usuaria cuente con un entorno que lo permita, debiendo brindarle a ella — y si aplica — a quien la acompañe durante el proceso, toda la información para ello, de forma clara, veraz y suficiente, mediante el consentimiento informado. Entre los antecedentes pertinentes se encuentran: los trastornos de la coagulación, alergias a medicamentos, uso actual de medicamentos e indicación, comorbilidades agudas o crónicas; la información relacionada con embarazos previos y sus resultados, el uso de anticonceptivos, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH, la ingesta de fármacos actuales, entre otros.⁷

La pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a reconsiderar los esquemas presenciales de atención a la salud. En las recomendaciones de la OMS 2022⁸, se incluye la opción de telemedicina como una alternativa a las interacciones persona a persona, con personal sanitario para proveer los servicios de aborto médico de forma parcial o en su totalidad.

Cuando exista la posibilidad de contar con atención a distancia o telemedicina, previa a la consulta, se deberá recabar información general a través de una entrevista clínica adecuada, particularmente dentro de las primeras 12.6 semanas de gestación, que permita identificar posibles factores de riesgo que incrementen la probabilidad de complicaciones o la necesidad de manejo de manera presencial o supervisado a distancia por personal de salud. Todo lo anterior deberá quedar documentado en el expediente clínico.⁷ Cumpliendo con lo establecido en el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro, durante el manejo clínico se deberá:

- Realizar valoración clínica, cuando así proceda mediante entrevista (si no se hubiera hecho antes) y exploración física, y documentarla en el expediente clínico.
- Si durante la atención se identifican condiciones que sugieran maniobras abortivas previas, con o sin complicaciones, el personal de salud podrá registrarlo en el expediente clínico y deberá proceder al manejo correspondiente, garantizando la confidencialidad y el buen trato a la usuaria, en apego al secreto profesional mencionado anteriormente.
- Cuando durante la atención se adviertan factores psicosociales tales como violencia y antecedentes de problemas de salud mental, la usuaria deberá recibir la referencia adecuada para su atención y seguimiento a los servicios pertinentes.
- Todas las acciones y procedimientos que se realicen deberán quedar asentados en el expediente clínico, independientemente de las áreas involucradas en la atención.
- Confirmar la edad gestacional. Las semanas de gestación se calcularán a partir de la fecha de inicio de la última menstruación (FUM): En los casos en los que la usuaria señale la FUM, confirmar que haya tenido ciclos regulares previos (sin uso de anticoncepción hormonal al momento del embarazo, o amenorrea secundaria por lactancia) y deberá complementarse mediante exploración física bimanual.
- Si se cuenta con la infraestructura necesaria, es de utilidad contar con otros recursos de apoyo diagnóstico tales como, estudio ultrasonográfico o la cuantificación de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana sérica cuantitativa. Cuando la infraestructura no esté disponible, la OMS ha recomendado no imponer prerequisites para proveer o retrasar la prestación de este servicio.
- Solicitar el hemotipo de la usuaria, cuando sea posible y no genere dilación en la atención resolutive.

- La evidencia científica actual señala que no se requiere la determinación del estado Rhesus (RhD) antes de un aborto temprano con medicamentos; incluso la guía National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda solicitarlo solo para “considerar” determinar el estado de RhD para el aborto quirúrgico después de las 10 semanas, y para el aborto espontáneo establece que no se requiere anti-D para el tratamiento médico del aborto diferido hasta las 13 semanas completas.
- Por su parte, la OMS no recomienda administrar inmunoglobulina anti-D en casos de aborto farmacológico o mediante aspiración antes de las 12 semanas y que, cuando esté medicamente justificado, se indique a partir de las 12.1 semanas.
- Realizar la identificación de infecciones de transmisión sexual para su tratamiento y seguimiento. Los paraclínicos de rutina habitual como la biometría hemática completa, sólo se indicarían cuando así esté justificado.
- Cuando el manejo sea mediante aspiración endouterina, independientemente del riesgo de cada usuaria de enfermedad pélvica inflamatoria, se recomienda la administración de antibióticos profilácticos previo o durante el procedimiento, resaltando que la falta de tales antibióticos no debe limitar la prestación del servicio.
- Identificar condiciones especiales que puedan incrementar el riesgo de embarazo ectópico, tales como la presencia de Dispositivo Intrauterino (DIU) in situ (que debe retirarse previo al tratamiento), antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, de dolor pélvico crónico, de cirugía abdomino-pélvica (particularmente de cirugía tubaria), de embarazo ectópico anterior; o para las que se puede requerir un manejo no ambulatorio tales como comorbilidades graves, descontroladas o inestables (trastornos hemorrágicos, cardiopatía, anemia grave, entre otros).
- Descartar contraindicaciones absolutas para el manejo farmacológico, tales como: sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico, trastorno hemorrágico (porfiria hereditaria) o tratamiento anticoagulante concomitante; insuficiencia suprarrenal crónica; alergia a la mifepristona, al misoprostol o a otras prostaglandinas, anemia grave, cardiopatía.
- Considerar contraindicaciones relativas como asma grave no controlada o uso prolongado de corticosteroides concomitante.

- Preservar una muestra del tejido ovular como prueba forense, si así procede (no es necesario resguardar el feto). Determinar la necesidad de referencia, posterior al evento obstétrico, a otros servicios de acuerdo a los requerimientos de cada usuaria (servicios especializados de violencia, de salud mental, nutrición, estomatología, de promoción y prevención como los de detección oportuna de cáncer del cuello uterino, servicios amigables para adolescentes, entre otros).
- Explicar a la usuaria (a partir del diagnóstico establecido y de sus condiciones generales de salud) de forma completa, clara y veraz:
 - Las alternativas de tratamiento (ver Tabla 1)
 - Los efectos esperados, riesgos, beneficios y datos de alarma (ver Tabla 2.)
 - Las opciones para el manejo del dolor (ver Tabla 3)
- Cuando proceda, con el objetivo de que la persona pueda tener una participación activa en la toma de decisiones y éstas sean tomadas, en la medida de lo posible, de acuerdo a sus preferencias.
- El manejo se orientará en función del tamaño uterino y solicitudes de la usuaria, una vez descartados todos los diagnósticos diferenciales, entre ellos el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional, contraindicaciones y lo que proceda.

Obtener el consentimiento libre e informado de parte de la usuaria para el tratamiento y para la provisión del anticonceptivo elegido y llenar los formatos que correspondan, previa consejería. Por ejemplo, en el caso de víctimas de violencia sexual se llenarán los formatos contemplados en la NOM-046-SSA2-2005 así como la carta bajo protesta de decir verdad (si no existe un formato impreso para ello, la usuaria realizará la solicitud de su puño y letra). En el caso de niñas y adolescentes menores de 12 años que soliciten interrupción del embarazo por violencia sexual, el consentimiento informado deberá ser firmado por madre o padre o tutor. Ante la falta de éstos, se solicitará el apoyo del personal de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes o la instancia de procuración de justicia competente, evitando retrasos en la atención resolutive.

Tabla 1. Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre

Régimen farmacológico combinado.	Régimen farmacológico con misoprostol solo.	Aspiración endouterina.
● No requiere antibiótico profiláctico.	● No requiere antibiótico profiláctico.	● Requiere antibiótico profiláctico, sin que sea una limitante para ello.

<ul style="list-style-type: none"> • Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (auto gestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) hasta las 10 semanas de edad gestacional, orientando a la usuaria sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. • Con posibilidad de seguimiento por un prestador/a de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria (tomando la mifepristona preferentemente en la unidad de salud y el misoprostol en su domicilio) hasta las 12 semanas de edad gestacional. • El manejo del dolor también es ambulatorio. • Menor riesgo de falla terapéutica (con respecto a misoprostol solo y a menor edad gestacional). • Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. • Menor dolor con respecto a misoprostol solo. • Resolución del aborto en días. • Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede llevar a cabo de manera ambulatoria (auto gestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) hasta las 10 semanas de edad gestacional, orientando a la usuaria sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. • Con posibilidad de seguimiento por un prestador/a de servicios en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria hasta las 12 semanas de edad gestacional. • El manejo del dolor también es ambulatorio. • Riesgo de falla terapéutica bajo a menor edad gestacional. • Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. • Mayor dolor y sangrado, con respecto al régimen combinado. • Mayor tiempo para la resolución del aborto que con régimen combinado. • Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede llevar a cabo de forma ambulatoria. • Para el manejo del dolor requiere de bloqueo paracervical, además de analgésicos. • Permite la inspección visual del tejido ovular, por lo que disminuye el riesgo de no advertir embarazo ectópico (exceptuando el caso sumamente infrecuente de embarazo heterotópico). • Menor cantidad de sangrado. • Resolución del aborto inmediata tras el término del procedimiento (minutos). • De primera elección ante inestabilidad hemodinámica y/o sepsis.
<p>El manejo expectante para el aborto espontáneo implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar procedimientos quirúrgicos y anestésicos. • Mayor riesgo de requerir intervención farmacológica o quirúrgica. • El tiempo para la resolución del aborto es impredecible y mayor con respecto al manejo farmacológico y con aspiración 		

- Estos procedimientos pueden ser llevados a cabo por personal de salud con el entrenamiento y la capacidad técnica necesaria en apego a las recomendaciones de la OMS y al artículo 102 y 103 de la Ley General de Salud.

Fuente: Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2022). Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

7.2 Abordaje con medicamentos.

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro ⁽³²⁾, la seguridad y eficacia del manejo con fármacos ha contribuido a la delegación y reparto de tareas entre distintos perfiles de profesionales de la salud y a un uso más eficiente de los recursos humanos. Este abordaje permite que sea un tratamiento que puede realizarse en el ámbito de la atención primaria ambulatoria, particularmente en etapas iniciales de la gestación, debido a que reduce la necesidad de personal con las competencias requeridas para el aborto con aspiración endouterina y a que representa una opción no invasiva, muy aceptable y segura.

La evidencia científica ha demostrado que los medicamentos para el aborto se pueden auto administrar de manera segura y eficaz fuera de un centro clínico (por ejemplo, en casa) y que las personas con una fuente de información precisa y acceso a una persona trabajadora de la salud capacitada (en caso de que necesiten o deseen apoyo en cualquier etapa del proceso) pueden autogestionar con seguridad su proceso de aborto en las primeras 12 semanas de gestación. Además, la prestación de servicios con una supervisión médica mínima puede mejorar significativamente el acceso, particularmente en entornos restringidos y situaciones de crisis, así como mejorar la privacidad, la conveniencia y la aceptabilidad del proceso de aborto sin comprometer la seguridad y la eficacia. La mifepristona y el misoprostol son los fármacos recomendados como estándar de oro por la OMS para el aborto con medicamentos, que además se encuentran en su lista de medicamentos esenciales y en el cuadro básico de medicamentos en nuestro país. El primero es un antiprogéstágeno que se une a los receptores de progesterona e inhibe la acción de ésta, interfiriendo con la continuación del embarazo, mientras el segundo es un análogo sintético de la prostaglandina E1, que produce reblandecimiento y dilatación cervical, así como contractilidad uterina, lo que ayuda a expulsar el contenido uterino.

Tanto la combinación de estos fármacos (régimen combinado, opción de primera elección por su eficacia, seguridad y menores efectos adversos, principalmente sobre el dolor) como el uso correcto de misoprostol solo (que implica mayor número de dosis que en el régimen combinado), constituyen un tratamiento seguro, eficaz y aceptable que puede utilizarse en todas las etapas de la gestación. Las dosis y vías de administración del misoprostol se modificarán dependiendo de la edad gestacional y del antecedente de cirugías uterinas previas, particularmente a mayor edad gestacional.⁷

La mifepristona se administra por vía oral. El misoprostol se puede administrar por las siguientes vías:

1. **Sublingual.** Las tabletas se colocan debajo de la lengua y 30 minutos después se deglute el remanente; su absorción es muy rápida, incrementando el tono uterino a los 10 minutos de su administración; su curva farmacocinética es similar a la de la vía oral, pero con niveles séricos más elevados, sus efectos colaterales son mayores que con la vía bucal y vaginal
2. **Bucal.** Las tabletas se colocan entre la mejilla y la encía y se deglute el remanente 30 minutos después de la colocación; presenta menores niveles plasmáticos que cuando se administra por vía sublingual, su pico sérico máximo se alcanza a los 60 minutos y se han reportado niveles sanguíneos más prolongados que los obtenidos con la vía oral; su perfil farmacocinético es similar a la vía vaginal, pero tiene tasas más altas de efectos secundarios gastrointestinales que ésta.
3. **Oral.** Las tabletas se degluten; su absorción es rápida, pero los alimentos y antiácidos disminuyen la tasa y la cantidad de su absorción gástrica; sufre metabolismo de primer paso hacia ácido misoprostólico, cuya vida media es de 20 a 40 minutos. Pasa en poca cantidad hacia la leche materna, por lo que la lactancia debe postergarse hasta 6 horas después de su administración. El tono uterino inicia su elevación 8 minutos después de la toma y alcanza su máximo nivel terapéutico alrededor de 26 minutos posteriores a su ingesta. En régimen de misoprostol solo, se asocia a tasas mayores de intervención quirúrgica en comparación con las otras vías de administración
4. **Vaginal.** Se debe evitar ante la presencia de sangrado o datos de infección; las tabletas se introducen en el fondo de saco vaginal y se indica a la usuaria que permanezca acostada por 30 minutos; tiene una biodisponibilidad farmacológica tres veces mayor a la obtenida con la vía oral; su concentración máxima se obtiene entre 160 y 120 minutos después de su administración y la concentración mínima se observa hacia las 6 horas después de su aplicación. El tono uterino se incrementa hacia los 21 minutos y el mayor efecto terapéutico alrededor de los 46 minutos posteriores a su administración.

Tabla 2. Información que se debe dar a las usuarias: efectos esperados, adversos y datos de alarma para abordaje farmacológico en el primer trimestre⁺

Modalidad de tratamiento	Efectos	Efectos adversos	Datos de alarma
Abordaje farmacológico La mifepristona No suele asociarse a síntomas específicos	Sangrado transvaginal y dolor cólico: Posterior al misoprostol se presentarán entre 30min y hasta 4h después, dolor cólico y sangrado	Fiebre Puede presentarse posterior a la administración del misoprostol y ceder con la ingesta de antipirético a la	Sangrado: Cuando se necesiten más de 2 toallas sanitarias grandes durante 2 horas consecutivas, se debe acudir de inmediato a la unidad de salud más cercana o antes si se experimenta debilidad/mareo. Ausencia de sangrado o sangrado escaso: Si no se hubiera presentado sangrado en las primeras 4-6 horas

	<p>transvaginal de forma paralela y progresiva hasta la expulsión de material organizado, momento a partir del cual dolor y sangrado disminuirán progresivamente.</p> <p>El dolor y el sangrado suelen ser mayores a los que se presentan en un ciclo menstrual normal y durar en poca cantidad hasta 4 a 6 semanas después.</p>	<p>dosis recomendada</p> <p>Escalofrío, alambres, diarrea, náusea y vómito. Suelen autolimitarse, se recomienda incrementar la ingesta de líquidos claros y dieta astringente; se puede tomar medicación para paliarlos a la dosis recomendada</p>	<p>posteriores a la administración del misoprostol o éste hubiera sido menor al de una menstruación, puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico o bien embarazo en curso que amerita atención tan pronto como sea posible. Tras descartar la posibilidad de gestación extrauterina, se debe valorar la administración de dosis repetidas del misoprostol o la realización de aspiración</p> <p>Dolor: La presencia de dolor pélvico de predominio unilateral, en ausencia de sangrado, progresivo, irradiado al hombro ipsilateral, asociado o no a datos de choque hipovolémico, son datos clínicos altamente sugestivos de embarazo ectópico. Puede sugerir también aborto incompleto.</p> <p>Persistencia de síntomas de embarazo: Hipersensibilidad o dolor mamario, náusea, hipersomnia.</p> <p>Fiebre u otros efectos adversos: Cuando se presenta 24 horas después de la última dosis de misoprostol, amerita buscar atención en la unidad de salud más cercana. Secreción o sangrado transvaginal fétido</p> <p>Reacciones alérgicas: Exantemas, edema facial, bucal, dificultad para respiratorios</p>
	<p>AMEU</p> <p>Se puede experimentar dolor con la manipulación cervical, al momento de iniciar el procedimiento, y</p>	<p>Durante la maduración cervical con misoprostol se puede experimentar dolor cólico, sangrado</p>	<p>Sangrado y/o dolor cólico: Persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber disminuido inicialmente</p> <p>Fiebre: Que se presenta 24h después del misoprostol para preparación cervical, asociada o no a fetidez</p>

Abordaje con Aspiración o con Dilatación y Evacuación	al final de la aspiración. De manera frecuente, el dolor cólico y el sangrado transvaginal son leves al final del procedimiento.	transvaginal e incluso fiebre, se autolimitarán.	vaginal, amerita seguimiento tan pronto como se presenten Ausencia de sangrado o sangrado escaso: Su ausencia o una cantidad menor a la esperada para la edad gestacional puede sugerir la presencia de un embarazo ectópico o bien, falla terapéutica por un procedimiento realizado de forma inadecuada
	Dilatación y evacuación La colocación de dilatadores osmóticos así como las dosis de misoprostol pueden asociarse a dolor cólico y sangrado transvaginal.	Suelen presentarse con más frecuencia e intensidad los efectos descritos para el misoprostol.	Sangrado y/o dolor: cólicos persistentes, progresivos o que se incrementan después de haber concluido el procedimiento, así como fiebre, fetidez vaginal, intolerancia a la vía oral y deterioro progresivo, ameritan valoración inmediata.

Fuente: Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2022). Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Páginas 68-69.

7.3 Abordaje por aspiración.

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

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

aspiradores, una vez que se les procesa mediante limpieza y esterilización o mediante desinfección de alto nivel.

También puede utilizarse la aspiración eléctrica endouterina (AEEU) que utiliza una bomba de vacío eléctrica. La dilatación y evacuación para el manejo del aborto en el segundo trimestre, requiere de personal de salud capacitado con el adiestramiento pertinente y consiste en preparar el cérvix y evacuar el útero con una combinación de aspiración por vacío y el uso de fórceps y pinzas. Debido a que requiere mayor dilatación y manipulación cervical y uterina, más tiempo para llevar a cabo el procedimiento y puede ser más dolorosa que la aspiración endouterina en el primer trimestre, se recomienda realizarla en un ambiente clínico supervisado. Con esta alternativa de manejo, la elección de medicamentos y el control del dolor, dependerá de las preferencias de la usuaria, del nivel de capacitación del personal de salud y de los insumos y equipamiento de monitoreo disponibles en la unidad que brinde la atención

Con base en la sólida evidencia proporcionada por la OMS, el legrado uterino instrumental actualmente es obsoleto, particularmente en el primer trimestre, y se asocia a mayores costos para el sistema de salud por el requerimiento de un ambiente quirúrgico y manejo anestésico especializado; conlleva mayor riesgo de complicaciones, tales como las asociadas al procedimiento anestésico, laceraciones cervicales, perforación uterina y el desarrollo de sinequias uterinas o síndrome de Asherman, por lo que no se justifica su uso en el manejo del aborto. Incluso, la OMS se ha manifestado por evitar la dilatación y curetaje, incluyendo las legras cortantes para corroborar el éxito de una aspiración.

En el primer trimestre se dará prioridad al manejo ambulatorio siempre que sea posible y acorde con las preferencias de la usuaria. Para el manejo con medicamentos, independientemente de que la atención se brinde de forma ambulatoria o bajo supervisión clínica, las posologías son las mismas; en el caso de que la atención se lleve a cabo con AMEU (en ausencia de complicaciones o factores de riesgo para desarrollarlas), se puede brindar en unidades de primer nivel de atención. Esto de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro ⁷

Tabla 3. Manejo del dolor y paliativos.

Fármaco	Dosis	Indicación
Ibuprofeno	400 a 800 mg por vía oral, 1 hora antes de la toma de misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU) y luego cada 8 horas en caso de dolor, máximo 3 días.	Analgésico
Ketorolaco	1 hora antes de la toma del misoprostol (tanto para aborto farmacológico como para AMEU): 10-30 mg por vía oral	Analgésico

	o sublingual cada 8h, en caso de dolor, máximo 3 días; o 30 mg por vía intravenosa en un plazo de 15 segundos, de 30 a 60 minutos antes de la AMEU; o 60 mg por vía intramuscular 1 hora antes del procedimiento. Las dosis se reducen a la mitad cuando el peso corporal sea menor a 50Kg	
Paracetamol	1 gr por vía oral cada 8 horas, en caso de temperatura mayor a 38°C o alergia a los AINES para manejo del dolor.	Antipirético
Loperamida	2 mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día	Antidiarréico
Metoclopramida	10 mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día.	Antiemético
Dimenhidrina	50 mg por vía oral cada 8 horas, no suele requerirse más de un día	Antiemético
<ul style="list-style-type: none"> • Un manejo conductual del dolor mediante el acompañamiento a la usuaria durante el procedimiento, con un trato respetuoso y empático y la colocación de una almohadilla térmica o una bolsa de agua caliente en la región abdomino-pélvica pueden mejorar la percepción del dolor, pero no sustituyen el manejo analgésico farmacológico. • Para el manejo de narcóticos, ansiolíticos, de sedación o anestesia regional, se debe interconsultar al personal de anestesiología, de así requerirse. 		

Fuente: Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2022). Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Página 95.

7.4 Manejo en el primer trimestre de gestación:

De acuerdo al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro⁷, al definir la modalidad de tratamiento, se debe contar con el consentimiento informado y con un plan para el manejo del dolor. Se recomienda entregar por escrito las indicaciones, los signos y síntomas de alarma y las opciones de atención en caso de así requerirse.

La presencia de inestabilidad hemodinámica, de infección intrauterina o de sepsis en cualquiera de las variantes clínicas de aborto, es contraindicación para el manejo expectante y farmacológico, por lo que ante estas condiciones la evacuación endouterina por vacío, previa estabilización y antibioticoterapia de amplio espectro cuando así proceda, será el manejo indicado

ABORTO INDUCIDO.

Es susceptible de manejo farmacológico y con aspiración. En general, el tratamiento ambulatorio (incluyendo al autogestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso) con medicamentos se ofrece hasta las 10 semanas y bajo supervisión clínica de profesionales de la salud si excede ese tiempo. Bajo condiciones de acompañamiento y seguridad (con acceso a un prestador de servicios en cualquier momento del proceso), podrá realizarse con medicamentos de forma ambulatoria (tomando la mifepristona preferentemente en la unidad de salud y el misoprostol en su domicilio) hasta las 12 semanas de edad gestacional. Cabe señalar que, a menor edad gestacional, mayor será la eficacia de todas las modalidades de tratamiento.⁷

Las alternativas son:

- 1. Régimen combinado.** Es el método farmacológico más eficaz y seguro, con tasas de expulsión del 5-98% y tasas de continuación del embarazo de menos del 2% hasta las 13 semanas; las tasas de complicaciones son menores al 1% hasta las 10 semanas de gestación y del 3% hasta las 12 semanas. Hasta las 12 semanas se lleva a cabo con el uso secuencial de una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguido 1-2 días después de misoprostol 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal, dosis única. Algunos órganos colegiados internacionales recomiendan que, en embarazos mayores a 9 semanas, hasta las 12 semanas se administre una segunda dosis de 800µg de misoprostol vía bucal, particularmente si 4 horas después de la primera dosis no se hubiere presentado sangrado transvaginal y expulsión de material organizado. El manejo analgésico se indica previo a la toma del misoprostol.
- 2. Misoprostol solo.** Este método tiene una eficacia del 80-85%, una tasa de continuación del embarazo del 3-10% y una tasa de complicaciones del 1-4% hasta las 13 semanas de gestación. Se administran 800µg por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión, sin que exista un número máximo de dosis, pues éstas serán determinadas por el juicio clínico del personal de salud, la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones (particularmente cuando exista el antecedente de cirugías uterinas) y la respuesta clínica de la usuaria al manejo. La analgesia debe instalarse previo a la toma del misoprostol.
- 3. Aspiración Endouterina.** De forma ambulatoria, se recomienda administrar antibiótico profiláctico, maduración cervical y analgesia previo al procedimiento.

Tabla 4. Manejo farmacológico del aborto en el primer trimestre.

Aborto Farmacológico en el primer trimestre.		
Variante clínica	Régimen combinado	Variante clínica
ABORTO DIFERIDO	<p>Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 800µg</p> <p>por cualquier vía de administración (bucal, vaginal o sublingual).</p> <p>A partir de las 14 semanas el misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal, 400µg, cada 4-6 horas hasta la expulsión.</p>	<p>800µg por cualquier vía de administración (bucal, vaginal o sublingual)</p> <p>Pueden requerirse dosis repetidas pasadas las 9 semanas, pudiendo suministrarse cada 3 horas, no suelen requerirse más de 5 dosis.</p> <p>A partir de las 14 semanas se administran 400µg por vía sublingual o vaginal cada 4-6 horas hasta la expulsión.</p>
ABORTO INCOMPLETO	_____	600µg oral; o 400µg sublingual inevitable
ABORTO INDUCIDO	<p>Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 800µg.</p> <p>En embarazos mayores a 9 semanas, considerar 2ª dosis de misoprostol 800µg sublingual o bucal si 4 horas después de la 1ª no se presenta dolor, sangrado y expulsión de material organizado.</p> <p>A partir de las 12 semanas, el misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal, 400µg, cada 3 horas hasta la expulsión</p>	<p>800µg bucal, sublingual o vaginal c/3h hasta la expulsión.</p> <p>A partir de las 12 semanas, el misoprostol se administra por vía sublingual o vaginal, 400µg, cada 3 horas hasta la expulsión</p>
Observaciones		
<p>El número de dosis de misoprostol será determinado por el juicio clínico del personal de salud, la Respuesta clínica de la usuaria y la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones. El personal de salud debe ser cauteloso y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol cuando exista el antecedente de incisión uterina previa. Las dosis no se modifican hasta las 11.6 semanas independientemente de si el procedimiento se realiza bajo la supervisión clínica, de forma autogestionada o remota.</p>		

Fuente: Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2022). Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Página 74.

7.5 Manejo en el segundo trimestre de gestación:

Se recomienda, de acuerdo al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro ⁷, que la atención en el segundo trimestre se lleve a cabo bajo supervisión de personal de salud capacitado, al interior de la unidad de salud, de acuerdo con las características del caso y con un adecuado manejo del dolor. En los casos de pérdida gestacional espontánea, las creencias culturales, familiares y tradiciones de la usuaria y su familia, deben ser tomadas en consideración para el manejo del duelo y para determinar la conducta a seguir y permitir que, si es deseo de la mujer, ésta pueda despedirse del feto, en cuyo caso, se recomendará el manejo con medicamentos para que esto sea posible.

El régimen farmacológico combinado se considera el tratamiento de primera elección, aunque deben considerarse las preferencias de la usuaria, sus condiciones clínicas generales y la capacidad resolutoria de la unidad de salud donde se brinde el servicio. Cuando no se cuente con mifepristona, se deberá usar misoprostol solo, bajo la premisa de que se requerirán dosis múltiples y se presentarán más efectos asociados a dichas dosis. Cuando las condiciones de la usuaria o sus preferencias orienten el manejo hacia el abordaje con aspiración, éste se llevará a cabo considerando la posibilidad de contar con apoyo del servicio de anestesiología, cuando así se requiera. El manejo debe ser individualizado, teniendo cautela y juicio clínico cuando exista el antecedente de cicatriz uterina.

El manejo del dolor durante el aborto en el segundo trimestre amerita consideraciones especiales, tales como combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos. Entre las estrategias no medicamentosas se incluyen las medidas de confort, tales como apoyo verbal y acompañamiento por personal capacitado o por una persona de elección de la usuaria, siempre que sea posible y en un ambiente empático. Contar con el apoyo del servicio de anestesiología para valorar las mejores opciones para el manejo del dolor, cuando se trate de edades gestacionales avanzadas, la sedación intravenosa y la anestesia regional, permitirá mejorar la experiencia de las usuarias. Por este motivo, las usuarias que ameritan atención en una unidad de mayor complejidad deben ser referidas de forma efectiva y oportuna e, idóneamente, garantizando el enlace y aceptación en la unidad receptora.⁷

ABORTO INDUCIDO.

Hasta antes de las 14 semanas es susceptible de manejo farmacológico y por aspiración. Pasada esa edad gestacional, se recomienda la dilatación y evacuación en un entorno clínico supervisado.⁷

- 1. Régimen combinado.** Es el régimen de elección para el aborto farmacológico en el segundo trimestre porque ofrece alta eficacia, un corto intervalo desde la inducción hasta el aborto y un excelente perfil de seguridad, con tasas de expulsión de más del

90% a las 24 horas, intervalo promedio de 6 a 10 horas desde la inducción hasta la finalización del aborto y tasas de complicaciones graves (hemorragia que amerite transfusión sanguínea o instrumentación quirúrgica de urgencia) de menos del 1%; cuando las dosis de misoprostol se continúan sin tiempo límite, se logra el aborto completo en el 99% de los casos. Se lleva a cabo con el uso secuencial de una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguido 1-2 días después de 400µg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas, con cautela, hasta la expulsión del feto y la placenta. El número de dosis dependerá de la respuesta clínica de la usuaria, del juicio clínico y de la preparación de la unidad de salud para tratar complicaciones. Si la mujer se encuentra estable, se puede esperar por lo menos 4 horas después de la expulsión fetal para que se expulse la placenta, o se puede intervenir antes y extraerla si así lo solicita la usuaria, existe sangrado importante o para abreviar el tiempo de recuperación previo al egreso. En este periodo de espera, se puede administrar la dosis de misoprostol que le corresponde según el horario establecido.

2. **Misoprostol solo.** Cuando no se cuenta con mifepristona, este método es una opción aceptable, con tasas de expulsión de entre 84% a las 24 horas y 95% a las 48 horas, tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves menores al 1%. Se administran 400µg de misoprostol por vía bucal, vaginal o sublingual cada 3 horas, con cautela, hasta la expulsión fetal y placentaria. Las consideraciones con respecto al número de dosis son las mismas que para el régimen combinado. Ante el caso de retención placentaria que vaya más allá de las 4 horas particularmente cuando el sangrado lo amerite o exista fiebre), se deberá realizar una evacuación complementaria, misma que podrá realizarse antes con el propósito de abreviar el Momento del egreso.
3. **Aspiración Endouterina o Dilatación y Evacuación.** Se valorará en función de la edad estacional, de la capacidad del personal y de la unidad de atención, previa maduración cervical, control adecuado del dolor y profilaxis antimicrobiana.

Tabla 5. Manejo farmacológico del aborto en el segundo trimestre.

Aborto Farmacológico en el segundo trimestre.		
Variante clínica	Régimen combinado	Variante clínica
ABORTO DIFERIDO	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 400µg c/4-6 hrs, sublingual o vaginal, hasta la expulsión	400µg vaginal o sublingual Cada 4-6 horas hasta la expulsión.

ABORTO INCOMPLETO	_____	400µg sublingual o vaginal Cada 4-6 horas hasta la expulsión.
ABORTO INEVITABLE (asociado a ruptura de membranas)	_____	200µg bucal o sublingual c/4-6h, hasta la expulsión. Se puede ofrecer una dosis adicional si la placenta no se expulsa después de la expulsión fetal
ABORTO INDUCIDO	Mifepristona 200mg oral + 1-2 días después, misoprostol 400µg. vía bucal, sublingual o vaginal, cada 3 horas hasta la expulsión de feto y placenta	400µg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión de feto y placenta

Observaciones

- Para todas las variantes clínicas, el manejo se basa en el tamaño uterino más que en las semanas calculadas por la FUM.
- Si existe sangrado importante, fiebre o se busca abreviar el tiempo de recuperación previo al egreso, se puede intervenir antes de las 4 horas posteriores a la expulsión fetal para extraer la placenta si la usuaria se encuentra estable.
- Cuando exista cicatriz uterina previa, no es necesario hacer cambios en las posologías recomendadas cuando el tamaño uterino corresponda a las 22-24 semanas de edad gestacional.
- A las usuarias con placenta previa, se les puede ofrecer manejo farmacológico o una DyE en sitios que tengan capacidad resolutive para la atención a la emergencia obstétrica.
- Las dosis repetidas de misoprostol hasta la expulsión de feto y placenta se realizarán con cautela y determinarán por el juicio del personal de salud, la respuesta clínica de la usuaria y la capacidad de respuesta y de atención a complicaciones.
- Contar con el apoyo del servicio de anestesiología para valorar las mejores opciones para el manejo del dolor, incluyendo la sedación intravenosa y la anestesia regional, cuando se trate de edades gestacionales avanzadas, permitirá mejorar la experiencia de las usuarias.
- El tejido o feto deberá ser tratado de acuerdo con lo dictado por la ley adaptándose al procedimiento de cada institución, priorizando no revictimizar a la usuaria.

Fuente: Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2022). Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Página 78.

7.6 Anticoncepción postaborto:

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro⁷ después de un aborto, el retorno a la fertilidad es inmediato, tanto en el primer como en el segundo trimestre de gestación e independientemente de la modalidad de tratamiento que se haya llevado a cabo. La ovulación puede ocurrir tan pronto como 8-10 días después de la aspiración por

vacío o del tratamiento farmacológico. Es esencial explicar esto claramente a la usuaria (incluyendo a niñas y adolescentes) y evaluar con ella su deseo de embarazo en el corto y largo plazo.

La consejería sobre la anticoncepción se brinda en el mismo momento y lugar en el que se proporcionan los servicios de aborto seguro, previa consejería, consentimiento informado, siempre y cuando las condiciones clínicas de la paciente así lo permitan.

Esto para contribuir a garantizar que las usuarias reciban un método anticonceptivo previo a su egreso de la unidad de salud. Deberá brindarse información completa y objetiva sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos disponibles, sus características, efectos secundarios y eficacia, de acuerdo con los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos emitidos por la OMS (ver tabla 6), que permitan a las usuarias elegir el método acorde a sus necesidades, preferencias y riesgos individuales.⁷

Después de un aborto, espontáneo o inducido, es posible usar cualquiera de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles (es decir, todos entran en categorías 1 y 2 de los Criterios de la OMS), siempre que no exista una contraindicación específica para ello en caso de no contar con el método anticonceptivo elegido por la usuaria, se debe realizar la referencia correspondiente a la unidad de salud y brindar la alternativa de otro método mientras se otorga el de su preferencia.

Se recomienda dar énfasis a la doble protección, mediante un método de barrera (condón interno o externo) para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, y a los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o la usuaria no desee contracepción definitiva. La consejería debe incluir también la información relacionada con la anticoncepción de emergencia, aclarando que si bien puede utilizarse las veces que se necesite, es menos eficaz que los métodos regulares y no protege contra infecciones de transmisión sexual.⁷

Así mismo, de acuerdo establecido en los Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) ⁽³⁵⁾ se puede iniciar el uso de los Anticonceptivos Orales Combinados (AOC) inmediatamente en el Post aborto del primer o segundo trimestre (espontáneo o inducido). En el caso de que inicie dentro de los primeros 7 días después del aborto, no deberá utilizar protección anticonceptiva adicional. Si han transcurrido más de 7 días desde el aborto se puede iniciar el uso de los AOC, siempre y cuando se tenga la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. En este caso, se deberá usar protección anticonceptiva adicional (condón externo o interno) o abstenerse de tener coito vaginal durante los siguientes 7 días.

7.7 Aborto seguro como servicio esencial.

Los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la anticoncepción y el aborto, son servicios esenciales que por su trascendencia son no diferibles. La atención al aborto, espontáneo e inducido debe ser prioritaria, debido a que es sensible al tiempo: es más seguro mientras más oportunamente se realice con respecto a la edad gestacional; su atención resolutive no debe aplazarse en ninguna circunstancia.⁷

Todo lo contrario, el negar o retrasar los servicios de aborto seguro, puede conducir a daños prevenibles e injustificados a mujeres y personas con capacidad de gestar, incluidas niñas y adolescentes, por lo cual es un imperativo ético y profesional garantizar su atención de forma oportuna, gratuita, segura y universal. Para hacer frente a la crisis por COVID-19, distintos órganos colegiados (ACOG, Society of Family Planning, RCOG, Commissioner of Human Rights/Council of Europe, FIGO) han apoyado la incorporación de estrategias remotas para garantizar la continuidad y la seguridad de la atención al aborto.⁹

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

La OMS ha recomendado a la telemedicina como una alternativa a las interacciones personales con el personal de salud para brindar servicios de aborto con medicamentos en su totalidad o en parte; e involucra la evaluación de la elegibilidad para el manejo farmacológico, la consejería y/o información relacionada con el proceso de aborto, la instrucción y facilitación activa de la administración de medicamentos y la atención de seguimiento posterior al aborto, todo a través de la telemedicina.⁸

El derecho a la salud se extiende a sus determinantes subyacentes, como es el acceso a información en salud e incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre cuestiones de salud, y bajo esa lógica define a la autoasistencia como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y hacer frente a enfermedades y discapacidades, con o sin el apoyo de un prestador de atención sanitaria, por lo que las mujeres tienen un papel que desempeñar en la gestión de su propia salud, incluyendo el aborto. Así, la OMS señala a la autogestión (automedicación, autotratamiento, autoadministración, autoutilización) como una solución para mejorar la salud y el bienestar, cuando es accesible y asequible. También ha destacado que, en determinadas circunstancias, se recomienda la gestión de medicación (mifepristona y misoprostol) sin supervisión directa del personal sanitario cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a proveedores de salud en cualquier momento del proceso.

El aborto autogestionado entonces, se refiere a la práctica de auto abastecimiento de medicamentos para el aborto, seguido de su autoadministración y de la autogestión del proceso de aborto, fuera de un contexto clínico. Adoptado inicialmente en muchos países por el confinamiento obligatorio derivado de la pandemia COVID-19, el acceso a este servicio esencial tiempo-dependiente por telemedicina o autogestión, podría ofrecerse como una opción más, junto con las intervenciones en los establecimientos de salud, según las preferencias y necesidades de las usuarias. Si bien se consideró como una solución provisional, debe reconocerse como una extensión potencialmente que empodera a las usuarias y activa el sistema de salud y los enfoques de reparto de tareas. Esta puede ser la mejor opción para un gran número de mujeres y personas embarazadas en todo el mundo, debido a que permite privacidad, autonomía y confidencialidad; y tales características son indicadores de calidad de una atención desmedicalizada, respetuosa y digna, y empoderan a las personas.⁷

7.8 Registro de la información en la atención del aborto seguro

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro,⁷ el personal de salud tiene la obligación de conformar adecuadamente el expediente clínico, haciendo constar cada uno de los momentos de la atención brindada, además es un derecho de las usuarias que toda intervención, comentario, información requerida, diagnóstico o valoración clínica conste a cabalidad en su expediente. También se deberán adjuntar los documentos que se consideren idóneos y necesarios para justificar y dar soporte a la atención proporcionada.

El adecuado registro de la información durante las acciones de atención en salud genera información veraz y da seguimiento a indicadores estratégicos, que orientan la toma de decisiones para favorecer la planeación integral y la toma de decisiones estratégica en la respuesta a las problemáticas de salud pública existentes. Generar información epidemiológica y elaborar indicadores de morbo-mortalidad relacionados con los abortos inseguros y la atención de la violencia sexual permite dar seguimiento a la política pública en estos temas.

Recomendaciones Generales.

De acuerdo con la Nota técnica N° 4.- Registro de la información en la atención del aborto seguro:¹⁰ el registro completo de los desenlaces de aborto en los formatos primarios oficiales de atención deberá ser realizado por el personal médico tratante explicitando el diagnóstico y el tipo de resolución (manejo clínico) con Medicamentos o Aspiración Manual Endouterina (AMEU). El personal codificador asignará el o los códigos correspondientes de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente CIE-10 y CIE-9-MC.

Los formatos oficiales primarios son:

Segundo nivel de atención

- Hoja de hospitalización SINBA-SEUL-14-P
- Hoja de atención obstétrica SINBA SIS 12-P
- En caso de que la atención brindada se haya realizado de manera ambulatoria se tendrá que marcar la variable de "corta estancia".

Primer nivel de atención

- Hoja de atención obstétrica SINBA SIS 12-P

En caso de que la atención brindada sea una IVE, se integrará el formato

- Hoja de lesiones/violencia SINBA SEUL-17-P
- Formato de Aviso al Ministerio Público.

Recomendaciones específicas:

En las siguientes tablas se detalla el registro y codificación del Diagnóstico clínico de los abortos espontáneos e inducidos:

ABORTOS ESPONTÁNEOS
<p>ACTIVIDAD: REGISTRO</p> <p>Responsabilidad: Personal de salud que brinda la atención</p> <p>Diagnósticos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto espontáneo completo/incompleto - Aborto inevitable - Aborto en evolución
<p>ACTIVIDAD: CODIFICACIÓN</p> <p>Responsabilidad: Personal de las áreas de registro de información, estadística o afines.</p> <p>Afección principal: O03 Aborto Espontáneo (Para el cuarto carácter se podrán utilizar las subdivisiones que correspondan de acuerdo con la CIE-10).</p>
<p>ACTIVIDAD: REGISTRO</p> <p>Responsabilidad: Personal de salud que brinda la atención</p> <p>Diagnósticos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto diferido

ACTIVIDAD: CODIFICACIÓN**Responsabilidad:**

Personal de las áreas de registro de información, estadística o afines.

Afección Principal: O02.1 Aborto Retenido.

ABORTOS INDUCIDOS**Interrupción Legal del Embarazo (ILE)****ACTIVIDAD: REGISTRO****Responsabilidad:**

Personal de salud que brinda la atención

Diagnósticos clínicos

Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

ACTIVIDAD: CODIFICACIÓN**Responsabilidad:**

Personal de las áreas de registro de información, estadística o afines.

- **Afección Principal:** Z30.3, Extracción menstrual (ILE)
- **Segunda afección:** O04, Aborto médico Re selección de la Afección principal: Z30.3

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**ACTIVIDAD: REGISTRO****Responsabilidad:**

Personal de salud que brinda la atención

Diagnósticos clínicos

- Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

ACTIVIDAD: CODIFICACIÓN

Responsabilidad:

Personal de las áreas de registro de información, estadística o afines.

- **Afección Principal:** Z30.3, Extracción menstrual (IVE)
- **Segunda afección:** T74.2, Abuso sexual (Violación)
- **Tercera afección:** T19.2, Efecto de cuerpo extraño en vulva y en vagina
- **Cuarta afección:** O04, Aborto

médico

Re-selección de la Afección principal:

Z30.3

- **Causa externa:** Y05, Agresión sexual con fuerza corporal
(El cuarto dígito se asignará dependiendo del lugar de ocurrencia reportado)

Otros motivos de aborto relacionados con salud integral

ACTIVIDAD: REGISTRO

Responsabilidad:

Personal de salud que brinda la atención

Diagnósticos clínicos

- Abortos relacionados con afectaciones a las esferas de la salud integral (física, mental y social)

ACTIVIDAD: CODIFICACIÓN

Responsabilidad:

Personal de las áreas de registro de información, estadística o afines.

- **Afección Principal:** Z30.3, Extracción menstrual
- **Segunda afección:** O04, Aborto médico
- **Tercera afección:** Condición de salud integral que motivó el aborto, por ejemplo, O99.3, trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, parto y puerperio.

Evitar colocar en el registro del expediente

- Aborto
- Aborto Seguro
- NOM 046
- PO LUI
- Dejar vacía la variable afección principal

Para el caso de la IVE, al ser consecuencia de una violación sexual, se debe atender como urgencia médica. Debido a que no existe límite de temporalidad con respecto a la edad gestacional para brindar el servicio, no deben solicitarse requisitos que no estén previstos en el marco legal que representen una barrera para el acceso al servicio, tales como denuncia previa o autorización por instancias ministeriales. El único documento adicional a los formatos que integrarán el expediente será la simple solicitud, de la usuaria afectada, bajo protesta de decir verdad y en formato libre.

MANEJO CLÍNICO (PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN)

ACTIVIDAD: CODIFICACIÓN

Responsabilidad:

Personal de las áreas de registro de información, estadística o afines con base en el expediente clínico.

- **Misoprostol y Mifepristona**
75. A4 Administración de Otro medicamento para interrupción del embarazo.
- **Misoprostol solo**
75. A1 Administración de Misoprostol para interrupción del embarazo.
- **Aspiración Manual Endouterina (AMEU)**
69.51 Legrado por aspiración de la cavidad uterina para terminación del embarazo(AMEU).

Certificado de Muerte Fetal

Para interrupciones menores a 22 semanas de gestación no se realiza certificado de muerte fetal, a menos que exista la solicitud explícita de la usuaria. Cuando así proceda, el certificado puede llenarse con la siguiente información:

Recomendaciones generales sobre el registro

Durante los ejercicios de capacitación y supervisión se hará énfasis en los siguientes elementos:

- Evitar el uso de abreviaturas y tachaduras en el registro de las variables de los formatos primarios.
- Integrar toda la información requerida.
- La “afección principal” y las “otras afecciones” relevantes en la atención deben ser registradas por la persona a cargo de la atención.

17. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)		Especifique si la causa fue:		Código CIE
		MATERNA	FETAL	
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica	a) Muerte fetal de causa no especificada Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	P95
	b) Interrupción Voluntaria del Embarazo Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Z30.3
	c) Abuso Sexual Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	T74.2
	d) Agresión sexual con fuerza corporal Debido a (o como consecuencia de)	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	Y05
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre o gestante que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo		<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		P	9	5

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

En apego a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, todas las intervenciones médicas y quirúrgicas, cuando sea el caso, deben quedar registradas en las notas clínicas y ser debidamente codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente (CIE-10), independientemente de la modalidad de tratamiento con la que se atendió. Toda información referente a la atención otorgada en las unidades de salud a usuarias, niñas y adolescentes víctimas de violencia debe ser documentada en el formato de "Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión", SINBA SEUL-17-P de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

En este formato se incluyen datos de la usuaria, agresor, características del evento, sitio de ocurrencia, áreas anatómicas afectadas, consecuencias resultantes de la agresión y afecciones tratadas. Cabe destacar que, en los casos de aborto no se expide certificado de muerte fetal. Al respecto, el 28 de diciembre del 2021 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.

En las instrucciones vigentes, en el reverso del formato, se señala que: "debe ser expedido por una/un médica/o, preferentemente por la (el) que atendió la expulsión o extracción, para productos a partir de 22 semanas de gestación (es posible certificar productos de 21 semanas o menos, si los padres requieren los restos para darles destino final). En los lugares donde no haya médica/o, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud". Así mismo, en alineación con lo determinado por la SCJN, destaca que, en ningún documento normativo, como el manual de llenado o el instructivo al reverso del formato, se indica que se deba dar aviso a alguna autoridad competente distinta a la sanitaria para la certificación.

Tabla 6 Anticoncepción postaborto

Método anticonceptivo	Momento de inicio del Método	Categoría OMS.
Reversible de acción corta: <ul style="list-style-type: none"> • Hormonal de solo progestina • Hormonal Combinado 	- De forma simultánea con la toma de la mifepristona o con la primera dosis de misoprostol (régimen combinado o misoprostol solo, respectivamente).	1
Reversible de acción prolongada: <ul style="list-style-type: none"> • Inyectable de solo progestina • Implante Subdérmico • Dispositivo intrauterino T de cobre • Medicado con levonorgestrel 	Los reversibles de solo progestina (inyectable e implante subdérmico) se pueden administrar: <ul style="list-style-type: none"> - De forma simultánea con la toma de la mifepristona o con la primera dosis de misoprostol (régimen combinado o misoprostol solo, respectivamente) - Después de la AMEU/dilatación y evacuación, previo al egreso de la usuaria de la unidad de salud El dispositivo intrauterino (cobre/levonorgestrel) se puede colocar inmediatamente después de la realización de la AMEU/dilatación y evacuación o cuando se haya valorado el éxito del aborto farmacológico. - Contraindicado en caso de un aborto séptico (categoría 4). - El DIU entra en categoría 1 en el 1er trimestre y 2 en el segundo. 	1 y 2*
Definitivo <ul style="list-style-type: none"> • Vasectomía • Oclusión tubaria bilateral 	- Se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria, tan pronto como sea posible y previo al alta del proceso de atención al aborto cuando se cuente con las condiciones adecuadas para ello: paridad satisfecha, consentimiento informado, quirófano para cirugía ambulatoria y demás consideraciones clínicas asociadas a estos procedimientos. <ul style="list-style-type: none"> - De no poder brindarse la oclusión tubaria bilateral en el momento en el que la usuaria lo solicita, se debe otorgar otro método temporal y la referencia al sitio donde se pueda llevar a cabo. 	1

- Se recomienda enfatizar la doble protección y los métodos reversibles de larga duración cuando no exista paridad satisfecha o no se deseen métodos definitivos.
- La consejería debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia. De acuerdo con los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS, la edad como único criterio
NO es una razón para negar cualquier tipo de anticonceptivo a las adolescentes por lo que deben de tener acceso a todas las opciones y pueden usar cualquier método anticonceptivo, siempre que no exista contraindicación específica para ello (como con usuarias de otros grupos etarios).
- En personas menores de 18 años, los inyectables de sólo progestina entran en categoría 2 de los criterios de la OMS

Fuente: Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México (2022). Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Página 85.

8. ESTRATEGIAS, METAS E INDICADORES

ESTRATEGIA 1.

Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro según el marco legal vigente. Fortalecer y ampliar la capacidad de infraestructura, técnicas básicas, de respuesta y seguimiento de las unidades de salud para garantizar la atención del aborto seguro con base en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Líneas de acción:

1.1. Fortalecer la capacidad técnica y de respuesta del sector salud para garantizar la atención del aborto seguro.

- INDICADOR 1.1: Número de unidades de primer y segundo nivel que conocen y aplican el Programa Estatal de Aborto Seguro y el Lineamiento Técnico de Aborto Seguro.
- META: 80% de unidades de primer y segundo nivel que conocen y aplican el Programa Estatal de Aborto Seguro y el Lineamiento Técnico de Aborto Seguro.
- Duración, frecuencia y método verificación:
 - A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.

1.2. Asegurar la disponibilidad de insumos y equipamiento necesario para realizar el aborto seguro.

- INDICADOR 1.2: Número de unidades de segundo nivel que tiene disponibles insumos: misoprostol, mifepristona, y AMEU

- META: 90% Unidades de segundo nivel que tiene disponibles insumos: misoprostol, mifepristona, y AMEU
- Duración, frecuencia y método verificación:
 - A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.

ESTRATEGIA 2.

Promover la formación y profesionalización de los equipos interdisciplinarios de salud para la realización del aborto seguro e impulsar los servicios de atención integral al aborto seguro basados en tecnologías apropiadas y en evidencia científica considerando la edad gestacional, mediante la capacitación a equipos multidisciplinarios de salud, con la finalidad de contar con personal suficiente que no sean objetores de conciencia.

Líneas de acción:

2.1 Facilitar los servicios de atención integral al aborto seguro basados en técnicas apropiadas y en evidencia científica de acuerdo con la edad gestacional, y disminución/ erradicación del Legrado uterino instrumentado (a excepción de que el manejo médico lo justifique)

- INDICADOR 2.1: Capacitar sobre las directrices y lineamientos para el manejo de los casos del aborto seguro y sensibilizar en el marco legal, derechos humanos y perspectiva de género a todo/a prestador/a de servicios de salud y dependencias vinculadas.
- META: 100% número de capacitaciones:
2 capacitaciones presenciales y 3 capacitaciones en línea.
- Duración, frecuencia y método verificación:
 - A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.

2.1 Conformar un equipo multidisciplinario para el seguimiento, supervisión y atención del aborto seguro.

- INDICADOR 2.2: Número de personal contratado para la coordinación y supervisión a nivel estatal y número de personal contratado para la atención del aborto seguro en las unidades de segundo nivel
- META: 100%: 2 personas con perfil de medica/o y psicóloga/o contratado para la coordinación estatal y supervisión a nivel estatal y 7 personas con perfil de medica/o general y/o especialista en ginecología y obstetricia contratado para la atención del aborto seguro en las unidades de salud
- Duración, frecuencia y método verificación:

- A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.
- 2.2 Implementar el manejo ambulatorio en la interrupción del embarazo en los casos médicamente pertinentes, de acuerdo con las preferencias de las mujeres, mientras esto no represente un riesgo para ellas, durante todo el proceso, tanto en primer como en segundo nivel de atención.
- INDICADOR 2.3: Capacitar y actualizar en el manejo integral del aborto seguro, con énfasis técnicas médicas y quirúrgicas para el aborto seguro en apego a los estándares vigentes de la Organización Mundial de la Salud.
 - META: 100%: 2 capacitaciones presenciales y 3 capacitaciones en línea.
 - Duración, frecuencia y método verificación:
 - A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.

ESTRATEGIA 3.

Realizar acciones de registro, seguimiento, monitoreo y supervisión puntual e integral de la atención a usuarias en los casos de aborto seguro para garantizar el cumplimiento en las unidades de salud.

Líneas de acción:

- 3.1 Evaluar el avance del programa en las Unidades mediante las visitas de supervisión y asesoría en apego a la metodología y los lineamientos pertinentes.
- INDICADOR 3.1: Número de supervisiones a las unidades de salud para implementación del Lineamiento Técnico y las rutas de atención y procedimientos en los SAS en las unidades de salud del estado.
 - META: 100%: 7 supervisiones a las unidades de salud para implementación del Lineamiento Técnico y las rutas de atención y procedimientos en los SAS en las unidades de salud del estado.
 - Duración, frecuencia y método verificación:
 - A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.
- 3.2 Entregar resultados de la visita de supervisión a las áreas involucradas, así como generar acuerdos y compromisos para acciones de mejora.
- INDICADOR 3.2: Informe final de resultados de acuerdo con la supervisión a las áreas involucradas, así como generar acuerdos y compromisos para acciones de mejora supervisiones a las unidades de salud.

- META: Entregar un (1) informe final de resultados de acuerdo con la supervisión a las áreas involucradas, así como generar acuerdos y compromisos para acciones de mejora supervisiones a las unidades de salud.
 - Duración, frecuencia y método verificación:
 - A corto plazo: 1 año.
 - Reporte de Informe de avances anual.
- 3.3 Registrar los abortos llevados a cabo, por tipo de causa legal conforme a un formato paralelo a cargo de las unidades.
- INDICADOR 3.3: Elaborar un (1) registro anual de los abortos que se realizan en el estado.
 - META: Entregar un (1) registro anual de los abortos que se realizan en el estado.
 - Duración, frecuencia y método verificación:
 - A corto plazo: 1 año.
 - Herramienta e informe anual

ESTRATEGIA 4.

Fomentar el acceso a información oportuna sobre aborto seguro para garantizar los derechos sexuales y reproductivos y evitar el estigma.

Línea de acción:

- 4.1 Elaborar y difundir información a mujeres sobre atención del aborto seguro mediante acciones de comunicación tanto de manera digital como impresa sobre el derecho al acceso y atención del aborto seguro entre la población y personal de salud.
- INDICADOR 4.1: Campaña de difusión permanente digital sobre el derecho al acceso y atención del aborto seguro entre la población y personal de salud.
 - META: 100%: Una (1) campaña de difusión permanente digital sobre el derecho al acceso y atención del aborto seguro entre la población y personal de salud
 - Duración, frecuencia y método verificación:
 - A largo plazo: 5 años.
 - Reporte de Informe de avances anual.

9. PRINCIPIOS GUÍA DEL PROGRAMA

- **El principio de autonomía**, incluyendo la autonomía reproductiva, alude al derecho de la paciente a decidir por sí misma sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida.

- **Principio de no maleficencia** El principio de no maleficencia significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta.
- **Principio de beneficencia** El principio de beneficencia se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto. Cuando el personal de salud considera los potenciales beneficios y efectos adversos de un tratamiento, está haciendo un análisis de riesgo/beneficio, y en la decisión final de prescribir o no un tratamiento se rige por los principios de no maleficencia y beneficencia simultáneamente.
- **Principio de Justicia Social** El principio de justicia obliga a tratar a cada paciente como le corresponde; esto es, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio se encuentra detrás del ideal de tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la población de manera equitativa.
- **Confidencialidad** Debe preguntarse a la mujer sólo aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta, explicando la importancia clínica de contar con dichos datos.
- **Privacidad** Los servicios de salud y el personal de salud que realicen los procedimientos de Interrupción del embarazo, deben respetar la dignidad y privacidad, otorgando un espacio digno, seguro y adecuado que requiera en su atención.
- **Accesibilidad** Se refiere a la disponibilidad de espacios físicos, materiales, horarios disponibles, personal de salud capacitado y sensibilizado para brindar la atención solicitada, facilitando su acceso de manera diligente, oportuna e inmediata.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- **No discriminación:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- **Accesibilidad física:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas, poblaciones indígenas y afroamericanas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

Accesibilidad económica (asequibilidad): Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todas/os.

Acceso a la información: Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.¹¹

- **Rapidez y gratuidad** A las mujeres que soliciten o requieran que se les realice una interrupción dentro del marco legal vigente, se les debe garantizar una atención ágil e inmediata. Lo referente a este servicio será gratuito.
- **No discriminación** El personal de salud no podrá realizar distinción, exclusión o restricción de los servicios previstos en el presente programa, basado en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, orientación sexual, estado civil, roles y estereotipos de género, o cualquier otra.
- **Trato humanizado** Las y los servidores públicos, deberán tratar de manera cordial, respetuosa, cálida, empática y con paciencia a toda persona que solicite el servicio referido en el programa.
- **Interés superior de la niñez** El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se deberá elegir la que cumpla de manera más efectiva este principio rector tomando en cuenta la decisión de niñas, niños y adolescentes.
- **Interseccionalidad** Cuando una persona gestante solicite el aborto seguro, se le otorgará el acceso sin importar su condición social, raza, nacionalidad, género, edad, diversidad, etcétera, pero todas estas categorías, bajo este principio de interseccionalidad, serán consideradas para la valoración de las causas que le generan la vulnerabilidad o desigualdad y sobre todo, bajo la perspectiva de que el aborto como opción terapéutica, es solo una de las acciones tendentes a que la persona alcance o sea restablecida en su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, es decir, para buscar corregir todos estos factores que generan la desigualdad.

Principios especializados para mujeres en calidad de víctimas

- **Principio de Buena Fe**

Las autoridades presumirán la buena fe de las víctimas. Las/los servidores públicos que intervengan con motivo del ejercicio de derechos de las víctimas no deberán criminalizarla o responsabilizarla por su situación de víctima y deberán brindarle los servicios de ayuda, atención y asistencia desde el momento en que lo requiera, así como respetar y facilitar el ejercicio efectivo de sus derechos.

- **No criminalización**

El Personal de salud, para el caso de atención a mujeres en calidad de víctima, no deberá agravar el sufrimiento ni tratarla en ningún caso como sospechosa o responsable de la comisión de los hechos que denuncie. En ninguno de los procedimientos previstos en el programa se permitirá la estigmatización, actitud machista, el prejuicio (roles y estereotipos de género, edad, situación económica, origen étnico, u otras) y las consideraciones de tipo subjetivo.

- **Máxima protección**

El personal de salud debe velar por la aplicación más amplia de medidas de protección a la dignidad, libertad, seguridad y demás derechos de las mujeres que acudan a los servicios en calidad de víctima.

I. **CONSIDERACIONES GENERALES**

En este documento se contemplan los parámetros para evaluar las solicitudes de interrupción del embarazo conforme a los últimos criterios y precedentes emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (en adelante SCJN), tendentes a eliminar la discriminación estructural a las mujeres, contextualizando la salud como fue definida por la OMS y adoptada en nuestra Ley General de Salud, "... es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"; tanto de las que deriven de la despenalización del aborto dentro de las primeras doce semanas de estación, el aborto con excluyente de responsabilidad penal entre la semana doce con un día y 22 semanas de gestación, y la interrupción del embarazo por estado de necesidad o ausencia del bien jurídico tutelado (a partir de la semana 22 con un día de gestación).

La salud bajo su concepto integral se convierte en punto central de este Programa Estatal de Aborto Seguro: y siendo un derecho consagrado desde el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cuyo ejercicio se asocia con el principio de interdependencia, con el acceso a la información, a la igualdad y no discriminación, a la vida digna y libre de violencia entre otros, para la interpretación de sus alcances las autoridades deberán apegarse, bajo el principio Pro persona a aquella normativa que les proteja más ampliamente; lo que implica que al existir disposiciones normativas en el ámbito internacional, federal y local así como dos precedentes de amparos en revisión resueltos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación y la reciente reforma al Código Penal para el Estado de Guerrero, el marco normativo que otorga el acceso al aborto seguro es suficiente para garantizar a las personas gestantes el ejercicio de sus derechos con autonomía y sin discriminación.

En ese sentido, es responsabilidad de los prestadores de servicios de salud, más aún para las y los servidores públicos, además de otorgar atención integral a las personas gestantes, evaluar el riesgo del embarazo e informarles de manera objetiva y precisa cuando sea calificado con alto riesgo, así como de su derecho al acceso al aborto cuando se actualice alguna otra de las fracciones del artículo 159 V recién reformado del Código Penal para el Estado de Guerrero, a fin de que puedan tomar decisiones informadas.

Ante las solicitudes de interrumpir embarazos de hasta doce semanas de gestación, o de trece semanas y hasta la 22 con alguna excluyente de responsabilidad penal, o la necesidad o emergencia de hacerlo con más de 22 de productos inviábiles o vivos con altas probabilidades de viabilidad en que se actualice un estado de necesidad, de ninguna manera podrán imponerse trámites burocráticos que alarguen o posterguen la respuesta de la Institución a la persona gestante o quien legalmente la represente que lo solicite, por lo que, desde el momento en que quede plasmada la solicitud o determinación en el expediente clínico y hasta el momento en que sea otorgada la respuesta, mediará un plazo no mayor a tres días hábiles¹², pudiendo superarlos únicamente cuando se justifique su demora por la realización de estudios clínicos, análisis médicos, psicológicos o de trabajo social indispensables para acreditar la existencia de la excluyente del delito por factores de riesgo del embarazo o para conocimiento del estado de salud para la elección del procedimiento o referencia. Cuando la gestante se encuentre en peligro de muerte o riesgo muy alto, o dentro de los límites de la edad gestacional para la práctica de la interrupción por su sola determinación (12 semanas) o con excluyente del delito (22 semanas), tanto la respuesta como el procedimiento deberán ser con la inmediatez o urgencia que el caso amerite, para evitar dilaciones que modifiquen la causa de acceso al aborto por la temporalidad en la gestación o restrinjan el derecho.

II. MEDIOS DE ACCESO AL ABORTO SEGURO

A fin de que el personal de los Servicios de Salud de Guerrero tenga mayor certeza sobre las formas en que se dará la atención y respuestas a las solicitudes de interrupción del embarazo, con fines didácticos se pueden clasificar en tres tipos:

- a) Las solicitudes de aborto dentro del periodo despenalizado del mismo (hasta las doce semanas completas de gestación), contemplado en el artículo 159 del Código Penal para el Estado de Guerrero.
- b) Las solicitudes enlistadas en las fracciones I a IV del artículo 159 del Código Penal para el Estado de Guerrero, después de las 12 y hasta las 22 semanas de gestación, (incluyendo el alto riesgo precalificado por el Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015).

c) Las interrupciones por ausencia de bien jurídico tutelado por la norma o por estado de necesidad más allá de la semana 22 de gestación de conformidad con el artículo 24 fracción IV concatenado con alguna de las fracciones del 159 del Código en cita.

Abortos seguros dentro de las doce semanas completas de gestación

Para los casos de abortos hasta las doce semanas de gestación, no se pedirán a las personas requisitos adicionales a los que se solicitan para la atención médica regular, únicamente su solicitud por cualquier medio o vía que garantice y evidencie su voluntad¹³.

Cabe señalar que estas interrupciones aplican para personas mayores de edad, y para menores de 18 pero mayores de 14 cuando no existan indicadores de violencia ni denuncia por estupro.

Bajo el principio de interés superior de la niñez y conforme a los artículos 12 fracciones VIII y IX y último párrafo, 17, 39, 40 y 41 fracción I y 43 de la Ley de derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de Guerrero; así como 2 fracciones I y V, 19 fracción XXX inciso a) y 23 fracción II de la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Guerrero, a toda persona gestante que requiera una interrupción de embarazo no penalizado, se aplicarán las herramientas de detección de violencia, como parte de las acciones de SESGRO., para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, adolescentes, niñas y niños.

En caso de resultar positiva a embarazo por violencia sexual, además de darle el servicio de aborto seguro, se seguirá el procedimiento marcado para la atención de víctimas de violencia sexual; ya que, al coincidir la inexistencia de delito de aborto con el aborto con excluyente de responsabilidad penal, se aplica de ambos supuestos lo que más beneficia a la persona, respetando su autonomía y el trato de víctima para garantizar su acceso a la justicia y la reparación del daño.

Cuando en proceso de atención a una solicitud de aborto conforme al artículo 159 del Código Penal se verifique que la edad gestacional del producto es mayor de doce semanas completas, se informará a la persona gestante, y si confirma que continúa su voluntad de interrumpirlo, se procederá a verificar la existencia de alguna excluyente del delito del artículo 157 del mismo ordenamiento.

De ser necesario y a solicitud de la paciente con respeto de su autonomía, se otorgará asistencia psicológica durante o posterior al procedimiento de aborto no penalizado.

En todos los casos se otorgará asesoría sobre métodos de anti-concepción con pertinencia cultural y respeto de derechos reproductivos, a fin de que la usuaria tenga la información suficiente para evitar embarazos no deseados.

Solicitudes de interrupción del embarazo motivadas por condiciones señaladas en el artículo 154 del Código Penal para el Estado de Guerrero

Aspectos comunes a las fracciones del artículo 159

Ninguna de las fracciones que especifica el artículo 159 como medios de acceder al aborto con excluyente de responsabilidad penal otorga un término límite para la interrupción del embarazo; por lo que, para efectos de la práctica, en este Programa de Aborto Seguro se otorgan los criterios conforme a las disposiciones legales aplicables que ayuden al personal en la toma de decisiones para cada tipo de caso.

El artículo 159 especifica las “excluyentes de delito de aborto”; mientras que el 159 define el “delito de aborto” como la interrupción del embarazo después de las doce semanas de gestación, por lo que de manera general el término aborto como delito, aparentemente abarca la temporalidad desde el término de las 12 hasta antes de las 39 semanas que califican una gestación completa; sin embargo, el aborto tácitamente implica la expulsión de productos no vivos o sin viabilidad, por lo que cuando del avance gestacional existan posibilidades de obtener productos vivos y viables, ya no serían abortos, sino partos pre término, con recién nacidos prematuros.

Siendo el aborto la expulsión o extracción de un producto sin vida o no viable, y toda vez conforme a las experiencias en nacimientos prematuros a nivel internacional, después de las semana 24 se han obtenido nacimientos vivos que con asistencia médica temporal resultaron viables, y debido a que en la práctica hay un margen de error de 2 semanas en el cálculo de la edad gestacional aun con uso de USG, existe la posibilidad de que a un producto que le fueron calculadas 22 semanas cumplidas de gestación, tenga en realidad 24 semanas cumplidas, y derivado a que después de la semana 24, (25 en promedio en países desarrollados y 28 para los subdesarrollados), existen posibilidades de obtener productos vivos y viables pero con factores de riesgo asociados a su calidad de vida debido a su prematurez; por lo que una interrupción de un embarazo de 24 semanas ya no tendrá pronóstico de aborto.

Según criterio tomado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos¹⁴, en la interpretación que hace del derecho a la vida plasmado en artículo 4º de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs Costa Rica, la protección de la vida prenatal es gradual e incremental, (por lo que

la plenitud del derecho a la vida, se entiende, se alcanza al nacer vivo y viable, al constituirse como persona), y señala además el principio de la satisfacción de un bien contrario, cuando se justifique la obstrucción de otro.

Por lo anterior, la razón de que el Código Penal no establezca un límite para interrumpir el embarazo mediando excluyente del delito, obedece a la necesidad de proteger y garantizar a las mujeres, adolescentes, niñas y en general las personas gestantes que se encuentren en circunstancias justificadas por significar la continuidad del embarazo un riesgo mayor para ellas, (como el peligro de muerte en urgencia o emergencia médica¹⁵, o cuando no exista bien jurídico tutelado por el derecho¹⁶ entre otras que en la práctica puedan surgir) y requieran interrumpir embarazos de gestaciones avanzadas más allá de las 22 semanas, tengan el debido acceso al servicio evitando que por temor a represalias legales ante límites en edades gestacionales, les sea negado el servicio.

Aborto por imprevisión

La mujer que llegue a solicitar servicios por encontrarse en aborto en proceso, o una vez concluido para la post atención, sin importar la edad gestacional tiene derecho a que se le otorgue el acceso y servicios de salud, ya que el denominado aborto espontáneo constituye el aborto por imprevisión, ya sea porque no sabía que estaba embarazada, o que este se haya generado por accidente no provocado por esta, y ya sea incompleto, en evolución, inevitable o diferido, se debe otorgar la atención médica y no existirá ninguna responsabilidad ni para la usuaria ni para el personal de salud, ya que el aborto no fue inducido por estos últimos y por lo tanto hay ausencia de conducta. Este tipo de aborto no tiene término y la consideración como tal será determinada por la inviabilidad.

La herramienta de detección de violencia sigue siendo parte importante en la atención integral de las personas gestantes, toda vez que un aborto por aparente imprevisión puede estar asociado a violencia cometida en su contra o a interrupción forzada.

En atención post aborto (tanto en aquellos causados por imprevisión como los inducidos por causa legalmente justificada), no existe derecho a la objeción de conciencia, ya que esta se puede ejercer solo por los responsables (personal médico o en su caso de enfermería) de realizar el procedimiento, es decir, de inducirlo, no por atender alguna complicación o servicio relacionado posterior al aborto.

Acceso al aborto por violación o pederastia, e inseminación artificial no consentida¹⁷

Las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, en términos de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (en adelante, NOM 046), podrán solicitar en formato previsto en el Programa Estatal o en escrito

libre bajo protesta de decir verdad, la interrupción voluntaria del embarazo, misma que será integrada al expediente clínico de la paciente, debiendo contener el sello que ampare la fecha y hora de recepción. Este servicio está considerado por la propia Norma como urgencia médica y por la Ley General de Víctimas como emergencia médica, por lo que requiere atención inmediata. Estos casos no necesitan de denuncia previa o posterior a la solicitud por parte de la paciente; así mismo, las menores de edad a partir de los doce años pueden solicitar la interrupción sin necesidad de que lo hagan sus padres o quien legalmente las represente.

Cuando se trate de embarazos por pederastia¹⁸ se deberán extremar los cuidados y considerar que:

- ✓ Prevalece ante todo el interés superior de la niñez;
- ✓ No se deberá someter a las consecuencias de un delito del que fue víctima, ya que ello constituye trato cruel, inhumano o degradante según consideraciones de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el Amparo en Revisión 601/2017.
- ✓ Se evitarán las referencias que puedan constituir revictimización y solo se permitirán aquellas realizadas a instituciones de salud que garanticen el nivel más alto posible y atención profesional y de mayor experiencia en el tipo de procedimiento que se deba practicar conforme a la edad gestacional y de la niña, así como su salud.
- ✓ No se podrá ejercer objeción de conciencia de parte del personal responsable del procedimiento, a menos que en la misma Unidad Hospitalaria existan no objetores que puedan realizarlo con el trato de emergencia médica.
- ✓ Se deberá considerar y justificar que, si llega en periodos tardíos a requerir la interrupción, pudo ser por falta de autonomía, presencia de otros delitos en su contra, desconocimiento de esa opción o factores culturales que se lo hayan impedido, por lo que están prohibidas las conductas u omisiones discriminatorias y tendentes a culparla, castigarla o responsabilizarla por solicitar el servicio pasadas las 22 semanas de gestación.
- ✓ En caso de acudir en periodos tardíos a solicitar la interrupción y opte por dar en adopción al recién nacido, la institución realizará los trámites conducentes, evitándole cualquier clase de contacto que la revictimice durante proceso de alumbramiento o posterior al nacimiento.

Los mismos criterios de atención deberán observarse para violaciones sexuales (a personas mayores de edad) con consecuencias o daños físicos o psicológicos graves diagnosticados durante su atención.

En los casos de embarazo probable producto de violencia sexual, deberá realizarse el aviso ante la Fiscalía competente para investigar en su caso los hechos.

En la aplicación de las herramientas de detección de violencia, se deberá considerar la edad de la embarazada, debiendo poner avisos, además, cuando:

- a. Sea menor a catorce años;
- b. Cuando se trate de menores de más de catorce años, pero menores de 18 aunque argumente consentimiento del acto sexual, pero existan más de siete años de diferencia con la pareja;

El producto de la gestación de un embarazo por violación puede constituir indicio dentro de las investigaciones penales, y siendo derecho de la víctima como aportante bajo principio de autonomía, decidir si este se presenta o no ante la Fiscalía, se deberá preguntar y respetar su decisión¹⁹, para enviar en su caso el aviso de la interrupción a la autoridad para que proceda con la recolección del mismo. Para este efecto se preferirá la interrupción mediante el procedimiento que otorgue fecha y hora cierta de expulsión.

Cuando por la edad gestacional exista el pronóstico razonable de obtener producto vivo y viable conforme a datos estadísticos relacionados con nacimientos prematuros y registros existentes en el Estado, se deberá informar a la usuaria que, entre sus opciones, además de la interrupción, se encuentra la de dar en adopción; este proceso deberá realizarse con la asistencia psicológica para evitar la revictimización.

Acceso al aborto por peligro de muerte o riesgo de afectación a la salud

Todo embarazo puede traer consigo riesgos; sin embargo, no todos tienen probabilidades altas de generar en la persona gestante un daño a su salud temporal o permanente o poner en peligro su vida.

Es muy importante en la valoración de los factores que constituyen riesgos de afectación a la salud, considerar todo el contexto socio cultural de las mujeres y niñas y no solo los factores biológicos, y otorgar información completa y objetiva bajo el contexto de salud integral a que tienen derecho.

La fracción III del artículo 159 contempla dos supuestos para el acceso al aborto seguro, el del peligro de muerte y el de riesgo por afectación de la salud; el primero cuenta con los factores determinantes de la “morbilidad materna severa” para acreditarlo; y para el segundo, se pueden utilizar criterios pre establecidos y validados por la práctica médica y manuales o guías de práctica médica o clínicas.

La calificación del riesgo surge dentro de la atención de las personas gestantes como un método para que, durante el periodo de gestación, el parto y el puerperio sean atendidas con el nivel que cada caso requiera; así, un embarazo de riesgo bajo tendrá un mínimo indispensable en su atención, y uno de alto riesgo será vigilado y referido para atención a nivel hospitalario necesario. Este enfoque en calificación del riesgo como método de prevención de morbilidad materna o de productos embrionarios, fetales o recién nacidos, se convierte en una herramienta práctica para determinar la procedencia de aborto seguro por riesgo o afectación a la salud como excluyente del delito contemplado por el segundo supuesto de la fracción III del artículo 159 del Código en cita.

Los factores de riesgo en el embarazo (mismos que se enlistan en la tabla siguiente), han sido ya ubicados por la práctica médica, tomados del enfoque de riesgos que los diferencia de los preconceptionales y los obstétricos; a los que se suman los sociales y psicológicos (que también pueden ser pre-concepcionales o desarrollarse durante el embarazo), como potencializadores de dicho riesgo.

Ahora bien, dado que la fracción III del artículo 159 de la reforma únicamente establece el riesgo para la salud como excluyente del delito, sin determinar a qué clase o tipo se refiere, surge la necesidad de determinar un estándar para la calificación de los riesgos que incluya la acepción de la salud en su contexto integral.

Al respecto, como precedente tenemos el Amparo en revisión 1388/2015 de la SCJN, mismo en que el alto riesgo es analizado como la posibilidad del daño para la paciente, y es en dicha calificación que constaba en el expediente clínico de la quejosa, la que finalmente otorgó los elementos para determinar que tenía derecho de elegir el aborto como opción terapéutica, al resolver que “cuando la continuación del embarazo afecta la salud de la mujer en su dimensión física, mental o social, la posibilidad de optar por su terminación es un ejercicio de sus derechos a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad”; por lo que se cuenta ya con un precedente de la Suprema Corte de Justicia, autoridad máxima en la garantía de protección de los derechos humanos de las personas, para considerar que la calificación de alto riesgo puede ser el estándar utilizado para determinar el acceso al aborto seguro por riesgos de afectación a la salud, esto toda vez que existen guías en la práctica de la ginecología y documentos con respaldo científico que muestran cómo se constituye y

califica el alto riesgo obstétrico; factores que además incluyen los riesgos biológicos y psicosociales como la pobreza y condiciones culturales, por lo que esta herramienta es fiable para la determinación favorable al acceso al aborto seguro a quienes lo soliciten.

Es por lo explicado, que se incluyen como factores de riesgo de muerte los contenidos en el “Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Severa” para el peligro de muerte; y para riesgos de afectación a la salud, aquellos tomados de la información que consta en el documento denominado “Atención Prenatal con enfoque de riesgo”, del Estado de México, que coincide con el similar para el Estado de Guerrero; para calificar el riesgo, así como las opiniones de médicos con especialidad de Ginecología.

Riesgo de muerte	Factores que lo pueden generar
Servicio de aborto por riesgo 3, muy altos, peligro de muerte de la persona embarazada.	Los considerados en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Severa, y aquellas eventualidades que pongan a la gestante en peligro de muerte, con lo que la prioridad será salvarle la vida a aquella, aun en la posibilidad de afectar la vida y/o salud del producto.

Riesgo de afectación	Descripción de factor de riesgo
Servicio de aborto derivada de riesgos de afectación a la salud.	Embarazo de Alto riesgo con alta probabilidad de daño grave o muy trascendente de morbilidad para la madre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensión arterial o diabetes descompensada de difícil control médico. ✓ VIH positivo o SIDA. ✓ Obesidad mórbida (IMC mayor a 35 con comorbilidades o mayor a 40). ✓ Embarazo en adolescentes o mujeres de 35 años de edad o más. ✓ Neoplasia maligna en tratamiento. ✓ Cardiopatía. ✓ Enfermedades autoinmunes. ✓ Toxicomanía. ✓ Trastornos psiquiátricos. ✓ Padecimientos de la paciente cuyo tratamiento está contraindicado en embarazo.

Es importante resaltar que para calificar el riesgo de afectación a la salud contemplado en el artículo 154 fracción III del Código se deberán considerar los tres componentes que integran la definición conforme a la Ley General de Salud, esto es, la biológica, la mental y social, y considerar los factores que potencializan los riesgos biológicos contemplados en el Enfoque de Riesgos, como lo son la pobreza, escolaridad y cultura; mismos que pueden enlistarse de manera enunciativa, no limitativa, a continuación:

- ✓ Condiciones de pobreza;
- ✓ Imposibilidad económica para llevar por sí misma vida digna e independiente;
- ✓ Situación de calle;
- ✓ Trabajo sexual;
- ✓ Personas cuyo ingreso es suficiente solo para sí mismas y no podrán afrontar las responsabilidades;
- ✓ Estudiante con apoyo económico condicionado de padres o tutores;
- ✓ Personas que dependen económicamente de terceros no obligados conforme a legislación civil;
- ✓ Estar viviendo violencia familiar (incluida la física, psicológica y económica) denunciada o no; Persona asociada a vulnerabilidades culturales y sociales como indígena en marginación o situación de inmigrante; y
- ✓ Cualquier otra condición de vulnerabilidad psicosocial que sea detectada durante la atención integral a la persona gestante.

Por lo anterior, aplicando la interpretación con principio pro persona, otorgando el beneficio y más amplia protección de la autonomía relacionada con la libertad en los derechos reproductivos y de acceso a la salud, los indicadores o factores de riesgo descritos por el documento denominado "Atención prenatal con enfoque de riesgo", cuyos factores constan en este documento, y cuyas líneas de interpretación asociadas con el derecho a la salud en su concepto integral, constituye una guía en la prestación de servicios ginecológicos para la detección temprana de los embarazos de alto riesgo y por lo tanto, una herramienta eficaz para calificarlo y afectación para la salud a que se refiere la excluyente de responsabilidad de la fracción III del artículo 154 del Código Penal para el Estado de Guerrero.

Para finalizar este apartado se recuerda que el embarazo adolescente es de alto riesgo precalificado por la Norma 047 (Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad), por lo que las menores de 19 años en caso de solicitarlo pueden acceder al aborto seguro entre las 13.0 y 22.0 semanas de gestación, sin necesidad de que sea calificado previamente por Ginecología.

Malformación congénita o alteraciones que impliquen trastornos físicos o mentales graves²⁰

Esta causal presenta dos variantes: la primera relacionada con productos que aun llegando a término serán incompatibles con la vida, por lo que cual fuere el momento de la interrupción seguirá siendo aborto, y la segunda variante, cuando sean detectadas en el producto mal formaciones o trastornos físicos o mentales que si bien no le harán incompatible con la vida, sí le generarán una incapacidad permanente relacionada con su funcionalidad y que lo sometan de por vida a uso de aparatología clínica o dependencia de

terceras personas para su día a día; así mismo el embarazo producto de incesto, con el diagnóstico de las probables malformaciones o patologías asociadas a la genética de los padres, ingresan dentro de esta excluyente. Para el primer caso, por no existir bien jurídico tutelado ya que no se obtendrá un producto vivo y viable aún llegado a término, la interrupción se puede realizar en el momento en que se detecte la malformación; para el segundo caso se estará a la inviabilidad y al criterio del médico que diagnostique la afectación del producto, así como la disposición y decisión autónoma de la persona gestante.

En todos los casos en que procedan interrupciones de embarazo en el límite de las 22 semanas, en aplicación de las fracciones II, III y IV del artículo 154 del Código multicitado, dentro de la información que se otorgue a la mujer, se deberá incluir respecto de la adopción de la persona recién nacida, y en caso de así decidirlo la persona gestante, se realizarán los trámites institucionales necesarios ante la autoridad competente, a efecto de garantizarle a ambos, como sujetos de derechos, todos aquellos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tratados internacionales y demás leyes les otorgan.

Constancias que deberán contar integradas a expediente para los casos de aborto con excluyente de delito

Las causas o motivos que originan el acceso a aborto seguro se evidencian en la atención a la persona gestante, constarán en su expediente y están objetivamente determinadas por:

1. **Causal riesgo de muerte:** Estudios clínicos, notas o valoraciones médicas o ginecológicas que evidencien peligros o riesgos del embarazo y que de no interrumpirlo de inmediato o lo antes posible, la paciente morirá o sufrirá daños graves a su salud, como aquellas determinadas en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Severa, en este punto, a criterio del médico que asiste, podrán ser incluidas las ideaciones suicidas de la paciente cuando en la valoración psicológica o psiquiátrica se revele la posibilidad de llevarlas a cabo o existan constancias de que ya ha realizado o ejecutado actos tendentes al suicidio.
2. **Causal trastornos físicos o mentales graves del producto:** Las constancias serán los estudios o análisis clínicos y/o opinión diagnóstica del médico de que el producto padece trastornos graves físicos o mentales. El estado de gravedad del trastorno o malformación será determinado por la inviabilidad aún llegará a término el embarazo, o por el daño permanente parcial o total en funcionalidad.

3. **Causal violación o pederastia, o inseminación artificial no consentida:** Elemento objetivo determinado por la NOM 046, la constancia será la aseveración de la paciente, con o sin denuncia ante la fiscalía general del Estado, mediando solicitud bajo protesta de decir verdad.

4. En este caso por el ordenado principio de buena fe, el personal no está facultado para poner en duda el dicho de la persona gestante, ni para hacer cálculos de edad gestacional contra la información que otorgue para verificar si está mintiendo, debiendo utilizar en su caso dicho cálculo, únicamente en la determinación del método de interrupción apropiado. Así mismo, serán incluidas en esta causal, las personas que, por alguna incapacidad, sean tratadas como menores de edad y por lo tanto incapaces para otorgar consentimiento del acto sexual.

5. **Causal alto riesgo para menores de 19 años:** (Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA22015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad); credencial de elector o acta de nacimiento, CURP o cualquier otro documento oficial, método o sistema que permita identificar la edad de la paciente y la ubique en este grupo etario, será la constancia que acredite la causal.

Causal riesgo de afectación a la salud: calificación del alto riesgo dentro del expediente de la paciente, utilizando los factores del documento "Atención Prenatal con Enfoque de Riesgo" cuyas tablas de factores preconceptionales, de riesgos obstétricos y de vulnerabilidades o riesgos psicosociales constan en el Presente Programa de Aborto Seguro, utilizando sistema de interpretación y calificación bajo principio pro persona. Los factores de riesgo enunciados no son limitativos. Cuando la paciente presente calificación del alto riesgo previamente realizada por médico particular o de otra institución de seguridad social o pública, será válido para SESGRO cuando conste en el diagnóstico la cédula profesional de la especialidad en Ginecología o medicina general. En caso de que el médico que realizará la interrupción no coincida con el criterio de la previa calificación, y se evidencie que la decisión tomada por la paciente fue a raíz de la misma y era un embarazo deseado, se procederá de inmediato a la calificación propia y se presentarán a la paciente las alternativas para el control de aquel, con el fin de garantizar una decisión informada.

FORMAS DE ACREDITAR VULNERABILIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A RIESGOS PRECONCEPCIONALES Y POTENCIALIZADORES

1. **Pobreza y pobreza extrema:** Serán vulnerables por pobreza o pobreza extrema, aquellas personas gestantes que, en la evaluación de trabajo social, utilizando los parámetros de CONEVAL obtengan esos resultados.

2. Situación de calle: Será constancia de situación de calle la referencia que la misma persona haga sobre su situación en la entrevista con trabajo social o psicología, o bien la que emita el albergue o institución de asistencia social, pública o privada, o datos otorgados a trabajo social por Protección Civil, DIF estatal o municipal, Secretaría de la Mujer o cualquier autoridad que haya llevado o canalizado a la persona a recibir servicios de salud.

3. Situación de inmigrante: Será constancia de esta causal, los datos otorgados por escrito o desde correos oficiales de la embajada o consulado extranjero; o la información otorgada por autoridades en Protección Civil, Seguridad Pública, Secretaria de la Mujer, DIF estatal o municipal, la Dirección General de Atención a Migrantes o cualquier autoridad o institución pública o privada de asistencia social que otorgue esa información al ingresar o canalizar a una persona gestante a servicios de salud, o la referencia directa que la persona gestante realice sobre dicha situación en su entrevista con trabajo social, psicología, o personal médico tratante; en este caso, la información podrá ser verificada.

4. Alcoholismo, adicciones a drogas o estupefacientes: Este riesgo psicosocial también constituye factor de riesgo biológico. La constancia de afectación a la salud por padecimiento de adicciones, el resultado de análisis clínicos, dictamen, opinión, nota médica en expediente o certificado médico que diagnostique alcoholismo, drogadicción o farmacodependencia, acreditarán esta vulnerabilidad y riesgo biológico en su caso.

5. Trabajo sexual: Será constancia de esta vulnerabilidad la referencia directa que en entrevista con trabajo social, psicología o personal médico tratante haga la persona gestante, o la información otorgada como datos al ingresar o cuando la persona sea llevada o canalizada a atención por Protección Civil, Instituto Guerrerense de las Mujeres, DIF estatal o municipal, Seguridad Pública, o cualquiera otra autoridad de seguridad, acceso a la justicia o institución pública o privada de asistencia social; la confidencialidad, sensibilidad y respeto a la autonomía serán deberes de las y los servidores públicos involucrados en la atención, evitando intromisiones con el fin de verificar la veracidad del dicho de la paciente.

6. Vulnerabilidad por ausencia de autonomía y dependencia económica: Cuando el plan de vida o autonomía de la paciente están limitados por circunstancias ajenas a su voluntad o de su entorno. Esta constancia la otorga la referencia de la paciente en la entrevista con trabajo social o psicología, donde conste que las expectativas de una vida en bienestar psicológico y social se ven disminuidas, ya que al momento

sus resultados en evaluación de su contexto económico al interior de una familia puedan ser de una condición de bienestar aceptable, sin embargo en su contexto individual carece de autonomía, no tiene ingresos propios, no ha terminado estudios en media superior o apenas inicia preparación técnica o profesional, y el embarazo le coloca en situación vulnerable porque perderá el apoyo familiar o disminuye sus posibilidades de alcanzar la independencia y desarrollarse como una persona autónoma a corto o mediano plazo. La opinión, estudio o dictamen de trabajo social, constancia de estudios o de dependencia económica o comprobante de subsidios de asistencia social de instituciones públicas o privadas, harán constancia de esta causal.

7. Violencia en entorno familiar o social: La referencia de autoridad como víctima de violencia familiar y/o el resultado positivo en herramientas de detección de violencia, serán las constancias para esta causal, provenga de la pareja de la concepción o no, pero que dicho estado de embarazo condiciona o fortalece el vínculo o sometimiento hacia el agresor o aumenta los generadores o detonantes de las agresiones en el entorno familiar o social.

8. Otras: Las descripciones realizadas ejemplifican de manera general los contextos más comunes que marcan vulnerabilidad o factores de riesgo preconcepcional o factores potencializadores de afectación o riesgo psicosocial en la salud de las personas gestantes de manera directa o indirecta; sin embargo no son limitativas, pudiendo, bajo el principio de interseccionalidad que marca las vulnerabilidades, presentarse dos o más de las enlistadas, o alguna que no conste, por lo que, si en la atención integral se detecta alguna otra en cuyo tratamiento el aborto pueda ser una opción terapéutica, la determinación para el acceso al aborto seguro deberá realizarse considerando siempre la protección más amplia del derecho humano de acceso a la salud de las personas y su autonomía en la gestión de sus derechos reproductivos.

PROCEDIMIENTO DE ACCESO AL ABORTO SEGURO POR EXCLUYENTE DE DELITO.

Este procedimiento puede iniciar de las siguientes formas:

1. La persona gestante¹ solicita interrupción dentro de las doce semanas de gestación, pero de la aplicación de la herramienta de detección de violencia resulta positiva a violencia sexual y el producto puede ser consecuencia de aquella.

¹ El uso del término de persona gestante incluye a niñas, adolescentes y mujeres adultas, indistintamente de su identidad o preferencia sexual.

2. La persona gestante pide interrupción por violación sexual después de las doce semanas de gestación.
3. La persona gestante solicita interrupción porque es embarazo no deseado y considera que reúne alguna la excluyente del delito relacionada con afectación o riesgo para la salud después de las doce semanas de gestación.
4. La persona gestante que pidió la interrupción por considerar estar dentro de las doce semanas de gestación de la despenalización, pero después de verificar la edad gestacional se comprueba que supera las doce semanas.
5. La persona gestante pide la interrupción después de las doce semanas porque considera que por ser embarazo no deseado es razón suficiente para interrumpirlo.
6. La persona gestante en un embarazo deseado después de ser informada del alto riesgo obstétrico decide interrumpir el embarazo y no considerar otras opciones terapéuticas.

7. La persona gestante que, durante sus citas de control prenatal, después de la semana doce de gestación y antes de las 22 semanas, presenta signos o evidencia grave de vulnerabilidades, angustia, tristeza, miedo, depresión, en que el personal médico que la atiende considere que, para recuperar su salud emocional o psicosocial, el aborto puede ser una opción terapéutica, y una vez informada, lo solicita.

Las interrupciones legales de los embarazos no deseado son contempladas por el artículo 159 del Código Penal, para ser practicadas dentro de las primeras doce semanas de gestación sin necesidad de acreditarse ninguna causa excluyente de responsabilidad penal; sin embargo debido a que la reforma es reciente y no ha tenido aún la difusión para que alcance a toda la población, sobre todo la más vulnerable, es posible que pasadas las doce semanas tengan conocimiento de la reforma que despenaliza el aborto, o que el embarazo sea sospechado o detectado por aquellas cuando ese término haya transcurrido; lo que no será razón para someterlas a continuidad forzada del embarazo por el hecho de no haberlo solicitado dentro del periodo no despenalizado, pues el no deseo del embarazo es un factor de riesgo, por lo que, cuando una persona solicite la interrupción por embarazo no deseado después de las 12 semanas de gestación y hasta antes de las 22, se realizará la atención integral a fin de verificar si existe alguna de las causales excluyente del delito, y en su caso, la calificación del riesgo de acuerdo con el contenido de este Programa Estatal de Aborto Seguro.

El Código Penal contempla que es el criterio del médico que la asiste, el que determinará el riesgo o afectación para la salud; por lo que, considerando que en Servicios de Salud de Guerrero existen diferentes turnos de atención y unidades médicas de primero y segundo

nivel, así como grupos multidisciplinarios que atienden a las personas gestantes, el denominado “médico que la asiste” será aquel que practique la interrupción, en la consideración de que en el expediente clínico al que ha tenido acceso y participado en su integración, constan las evidencias de afectación a la salud. Este médico o médica que asiste a la persona gestante, puede haber estado auxiliado en la aplicación de herramientas para detección de violencia, padecimientos y/o vulnerabilidades psicosociales, por otras médicas o médicos (residentes, generales o especialistas), trabajo social y psicología; sin embargo, es ella o él, quien practique la interrupción como responsable del procedimiento.

Siendo el médico que asiste para SESGRO aquel que realizará la interrupción y, por lo tanto, quien deberá tener la información necesaria para la calificación del riesgo integrada en el expediente, para todos los casos relacionados con riesgo de afectación a la salud y trastornos graves en producto que no le generen incompatibilidad con la vida, deberá ser, necesariamente, no objetor de conciencia, salvo casos en que se presente alguna urgencia o emergencia en la atención de la paciente.

Acreditada la causal que constituye el excluyente de responsabilidad penal, se procederá de inmediato con la interrupción.

III. Transcripción de disposiciones y descripción de los derechos humanos involucrados en el acceso al aborto seguro como parte del derecho a la salud.

En este apartado se realiza la descripción de los derechos humanos que motivan y fundamentan el acceso al aborto seguro, con el fin de que el personal tratante o que asiste a la mujer embarazada conozca el marco de derechos humanos de las mujeres bajo los que se rige el acceso al aborto seguro, con el objetivo de que le auxilie en sus criterios para entender el alcance de la reciente reforma del Código Penal para el Estado de Guerrero que despenalizó el aborto, agregó excluyentes del delito e integró la casual salud.

Las interpretaciones que aquí se abordan han sido tomadas de los criterios o consideraciones emitidas por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en precedentes de amparos aquí citados, así como por los Comités especializados en materia de derechos humanos de las mujeres, operados por organizaciones internacionales de las que el Estado mexicano es parte, por lo que no constituyen argumentos o puntos de vista o ideologías de directivos de personal de Servicios de Salud de Guerrero, sino que son transcripciones de la interpretación y práctica de autoridades con facultades para hacerlo. La aplicación de dichos criterios en las determinaciones ante solicitudes de interrupción del embarazo es obligatoria por parte de la Dirección del Hospital y los responsables en la atención y asistencia de la niña, adolescente o mujer que lo requiere.

1. Derecho al nivel más alto de salud

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su observación general número 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, establece entre las obligaciones de los Estados parte, el de proporcionar a la mujer los servicios en materia de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de reducir los riesgos que afecten su salud, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna, y la aplicación de medidas preventivas, promocionales y correctivas contra las prácticas y normas culturales tradicionales y perniciosas que le niegan sus derechos genésicos.

El derecho al nivel más alto de la salud ha sentado sus bases a través de la Suprema Corte, en el precedente del amparo en revisión 1388/2015 de 15 de mayo de 2019, al establecer en el párrafo 100 de la sentencia que:

“Dado que la salud es un derecho que protege tanto aspectos físicos como emocionales e, incluso, sociales, su adecuada garantía implica la adopción de medidas para que la interrupción de embarazo sea posible, disponible, segura y accesible cuando la continuación del embarazo ponga en riesgo la salud de las mujeres en su sentido más amplio.

Esto implica que las instituciones públicas de salud deben proveer y facilitar esos servicios, así como abstenerse de impedir u obstaculizar el acceso oportuno a ellos”. y además el párrafo 101 abunda, al mencionar que:

“La salud entendida en términos amplios supone una comprensión adecuada de los conceptos de bienestar y proyecto de vida. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud es interdependiente de los derechos a la vida, la dignidad, a la autonomía, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la información, a la no discriminación, a la igualdad, a la intimidad, a la privacidad y del derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Acerca de este Derecho, el precedente que ha ido generándose en la primera sala, quedó establecido por primera vez en la Tesis aislada 1a. LXV/2008 refrendada en el amparo en revisión 1388/2015, y cuyo criterio es el siguiente:

“...en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. [...] de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al

disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Así mismo, en el citado amparo 1388/2015, la SCJN reafirma que:

“...el derecho a la salud impone al Estado mexicano y sus agentes – incluidas las instituciones públicas de salud y a quienes laboran en ellas- la obligación positiva de adoptar todas las medidas necesarias y posibles para que las personas alcancen ese **máximo nivel de bienestar**, incluida la prestación de servicios de atención médica con el propósito de promover, restaurar y proteger la salud de las personas y la obligación negativa de evitar cualquier interferencia o diferencia arbitraria para acceder a él. Esto abarca la obligación del Estado de prevenir razonablemente los riesgos asociados con el embarazo y con el aborto inseguro, lo que, a su vez, abarca tanto una valoración adecuada, oportuna y exhaustiva de los riesgos que el embarazo representa para la restauración y protección de la salud de cada persona, como el acceso pronto a los servicios de aborto que resulten necesarios para preservar la salud de la mujer embarazada.

En las citas textuales anteriores de lo argumentado en el estudio de fondo realizado por la Primera Sala de la SCJN, **queda patente que el aborto seguro forma parte del derecho de las mujeres al nivel más alto posible de salud siendo un precedente que ha sido reiterado por la misma en sus resoluciones.**

2. Derecho a decidir frente a un embarazo de Alto Riesgo (Autonomía)

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que para considerar un riesgo como existente y, con ello, una afectación a la salud en cualquiera de sus dimensiones basta con que exista una posibilidad de producirse un daño a la salud.

A este efecto, sirve de criterio lo establecido en el precedente manifiesto en el amparo en revisión 1388/2015, en el que se describe y otorga a la persona embarazada el derecho a decidir frente al alto riesgo:

“Esta Primera Sala coincide con la quejosa cuando afirma que el riesgo es la posibilidad de que se provoque un daño en la salud, lo que implicaba pronta acción y resolución. El riesgo en salud es generalmente definido como la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o como factor que aumenta esa probabilidad. De la definición del riesgo para la salud es fundamental resaltar que esta excluye la consumación del daño o una afectación concreta de la salud, y en este sentido el riesgo alude a la posibilidad o a la probabilidad de que el daño suceda.”

“Debió entenderse, entonces, que existe riesgo para la salud de la mujer, y, en consecuencia, se justificaría una interrupción de embarazo por motivos de salud, cuando existe probabilidad de que se genere un resultado adverso para el bienestar de la mujer o cuando existe un factor que aumente esta probabilidad. En este sentido, la interrupción del embarazo por motivos de salud busca evitar que se afecte la salud de la mujer o que se genere un daño. **En consecuencia, la determinación de cuándo existe un riesgo de afectación de salud es una discusión médica, y la opción de afrontarlo o no es una decisión personal que requiere, para tomarse, información científica y médica**”.

Así también, conforme a la Ley para prevenir y erradicar la Discriminación en el Estado, sería un acto de discriminación no permitir a la mujer decidir cuando sea posible, sobre el tratamiento terapéutico que se dará a su condición de salud, lo que implica que, si un embarazo es de alto riesgo, ella tiene el derecho a elegir de entre las alternativas terapéuticas, la interrupción del embarazo, siendo su decisión y no la de los médicos tratantes o que la asisten.

Los alcances de la negativa o la demora en la interrupción del embarazo por alto riesgo, son violatorios de derechos humanos de las mujeres tal y como fue analizado por la Suprema Corte, tanto en la tesis 1a. LXV/2008 como en el amparo en revisión 1388/2015, ya citados, y en cuyo párrafo 156 concluye:

“Esta Primera Sala ordena a las autoridades responsables evalúen adecuada y exhaustivamente el estado de salud actual de la quejosa –en virtud de que las circunstancias de riesgo que le fueron diagnosticadas pudieron haberse actualizado o reforzado a partir de la ilegal negativa de interrupción del embarazo–; informen a la quejosa del resultado de la evaluación, y le provean tratamiento oportuno y de calidad para combatir las consecuencias de la negativa en su salud, en tanto que... fue obligada a postergar la interrupción de un embarazo que arriesgaba su salud y que exigía, por ese hecho, una pronta resolución. Aunque el embarazo haya sido interrumpido, no puede ignorarse que la negativa tuvo efectos dilatorios que aumentaron el riesgo de salud padecido por la quejosa.”

Mención especial requiere el numeral 6.8.9. de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, mismo que califica el embarazo de las menores de 19 años como de alto riesgo, por lo que en consecuencia, otorga de manera automática el derecho al aborto seguro para las niñas y adolescentes de 10 a 19 años, sin que sea potestad del médico que la trata o asiste decidir, de manera unilateral las medidas terapéuticas tendentes a la disminución del alto riesgo, ni que se requiera otra calificación del riesgo por parte del personal médico que asiste a la adolescente embarazada.

Es de vital importancia que, en la valoración integral inicial de la paciente embarazada, el personal tratante deba tener como parte fundamental en la integración del expediente, la valoración del riesgo y la información inmediata cuando el resultado de esta sea alto.

3. Derecho a no ser sometida a tortura, tratos crueles o inhumanos

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos al que México se encuentra suscrito, en su artículo 7, prohíbe el sometimiento a torturas, penas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Así mismo el artículo 1 de Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, define la tortura como:

“...todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas”.

Es así como en el Caso K.L. vs. Perú el Comité de Derechos Humanos, establece como acto de tortura la negativa a interrupción del embarazo en casos de violación sexual y ciertas circunstancias, especificadas en su párrafo 6.3:

“La autora alega que, debido a la negativa de las autoridades médicas a efectuar el aborto terapéutico, tuvo que soportar el dolor de ver a su hija con deformidades evidentes y saber que moriría en muy poco tiempo... El Comité observa que esta situación podía preverse, ya que un médico del hospital diagnosticó que el feto padecía de anencefalia (SIC), y sin embargo, el director del hospital Estatal se negó a que se interrumpiera el embarazo. La omisión del Estado, al no conceder a la autora el beneficio del aborto terapéutico, fue, en la opinión de Comité, la causa el sufrimiento por el cual ella tuvo que pasar. **El Comité ha señalado en su Observación General No.20 que el derecho protegido en el artículo 7 del Pacto no solo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral y que esta protección es particularmente importante cuando se trata de menores**”

Por lo expuesto y tratado en dicho Caso K.L. vs. Perú en donde el Comité de Derechos Humanos, en el numeral 7 señala que: **“...actuando de conformidad con el párrafo 4 del artículo 5 del Protocolo Facultativo del Pacto, considera que los hechos que tiene ante sí ponen de manifiesto una violación de los artículos 2, 7, 17 y 24 del Pacto”** y al estarse

refiriendo a una menor a quien se le negó la interrupción del embarazo pese a su edad, riesgo vital y malformación del producto, existe acreditado por sentencia cuyo criterio abordado es derecho aplicable en nuestro país, que hubo violación del artículo 7 del Pacto, mismo que prohíbe la tortura, por lo que la negativa de interrupción de embarazo a una menor de edad, sobre todo tratándose de embarazos con malformación del producto, puede actualizar el delito de tortura o tratos crueles e inhumanos.

El sometimiento a la maternidad, cuando el producto es el resultado de una violación, tal y como ocurrió en el caso planteado en el Amparo en revisión 601/2017 de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en que le fue negada la interrupción, implica actos inhumanos en contra de la víctima, pues extiende el sufrimiento más allá de la violación y la mantiene frente al estrago de la misma, dejando patente la Corte en el último considerando (SEXTO), que:

“...al tratarse de una solicitud de interrupción del embarazo producto de una violación sexual, el Estado de Morelos, por conducto de sus servidores públicos, está obligado a prestar los servicios médicos de aborto, cuya negativa, de acreditarse, sin causa justificada, trasciende a un desconocimiento franco tanto de la legislación penal local como de la Ley General de Víctimas, en cuanto a los derechos de una víctima de violación sexual y, **se constituye, per se, como una violación grave al extender el sufrimiento, daño físico y psicológico que sufre la mujer consecuencia del acto delictivo.** Es decir, las autoridades sanitarias a quienes acuden mujeres que han sido violentadas en sus derechos humanos por ser víctimas de una violación sexual y que están embarazadas, producto de dicho acto delictivo, deben atender de manera eficiente e inmediata la solicitud, a fin de no permitir que las consecuencias físicas, psicológicas, etc., derivadas de la agresión sexual se sigan desplegando en el tiempo, lo que conlleva no sólo a prestar la atención y observación médica necesarias, sino a la materialización de tal interrupción legal del embarazo”.

En el caso anterior, resuelto por la Suprema Corte a través de su Segunda Sala, aunque ésta no consideró particularmente el artículo 7º del El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, es decir, no sostuvo de manera directa que se hubiera actualizado la tortura de parte de la autoridad señalada como responsable, sí determinó la existencia de violaciones graves a sus derechos humanos, y condenó entre otras cosas, a la reparación del daño a los responsables.

Respecto de la tortura, se encuentra también patente en la Recomendación General número 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer por la que se actualiza la recomendación general número 19, emitida por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que:

“...el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”

4. Derechos reproductivos en condiciones de igualdad y de no discriminación; derecho a una vida libre de violencia

De acuerdo artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, está prohibida la discriminación por causa de género; y el hombre y la mujer son iguales ante la Ley, según el artículo 4º.

Así mismo, sobre los derechos reproductivos, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en el artículo 16 e), ordena que los Estados Partes adopten todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Además, dicha Recomendación General, en apartado III de obligaciones de los Estados parte, hace referencia al artículo 2º de la Convención, en el sentido de que es responsabilidad de estos, seguir una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer, en especial la violencia por razón de género, tomando medidas legislativas, derogar, en particular, todas las disposiciones jurídicas que discriminan a la mujer y, de ese modo, consagran, alientan, facilitan, justifican o toleran toda forma de violencia por razón de género; incluidas las disposiciones que penalicen el aborto.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem Do Para", establece el derecho a la mujer a una vida libre de violencia, incluyendo en este derecho, a ser libre de toda discriminación y valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamientos y prácticas sociales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación. Así mismo ordena como deber a los Estados, abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; y adoptar medidas para contrarrestar prejuicios y costumbres de todo tipo de prácticas que se basen en premisa de inferioridad o superioridad o los papeles estereotipados que legitiman violencia contra la mujer, y en la adopción de dichas medidas, tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia cuando está embarazada o en situación socioeconómica desfavorable.

Así mismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a través de la sentencia del Amparo en Revisión número 1388/2015, dejó asentado para todos los prestadores de servicios de salud, que negar el aborto seguro a las mujeres, constituye actos de discriminación, al detallar en estudio de fondo de la misma, que: “Esta Primera Sala considera, entonces, que cuando las mujeres solicitan servicios específicos que sólo ellas requieren, como la interrupción del embarazo por motivos de salud, la negación de dichos servicios y las barreras que restringen o limitan su acceso, constituyen actos de discriminación y una violación al derecho a la igualdad ante la ley”.

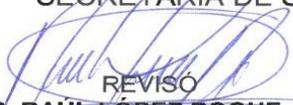
Es importante dejar patente en personal que presta el servicio de salud a las mujeres embarazadas, que el negar el acceso al aborto seguro o no informarle de los riesgos del embarazo cuando sean detectados para que tome decisiones informadas considerando el aborto como parte de sus opciones terapéuticas, puede constituir actos de discriminación, violencia de género, tratos de tortura, crueles o inhumanos, siendo todas, violaciones a los derechos humanos y probables delitos en algunos casos.

Formato en duplicado propiedad de SESGRO, información reservada para su uso exclusivo en carpetas de investigación y procesos penales, prohibida su reproducción no autorizada.

VALIDÓ


DRA. AIDÉ IBAREZ CASTRO

SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO DE GUERRERO

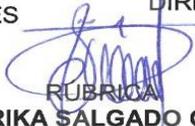

REVISÓ

DR. RAÚL LÓPEZ ROQUE

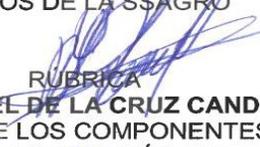
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DE ENFERMEDADES


REVISÓ

DRA. ALONDRA GARCÍA CABAJAL
DIRECTORA DE SERVICIOS DE SALUD


RÚBRICA

LIC. ERIKA SALGADO GARCÍA
DIRECTORA GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS
HUMANOS DE LA SESAGRO


RÚBRICA

MTRO. MANUEL DE LA CRUZ CANDELA
COORDINADOR E ESTATAL DE LOS COMPONENTES ABORTO SEGURO
Y VIOLENCIA DE GÉNERO


RÚBRICA

DRA. SHEILA PAMELA GALEANA RAMOS
RESPONSABLE DEL ÁREA MÉDICA DEL COMPONENTE ABORTO SEGURO

LAS PRESENTES FIRMAS FORMAN PARTE INTEGRAL DEL PROGRAMA DE ABORTO
SEGURO PARA EL ESTADO DE GUERRERO



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2019 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Programa Sectorial Derivado Del Plan Nacional De Desarrollo [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf.
- 2 Programa De Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
- 3 Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México. Edición 2022. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ipas Latinoamérica y el Caribe (IPAS L.A.C.). Hecho en México.
- 4 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, última reforma 29 de abril del 2022.
- 5 Tesis de jurisprudencia: XIX. 1º. J/7 (10ª.), Gaceta del Seminario Judicial de la Federación. Décima Época, tomo III, noviembre de 2019, p. 2000. Reg. Digital 2021124. JP-22-Nov-19-Prevalencia-de-Interpretacion.pdf. (tribunalgro.gob.mx)
- 6 Código penal del Estado de Guerrero, reformado el 29 de mayo del 2022.
- 7 Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México. Edición 2023. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>.
- 8 World Health Organization. Abortion care guideline. [Internet]. Geneva: OMS;2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- 9 International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Acceso al aborto y seguridad con COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.figo.org/es/acceso-al-aborto-y-seguridad-con-covid-19>.
- 10 Nota técnica N° 4 Registro de la información en la atención del aborto seguro. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [Internet]. 2023.
- 11 ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view> [Revisado el 5 de febrero del 2021]
- 12 Los plazos que en los términos de esta guía se otorgan, obedecen a periodos necesarios para la realización de exámenes clínicos indispensables o para el proceso de la referencia al hospital que cuente con personal y equipo médico para dichos estudios o la práctica del procedimiento, y de ninguna manera serán utilizados para procesos deliberativos o postergar atención.
- 13 Solicitar la manifestación de su voluntad de interrumpir su embarazo por cualquier medio que evidencie el libre ejercicio de su autonomía en esa determinación, incluyendo el formato que se anexa, una nota con su letra, nombre, firma o huella digital en expediente, tiene el objeto de garantizar que no se trata de aborto



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2017

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



forzado, por lo que no puede considerarse un requisito, sino que es el acto que marca el inicio de la atención y cómputo de los términos en que deberá otorgarse el servicio.

14 Los criterios y precedentes que adopta la Corte Interamericana de Derechos Humanos en sus resoluciones, son de observancia obligatoria para los Estados parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por lo que en México, se deberá aplicar el criterio usado en el caso descrito, en los asuntos cuyo fondo o derechos analizados coincidan; sustento que se refuerza desde el artículo primero constitucional, que obliga a las autoridades a la aplicación de los principios señalados en aquella y en los tratados internacionales.

15 El peligro de muerte para la mujer se relaciona en términos médicos con la morbilidad materna severa, que es una complicación grave que ocurre durante estación, parto o puerperio que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

16 El bien jurídico tutelado por el derecho mediante la gradual protección según avanza la gestación, es la vida del producto; sin embargo, si dicho producto con el avance de la gestación no alcanzará viabilidad, o de obtenerla sería por un periodo muy breve de tiempo y con asistencia de aparatología con inminente muerte al retirarse, no existe entonces bien jurídico que proteger alguno contrario a la vida y salud de la paciente, por lo que postergar el embarazo innecesariamente y sin mediar causa médica justificada a favor de la mujer, puede constituir violencia obstétrica.

17 La inseminación artificial no consentida, constituye violencia contra los derechos reproductivos de la mujer, por lo que, al estar especificando como causa de no punibilidad en el código penal del Estado en la misma fracción de la hipótesis de la violación, y teniendo como resultado un embarazo no deseado se dará el mismo tratamiento que a aquella, por lo que, aplicando el principio de buena fe, con el estricto bajo protesta de decir verdad de la víctima, se procederá con la interrupción.

18 La pederastia es un delito tipificado en el artículo 190 Quater del Código Penal para el Estado de Guerrero, que sanciona con seis a treinta años de prisión (o más en el caso de pederastia agravada) a la persona responsable.

19 Puede ocurrir que durante la ventana fértil del periodo menstrual la víctima de violencia sexual haya tenido relaciones sexuales consentidas que no constituyan delito y corresponde el producto a esta última y no a la violación; circunstancias en las que la víctima que pide la interrupción, puede no querer conocer el resultado de quién correspondió el embarazo para evitarse sufrimiento emocional; una de las razones por las que puede preferir no aportar el indicio dentro de la investigación y que bajo el principio de autonomía deberá respetarse, informando su decisión a la Fiscalía que conozca el caso. Cuando se trate de menores de edad, aunque la NOM 046 les otorga la autonomía para decidir la interrupción a partir de los doce años, siguen siendo menores de edad ante las autoridades que investigan los delitos, por lo que en caso de negativa pronunciada por aquellas y ante la falta de padre, madre o tutor que lo autorice, se informará a la fiscalía para que gestione en caso de considerarlo necesario, las autorizaciones correspondientes ante padre, madre o tutor, o el juez que conoce o conocerá del asunto. Mientras tanto, SESVER deberá resguardar indicio hasta que sea autorizada su aportación con la formalidad de ley.

20 Es de vital importancia la detección oportuna de los trastornos físicos o mentales graves, para informar debidamente a la paciente y en caso de que opte por la interrupción, esta se realice de manera inmediata, evitando riesgos para la mujer y sufrimiento para ambos por nacimientos vivos, pero con pobres pronósticos de viabilidad o con daños que le generen incapacidades permanentes e irreparables.

DOCUMENTOS DE CONSULTA

1. Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México. Edición 2022. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ipas Latinoamérica y el Caribe (IPAS L.A.C.). Hecho en México.



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



2. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, última reforma 29 de abril del 2022.
3. Ley Número 553 de acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado libre y Soberano de Guerrero.
4. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, última reforma 16 de mayo del 2022.
5. Ley General de Víctimas. Diario Oficial de la Federación, última reforma 28 de abril del 2022.
6. Norma Oficial Mexicana 046-SSA-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009.
7. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Diario Oficial de la Federación, última reforma 28 de abril del 2022.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Diario Oficial de la Federación, 12 de agosto de 2015.
9. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, última reforma 29 de abril del 2022.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 5 de octubre del 2010.
11. Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. [Internet]. Ginebra; 2015.
12. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México. 2022.
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.
14. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero.



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2011 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



15. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. DOF 19- 02-21.
16. Ley General de Víctimas. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013. DOF 06- 11-2020.
17. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero del 2007. DOF 17-12-2015.
18. Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre del 2014.
19. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004. DOF 28-12-2014.
20. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004. DOF 07-02-2018.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012.
22. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 1994.
23. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de junio de 2000. DOF 10-11-2010.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009. DOF 24-03-2016.



TRANSFORMANDO
GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO
2021 - 2027

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO



26. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2015.
27. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de octubre de 2010.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero de 2009.
29. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2010. DOF 08-01-2013.
30. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 2010. DOF 30-11-2012.
31. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, Número 499, últimas modificaciones publicadas en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado Edición No. 40 Alcance 1, de fecha viernes 20 de mayo del 2022.

ENLACES DE REFERENCIA

- Manual de Llenado del Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022, Dirección General de Información en Salud:
http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf
- Clasificación de procedimientos (Volumen 3 de la CIE-9-MC) Lista tabular, Versión 2009: Adaptación a cargo del Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE):
http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/cecece/CIE9MC_ListaTabular.pdf
- Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, Edición 2002 <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>
- Capacitación virtual "Fortalecimiento sobre el registro de información en Aborto Seguro" https://www.youtube.com/live/AU8N77Trwqs?si=cAjYfHzh429_oQUB

Efemérides 06 de Febrero

Día Internacional de la Tolerancia Cero con la [#MutilaciónGenitalFemenina](#)

6 DE FEBRERO
**DÍA INTERNACIONAL DE
TOLERANCIA CERO
CON LA MUTILACIÓN
GENITAL FEMENINA**

La ablación/mutilación femenina es el procedimiento por el cual se corta de forma parcial o total los órganos genitales femeninos

Es una práctica que viola los derechos humanos de niñas y mujeres

Por una sociedad sin estigmas ni prejuicios

Información validada por el CNEGSR



#PorAmorALaVida

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

[f](#) [t](#) [@](#) [v](#) [gob.mx/salud](#)

https://www.facebook.com/photo/?fbid=785489803612362&set=a.354805913347422&locale=es_LA



PERIÓDICO OFICIAL

DEL GOBIERNO DEL ESTADO

TARIFAS

Inserciones

POR UNA PUBLICACIÓN	
PALABRA O CIFRA.....	\$ 3.11
POR DOS PUBLICACIONES	
PALABRA O CIFRA.....	\$ 5.19
POR TRES PUBLICACIONES	
PALABRA O CIFRA.....	\$ 7.26

Precio del Ejemplar

DEL DÍA	\$ 23.86
ATRASADOS.....	\$ 36.31

Suscripción en el Interior del País

SEIS MESES.....	\$ 519.74
UN AÑO.....	\$ 1,115.21

Dirección General del Periódico Oficial

Recinto de las Oficinas del Poder Ejecutivo del Estado
Edificio Montaña 2° Piso, Boulevard René Juárez Cisneros No. 62

Colonia Ciudad de los Servicios, C.P. 39074

Chilpancingo de los Bravo, Guerrero

<https://periodicooficial.guerrero.gob.mx/>



DIRECTORIO

Mtra. Evelyn Cecilia Salgado Pineda
Gobernadora Constitucional del Estado de Guerrero

Mtro. Ludwig Marcial Reynoso Núñez
Secretario General de Gobierno

Dra. Anacleta López Vega
Subsecretaria de Gobierno, Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Pedro Borja Albino
Director General del Periódico Oficial

