

**DIAGNÓSTICO DE LOS
SERVICIOS DE ABORTO SEGURO**

**SERVICIOS DE
SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

2020

DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

Según la OMS, aborto es “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS 1994).

La OMS considera también, que el límite de viabilidad de la edad gestacional es de 22 semanas, el peso fetal de 500 gr. y la longitud céfalo nalgas de 25 cms.

A partir de la definición general de aborto se han generado diversas categorías de éste, dependiendo de las circunstancias en las que se produce:

- Aborto libre, realizado bajo el derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo.
- Aborto eugenésico, que tendría como fin la eliminación de un feto, cuando se puede predecir con probabilidad o certeza, que nacerá con un defecto o enfermedad severa.
- Aborto por razones médicas o terapéutico, interrupción voluntaria de un embarazo para salvaguardar la salud física y/ o psicológica de la madre.
- Aborto ético, donde se considera interrumpir el embarazo porque éste es resultado de una violación.
- Aborto por motivaciones mixtas, se refiere a la reducción fetal selectiva, en el caso de embarazos múltiples, con el fin de mejorar la probabilidad de un embarazo de término.

Finalmente, algunos países han aceptado también el Aborto por razones socioeconómicas.

Independientemente del escenario, el personal de salud debe de ser consciente de la legislación local y las exigencias en cuanto a la notificación, siempre promoviendo y protegiendo:

- La salud de las mujeres 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.

Las mujeres enfrentan restricciones legales en su acceso al aborto legal y seguro en la mayoría de los países del mundo, por falta de reglamentación, servicios de salud inadecuados, falta de orientación o voluntad política.

Cuando los abortos se realizan de acuerdo con las recomendaciones y normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el riesgo es insignificante. Del total de abortos que se realizan, 55% son seguros, mientras más restrictivo es el entorno legal, es mayor la proporción de abortos que no son seguros.

En México, de acuerdo a los datos generados por Ipas, los 32 Estados de la república permiten realizar el aborto cuando el embarazo es producto de una violación, 24 cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, 16 en casos de malformaciones congénitas, 13 cuando el embarazo es producto de inseminación artificial no consentida y en 2 entidades esta despenalizado.

Panorama mundial

El derecho de las mujeres a acceder a servicios integrales de salud reproductiva, incluido el aborto, se incluye en los estándares internacionales sobre derechos humanos que garantizan el derecho a la vida, la salud, la intimidad y a no ser discriminado. Estos derechos son violados cuando los Estados vuelven los servicios de aborto inaccesibles para las mujeres que los necesitan.

Las mujeres enfrentan restricciones legales en su acceso al aborto legal (procedimiento permitido con base en diversas causales según las leyes aplicables) y seguro (que fueron practicados de conformidad con las directrices y normas de la OMS) en la gran mayoría de los países del mundo, incluso donde el aborto está permitido por ley, las mujeres frecuentemente tienen un acceso limitado a los servicios de aborto por falta de reglamentación, por servicios de salud inadecuados, falta de orientación y consejería o por falta de voluntad política.

De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (que fueron practicados por personal cualificado que utilizó un método poco seguro o por una persona no cualificada) 45% de todos los abortos al año, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

La situación del aborto inducido o práctica de provocar la finalización prematura del embarazo, ha cambiado en las últimas décadas. Del año 2010 a 2014, ocurrieron cada año, 36 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años en las regiones en desarrollo, en comparación con 27 en las regiones desarrolladas. En gran parte del mundo, las mujeres de 20–24 años de edad tienden a mostrar la tasa más alta de aborto de cualquier grupo de edad. En las regiones desarrolladas, las tasas de aborto en adolescentes son bastante bajas de 3–16 por 1,000 en mujeres de 15–19 años de edad y va en decremento en muchos de esos países; pero no hay disponibilidad de datos comparables para las regiones en desarrollo.

Cuando los abortos se realizan de acuerdo con Consejo Nacional de Población CONAPO las recomendaciones y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante, es decir que son llevados a cabo por profesionales con un método apropiado a la duración del embarazo.

Desde el año 2000, 28 países cambiaron su ley de aborto, ampliaron las causales que permiten abortos para proteger la salud de la mujer, por razones socioeconómicas, protección de sus derechos o sin restricción en cuanto a motivos. Además, 24 países añadieron al menos una de tres causales adicionales: en casos de violación o incesto, o cuando se diagnostica el feto con una anomalía grave.



El desarrollo y aplicación de normas y estándares clínicos ha facilitado la provisión de servicios de aborto seguro. Además, el alcance de los servicios seguros se ha extendido al permitir que profesionales sanitarios capacitados presten servicios de aborto en muchos países.

Hasta el año 2017, del total de abortos, se estima que el 55% son seguros (es decir, se realizan usando un método recomendado y por un proveedor apropiadamente capacitado); 31% son menos seguros (cumplen ya sea con el criterio del método o del proveedor); y 14% son nada seguros (no cumplen con ninguno de los dos criterios). Mientras más restrictivo es el entorno legal, es mayor la proporción de abortos que son nada seguros, variando de menos del 1% en los países menos restrictivos al 31% en los países más restrictivos.

En la actualidad en los países de América Latina donde el aborto está completamente prohibido o se permite solo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, 1 de cada 4 abortos fue seguro ya que cada vez es más frecuente que las mujeres se auto administren medicamentos como el misoprostol fuera de los sistemas de salud oficiales; por el contrario, en los países donde el aborto es legal en supuestos más amplios, casi 9 de cada 10 abortos se realizó de manera segura. Restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos. Las leyes altamente restrictivas no eliminan la práctica del aborto, sino que aumentan la probabilidad de que los abortos sean inseguros.

La prestación de servicios de aborto y sin riesgos es esencial para cumplir el compromiso mundial con el Objetivo de Desarrollo Sostenible relativo al acceso universal a la salud sexual y reproductiva (meta 3.7). La OMS proporciona orientaciones técnicas y normativas a nivel mundial sobre el uso de anticonceptivos para prevenir los embarazos involuntarios, el aborto seguro y el tratamiento de las complicaciones derivadas del aborto peligroso.

El aborto en México

Desde el año 2013, con la entrada en vigor de la Ley General de Víctimas, se eliminaron del marco legal los requisitos para víctimas de delitos y de violaciones a los derechos humanos para acceder al aborto legal. En 2014 se reformó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y, en 2016, se modificó la NOM 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres (NOM 046) en armonización con la Ley General de Víctimas, de tal manera que hoy, en todo el país, una mujer o niña mayor de 12 años que haya sufrido una agresión sexual y resulte embarazada, tiene el derecho de acudir a cualquier centro de salud público para interrumpir un embarazo, sin necesidad de presentar una denuncia por violación, ni de autorización por parte de autoridad alguna (Ministerio Público o juez) o consentimiento de padre, madre o tutor/a.

Con la entrada en vigor en 2013 de la Ley General de Víctimas, en 2014 la Reforma de la Ley General de Salud y en 2016 de la NOM 046-SSA2-2005 y la posterior armonización de estas con los códigos penales estatales en todo el país, una mujer o niña mayor de 12 años que resulte embarazada como producto de una violación tiene derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo sin que sea necesario para esto presentar una denuncia o llevar a cabo algún proceso legal, y en caso de ser menor de 12 años de edad se requiere el consentimiento de padre, madre o tutor.

El aborto es un problema que traduce las desigualdades sociales y de género que prevalecen en el país. Su importancia como causa de morbilidad materna tiene una clara asociación con la pobreza y con la subordinación social de las mujeres; ambos elementos limitan su autonomía en relación a la sexualidad y la reproducción, e inciden de manera negativa sobre su vida y su salud.

En la siguiente tabla se puede observar el número, porcentaje y razón de muerte materna por aborto en México

Año	Defunciones por Aborto	Razón de Muerte Materna	Porcentaje
2016	48	2.2	6.3
2017	51	2.3	7.1
2018	52	2.6	8.7
2019	62	2.5	9
2020*	45	2.8	6.3

*Corte en la semana epidemiológica 42

En este sentido, el aborto debe ser visualizado como un problema de justicia social, ya que las posibilidades de las mujeres para acceder o no a un procedimiento médicamente seguro tienen una estrecha vinculación con su situación económica y con su posición en el contexto sociocultural (Lamas, 1994).

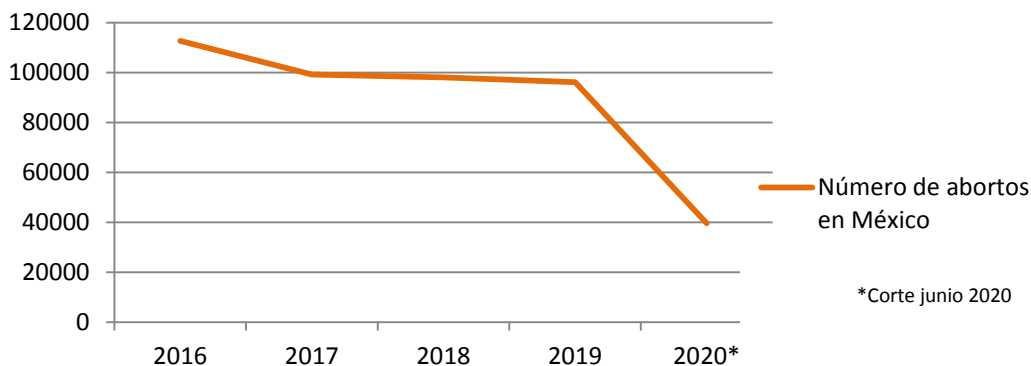
Debido a que en el país las causales permitidas para llevar a cabo los abortos son muy variadas y que aún hay obstáculos para que las mujeres ejerzan sus derechos, no se cuenta con datos confiables y actualizados sobre la magnitud de su incidencia y sobre la frecuencia de las complicaciones y las muertes que ocasiona. No obstante, la información disponible permite situar al aborto como un problema social y sanitario de gran relevancia.

Según el artículo estimaciones del aborto en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?, En México, el número estimado de mujeres que han obtenido un aborto se ha incrementado 64% entre 1990 y 2006 y la tasa de aborto inducido se incrementó 33% de 25.1 a 33 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva

En 2006, un número estimado de 149,700 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones post-aborto, es decir 40% más en comparación con las cifras reportadas para 1990. La tasa de hospitalización asociada al aborto en México en el 2006 (5.7 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva) fue aproximadamente igual al promedio reportado para el mundo en desarrollo y un poco menor al promedio estimado para América Latina (8 por cada 1,000 mujeres).

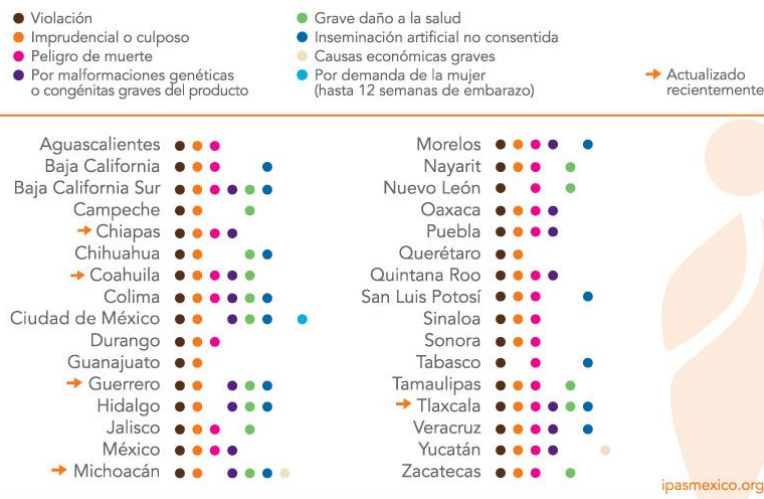
Desde 2016 se tiene un promedio anual de abortos 98,000, en la tabla siguiente se indica el número anual de abortos a nivel nacional.

Número de abortos en México



En los 32 estados en México el aborto es legal cuando el embarazo es producto de una violación; en 24 se permite cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer; en 10 cuando el embarazo constituye un riesgo severo a la salud de la mujer; en 16 en casos de malformaciones congénitas; en 30 cuando el aborto se produce de manera “imprudencial”; en 13 cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida y en 2 Yucatán y Michoacán, por razones económicas. En la Ciudad de México y Oaxaca, el aborto está despenalizado hasta las 12 semanas, desde 2007 y 2019 respectivamente.

Causales de aborto permitidas en México



En el Estado de San Luis Potosí

San Luis Potosí, se fundó en 1824, cuya actividad productiva inicial era la minería y agricultura, posteriormente la comercial e industrial. Geográficamente está situado en la región centro-norte del país, es un área territorial altamente diferenciada, que permite dividirlo en cuatro zonas naturales: centro, huasteca, altiplano y media, compuesto por 58 municipios.

Cuenta con una extensión territorial es de 62,304.74 Km², que equivalen a 3.22% de la superficie del país y sus límites geográficos son al Norte con: los Estados de Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y Zacatecas; al Sur con: los Estados de Guanajuato, Hidalgo y Querétaro; al Este con: el Estado de Veracruz y al Oeste con: el Estado de Jalisco y Zacatecas.

Según los datos Consejo Nacional de Población CONAPO para el 2020 se estima que cuenta con una población total de 2'866,142 personas, de dicha cantidad el 51.1% son mujeres y aproximadamente 805,000 se encuentran en edad reproductiva de 10 a 49 años.

La entidad está conformada por 7 Jurisdicciones Sanitarias las cuales cuentan con 229 centros de Salud, 4 Hospitales Generales, 8 Hospitales Básicos Comunitarios, 1 Hospital del Niño y la Mujer, 1 Clínica Psiquiátrica y 1 Hospital de segundo nivel, los cuales están distribuidos de la siguiente forma:

Unidad de Salud	JS I San Luis Potosí	JS II Matehuala	JS III Soledad de Graciano Sánchez	JS IV Rioverde	JS V Ciudad Valles	JS VI Tamazunchale	JS VII Tancanhuitz
Hospitales generales	1	1	0	1	1	0	0
Hospitales Especializados	4	0	0	0	0	0	0
Centros de salud urbanos	14	10	8	8	12	9	4
Unidades rurales	3	8	9	12	11	23	14
Unidades Médicas Móviles	1	5	18	7	15	29	19
Hospitales Básicos Comunitarios	0	0	2	1	5	2	1

Las leyes vigentes del estado de San Luis Potosí como lo son la Ley de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí y el Código Penal Estatal, están armonizadas con los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos siguientes: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW de 1981, Belem Do Pará de 1994, Ley General de Víctimas, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 2013, entre otros.

En el Código Penal del Estado de San Luis Potosí el aborto está tipificado como delito y establece sólo tres situaciones en las que el aborto no es punible: cuando el embarazo es resultado de violación, inseminación indebida y peligro de muerte.

El aborto es un delito que prácticamente no se denuncia y por ende no se castiga. La penalización del aborto no impide que un elevado número de mujeres recurran a él arriesgando su salud, y en ocasiones su vida, ni que los médicos u otros practicantes lo realicen en consultorios, clínicas privadas, o domicilios particulares.

En la siguiente se muestra la Razón de Muerte Materna y el lugar que ocupa el estado de San Luis Potosí del 2015 al 2019:

Año	Razón de muerte de materna	Número de muertes por aborto	Lugar a Nivel Nacional
2015	30.1	0	12
2016	24.4	0	4
2017	31.9	0	13
2018	13.4	0	2
2019*	26.4	0	14

*Preliminar

Durante 2020 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tuvo la iniciativa de realizar un diagnóstico Nacional sobre la situación del aborto seguro en las entidades del país, con la intención de implementar las tecnologías más apropiadas con evidencia internacional según el marco jurídico estatal.

Con la finalidad de conocer las barreras y los facilitadores para brindar este servicio es que se lleva a cabo el siguiente estudio en el Estado.

Descripción del procedimiento

Para llevar a cabo este estudio diagnóstico se trabajó con el Cuestionario desarrollado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el cual incluye los siguientes ejes temáticos:

- Aspectos legales
- Regulaciones sanitarias
- Causales y sus alcances
- Obligaciones y fundamentales
- Procedimiento de solicitud
- Consentimiento informado
- Historia clínica
- Sistema de información y registro
- Sistema de sanción
- Objeción de conciencia
- Cobertura de los Servicios
- Acciones antes, durante y después de la atención

El formato de dicho cuestionario se modificó de preguntas abiertas a opción múltiple con la finalidad de hacer posible un análisis cualitativo y cuantitativo.

Dentro del proceso se solicitó a Directores/as, Subdirectores/as, Jefaturas de Ginecología y Enfermería, así como personal operativo de Hospitales Generales y Básicos Comunitarios, Personal del Departamento de Salud Reproductiva de los programas de Salud Materna y Perinatal y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género de las diferentes Jurisdicciones Sanitarias.

Objetivos, Cronograma y actividades realizadas

El objetivo

- Realizar un diagnóstico con el personal de salud para conocer cuáles son los facilitadores y barreras del acceso al aborto seguro, las características de atención del aborto y postaborto en los Servicios de Salud.

Metodología

Se solicitó vía oficial a los diferentes Hospitales Generales, Hospitales Básicos Comunitarios, Jurisdicciones Sanitarias, que personal Directivo y Operativo respondiera el instrumento.

Las unidades médicas consideradas fueron las siguientes:

Jurisdicción Sanitaria	Unidad de Salud
Jurisdicción Sanitaria I San Luis Potosí	Hospital del Niño y la Mujer
	Nuevo Hospital Central
	Jurisdicción Sanitaria I
Jurisdicción Sanitaria II Matehuala	Hospital General de Matehuala
	Jurisdicción Sanitaria II
Jurisdicción Sanitaria III Soledad de Graciano Sánchez	Hospital General de Soledad
	Hospital Básico Comunitario de Salinas
	Hospital Básico Comunitario de Villa de Arista
	Jurisdicción Sanitaria III
Jurisdicción Sanitaria IV Rioverde	Hospital General de Rioverde
	Hospital Básico Comunitario de Cd. Del Maíz
	Jurisdicción Sanitaria IV
Jurisdicción Sanitaria V Ciudad Valles	Hospital General de Cd. Valles
	Hospital Básico Comunitario de Ébano
	Hospital Básico Comunitario de Tamuin
	Jurisdicción Sanitaria V
Jurisdicción Sanitaria VI Tamazunchale	Hospital Básico Comunitario de Tamazunchale
	Hospital Básico Comunitario de Xilitla
	Jurisdicción Sanitaria VI
Jurisdicción Sanitaria VII Tancanhuitz	Hospital Básico Comunitario de Aquismón
	Jurisdicción Sanitaria VII

Resultados

Se recabaron 30 Cuestionarios por parte del personal médico, de enfermería, directivo y operativo de las diferentes unidades, se analizaron los resultados con base en frecuencia y promedio, los resultados son los siguientes:

Aspectos legales

La normatividad y Leyes tanto Nacionales como estatales están armonizadas con instrumentos Internacionales como La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW de 1981, Belem Do Pará de 1994, Ley General de Víctimas, Ley General de

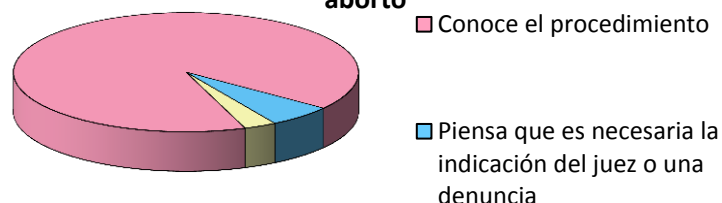
Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 2013, entre otros, por lo observar que una tercera parte no las conoce, nos muestra que se requiere de hacer énfasis acerca del tema en las capacitaciones ya que del 100% de las encuestas recabadas, el 67% si conoce las Leyes Estatales y normas que regulan el aborto seguro, el 33% solo conocen algunos instrumentos estatales.

En cuanto al conocimiento acerca de las causales que se permiten en el estado para realizar abortos, el 47% si las conoce todas, 47% solo conoce una de ellas, 6% identifica causales que no están permitidas en el Estado. Y el 90% si logra identificar el alcance territorial de las mismas.

Regulaciones sanitarias

Las regulaciones sanitarias incluidas en la NOM-046-SSA2-2005, NOM-007-SSA2-2016, Ley de Víctimas, Código Penal Estatal, entre otras, nos orientan para establecer rutas de atención y procedimientos para evitar la revictimización y favorecer a las mujeres en el ejercicio de sus derechos, el hecho de que el 90% de los encuestados conoce el procedimiento de aplicación para las solicitudes de aborto por violación, 6% aún cree que se requiere una indicación de un juez o denuncia para llevar a cabo el procedimiento, 3% desconoce los procesos a llevar a cabo en una solicitud de aborto por violación, refleja que se tiene que hacer énfasis al respecto al capacitar personal.

Conocimiento del proceso de aplicación para las solicitudes de aborto



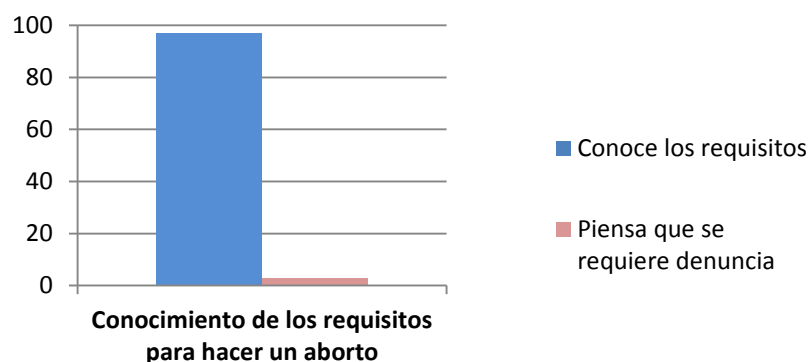
El 73% coincide en que las regulaciones sanitarias han ayudado a promover y ampliar el acceso de las mujeres a abortos legales. El 87% conoce cuales fueron los motivos o causales por los que se realizaron los abortos en el último año y el 13% cree que los procedimientos se realizaron por otro motivo.

Alcance de las causales

Desde el año 2016 en que se hicieron las modificaciones a la NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención y las modificaciones en las excluyentes de penalización respecto al aborto en el Código Penal del Estado, se realizan procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la entidad, pero debido a que se pretende mantener la confidencialidad de las usuarias en el ejercicio de sus derechos y evitar la revictimización, es comprensible que el 80% de las/los encuestados tiene conocimiento de que se han atendido mujeres embarazadas como resultado de una violación para una Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, 17% desconozca la información y 9% cree que no se han atendido

embarazadas producto de violación, ya que probablemente no han tenido oportunidad de atender a alguna de estas usuarias.

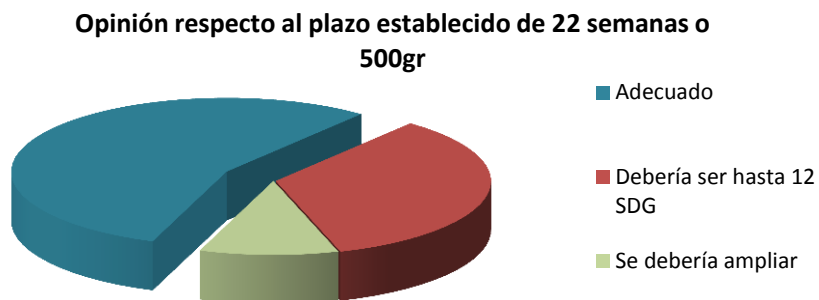
Solo un 7% del total desconoce si hay diferencias en la atención de acuerdo con la edad de la mujer y 93% sabe que la atención es igual para mayores y menores de edad; del 100% de los encuestados el 97% conoce los requisitos para llevar a cabo el procedimiento y 3% cree que es necesaria una denuncia para realizarlo.



El 57% sabe que la edad gestacional de 20 semanas o un producto de 500gr son una limitante para realizar abortos por violación en el estado, 37% piensa que la objeción de conciencia es una limitante y 7% cree que el que la usuaria no presente una denuncia es otra limitante.

Con relación al plazo gestacional una tercera parte coincide en que el plazo para llevar a cabo el procedimiento establecido en el Código Penal del Estado es igual al establecido en la práctica clínica y es de 20 semanas o 500gr. Y el 40% conoce la referencia que se utiliza en la entidad como límite de plazo gestacional de 22semanas o producto de 500gr establecido por la OMS.

Un poco más de la mitad, 53% considera que el plazo establecido en la entidad de 22 semanas o 500gr de peso en el producto es adecuado para llevar a cabo el procedimiento de IVE, 10% cree que se debería ampliar y 33% piensa que debería ser hasta las 12 semanas de gestación.



Una quinta parte piensa que el aborto solo se realiza en CDMX y el 20 sabe que el servicio se puede brindar en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, tanto públicos como privados.

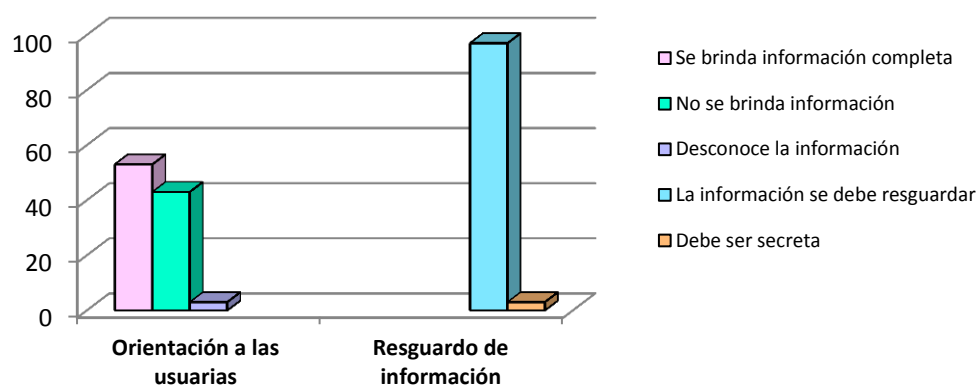
Tres cuartas partes respondieron que el servicio se proporciona sin dificultades y ya se tiene identificado al personal objetor de conciencia y una tercera parte refiere que funciona pero con cierta dificultad generada por el mismo personal.

Continuamente se llevan a cabo capacitaciones sobre el tema pero solo El 67% tiene conocimiento de que las mismas se hayan impartido capacitaciones en aborto, esto pudiera ser debido a la rotación frecuente de personal, pero se requiere continuar con las mismas ya que es un tema prioritario en la actualidad.

Obligaciones fundamentales

Basándose en los conocimientos con los que cuenta el personal encargado de dar orientación a las mujeres embarazadas, solo el 53% cree que, si se les brinda la información completa y la opción de interrupción del embarazo incluida en las causales permitidas en el estado, el 43% piensa que no se brinda la información y el 3% desconoce este hecho.

Casi el total, un 97% coincide en que la información de las usuarias debe ser resguardada como parte de los derechos a los que tiene acceso, y 3% opina que la información debería ser secreta por la naturaleza de esta.

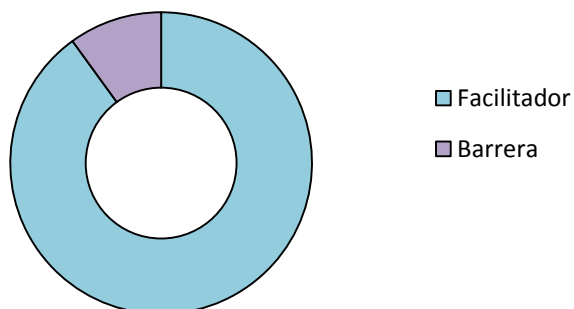


Procedimiento de solicitud

En cuanto a todos los requisitos a cumplir para llevar a cabo el aborto por violación, el 40% los conoce todos, 57% omitió uno de ellos.

El 90% considera que el proceso implementado para llevar a cabo un aborto es un facilitador porque las usuarias tienen acceso a la salud y al ejercicio de sus derechos, solo el 10% piensa que se requiere una orden judicial y denuncia y esto lo convierte a este proceso en una barrera para que las mujeres accedan a un aborto.

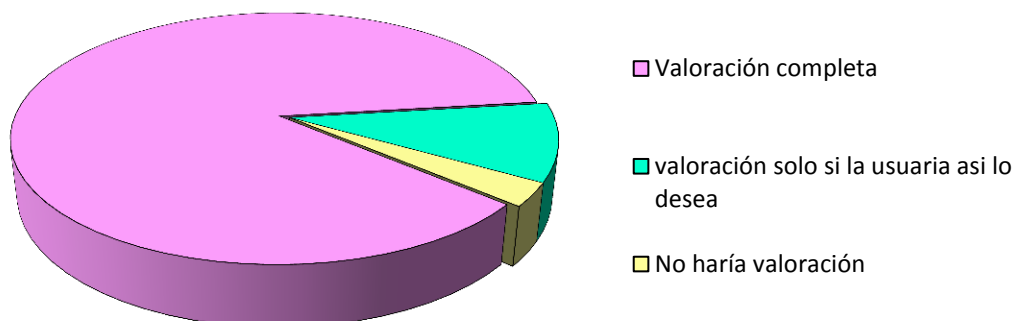
Facilitadores o barreras para acceso a la salud y ejercicio de sus derechos



En caso de presentarse un desacuerdo entre la mujer que solicite el procedimiento y el profesional interviniente, el 60% de los encuestados respetaría la decisión de la mujer mientras no se ponga en riesgo su vida y el 40% solicitaría una segunda opinión.

87% del total, refiere que está justificado realizar una valoración completa, 10% la haría solo si la usuaria así lo desea, y 3% no haría la valoración, ya que piensan que con la declaración jurada es suficiente para realizar el procedimiento, en caso de violación.

Valoración clínica



Al hacer referencia al plazo permitido para otorgar tratamiento hablando de la causal salud y causal violación, el 83% afirma que hay plazo para realizar el procedimiento y el 13% refiere desconocer la información.

Consentimiento informado

Al analizar lo relacionado al consentimiento informado, 20% refiere que los requisitos son iguales para todas las mujeres, y el 80% menciona que varían dependiendo de la edad y la causal.

Y la mitad hace referencia a que en su unidad cuenta con mecanismos para la resolución de conflictos, el 20% desconoce si los tienen y el 30% afirma que su unidad no cuenta con los mismos.

Historia clínica, sistema de información y registro

El procedimiento de aborto requiere de una adecuada valoración y registro de la información por parte del personal previo al procedimiento para evitar riesgos y complicaciones, 27 de 30 de los encuestados afirma que se hace registro de los abortos en la historia clínica y el 30% desconoce el dato. El 93% refiere que el registro es en una unidad médica y a nivel estatal, 3% piensa que no se hace el registro en ninguna base de datos y 3% que solo se hace en la unidad.

Parte del proceso es el registro de información, el cual se realiza en el expediente clínico, 97% de total de encuestados coincide con esta afirmación y 3% refiere que no es necesario hacer registro para el procedimiento.

Para llevar un adecuado registro de información, los datos generados en las unidades se registran en diferentes bases de datos, se concluyó que 27 de los 30 cuestionados refieren que si se hace registro de los abortos realizados y conocen los sistemas de información donde se hace el mismo.

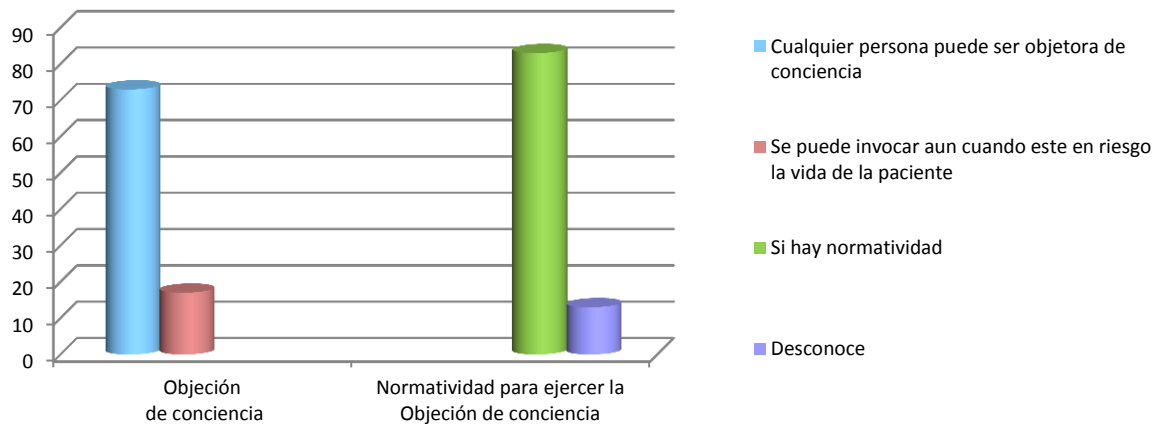
Sistema de sanción

Los 30 encuestados coinciden en que, si esta adecuadamente justificado llevar a cabo el procedimiento no hay forma de recibir sanción, ni tienen conocimiento de que se haya tenido impacto en materia de responsabilidad profesional.

Objeción de conciencia

En la Ley General de Salud el Artículo 10 Bis modificado en 2018, menciona lo siguiente respecto a la objeción de conciencia: El Personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional. El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

En relación a esto el 73% refiere que cualquier personal de salud puede ser objetor de conciencia, 17% piensa que se puede invocar la objeción de conciencia aun cuando la vida del paciente está en riesgo. 73% tiene el conocimiento de que solo el personal médico y de enfermería pueden ejercer la objeción de conciencia.



Al cuestionar si conoce la cantidad de personal médico y de enfermería es objetor de conciencia, se encontraron discrepancias, lo cual era una respuesta esperada, ya que por privacidad y para evitar discriminación hacia el personal objetor y no objetor de conciencia se recomienda por parte de los Servicios de salud, que la identificación del personal objetor no sea de dominio público, pero se refiere se identificaron 62 médicos y 149 enfermeras objetoras y objetores de conciencia

El 83% refiere si hay normatividad o mecanismos para ejercer la objeción de conciencia, 13% los desconoce, y el mismo porcentaje 83, comenta que el contar con este mecanismo es un facilitador para tener un diagnóstico de los profesionales que no están dispuestos a realizar esta práctica.

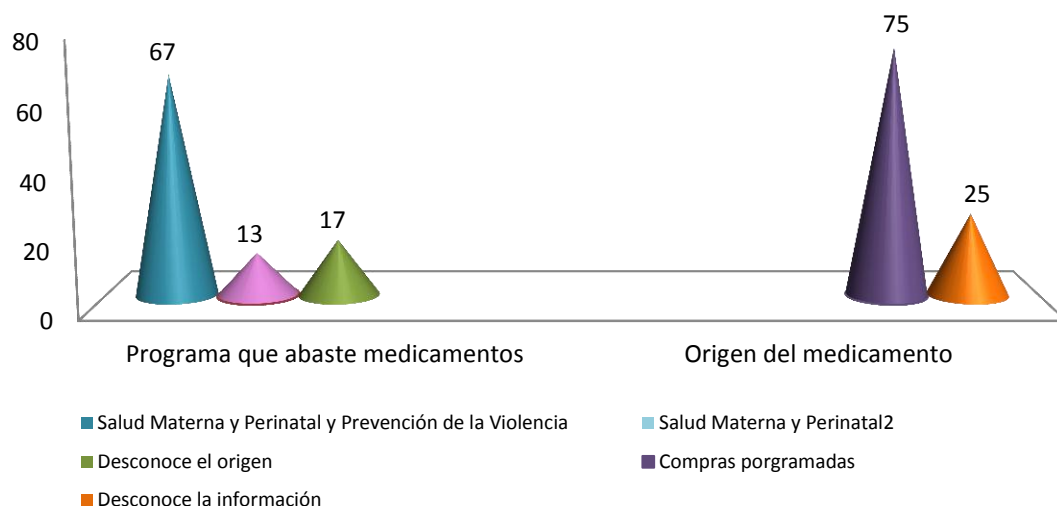
Cobertura de servicios

La atención de aborto es gratuita en las instituciones de salud Públicas, respecto a esto el 100% del personal encuestado tiene el conocimiento de que los servicios de aborto son gratuitos, de estas el 97% son canalizadas mediante el sistema de Referencia- contra referencia para la atención en urgencias.

Al solicitarles que indiquen cuales son los tratamientos actuales de acuerdo con la GPC IMSS 088-08, el 77% refiere que el tallo de luminaria no se incluye dentro de los mismo, 3% que el legrado Uterino Instrumentado.

En cuanto al abasto de medicamentos la tercera parte menciona tener cantidad suficiente para todo el año, el 40% refiere que no cuenta con la cantidad suficiente, menos de un tercio desconoce la información, en cuanto a la procedencia de este el 67% lo recibe de los Programa de Salud Materna y Perinatal y Prevención y Atención de la Violencia familiar y de Género en conjunto, 13% solo del Programa de Salud Materna y Perinatal, 17% desconoce el origen.

Dos terceras partes de los encuestados saben que el medicamento está incluido dentro de las compras programadas y un tercio desconoce la información, así como desconoce también si es que se hacen donaciones de medicamentos a los hospitales, pero 63% refiere que no que se hacen donaciones a los mismos.



Autoridades sanitarias

Con relación a las capacitaciones acerca del uso de misoprostol, el 57% afirma que ya se han dado capacitaciones, 13% desconoce la información, 27% niega que se den capacitaciones. Pero el 93% del total coincide que son necesarias más capacitaciones acerca del uso de este medicamento, ya que tiene impacto en la forma de uso de este.

Acciones antes, durante y después de la atención

Todos los encuestados hacen referencia a que la atención postaborto es multidisciplinaria, y de estos el 57% refiere no hay barreras para brindar el servicio en la entidad, 33% refiere que una barrera es la falta de personal y 10% considera saturación de los servicios de Salud como otra barrera.

Todas las unidades de salud cuentan con personal médico, de enfermería, trabajo social y psicología involucrado para realizar la atención de abortos, las funciones en general realizadas son:

Personal	Funciones que realizan
Médico	Realiza el procedimiento, informa en que consiste el procedimiento, informa riesgos, genera solicitud
Enfermería	Asistencia al personal médico, preparación de material
Trabajo social	Orientación y apoyo a la usuaria
Psicología	Apoyo a la usuaria en cuanto al impacto que representa

Dos terceras partes mencionan tener el mobiliario completo para brindar atención de aborto, 13% refiere que no es así.

La totalidad de los encuestados refieren que no se han presentado muertes maternas por aborto en 2019 ni 2020.

Cabe mencionar que no todo el personal respondió a la siguiente tabla, ya que no todos están en una unidad hospitalaria o donde se realizan abortos, pero las respuestas son las siguientes:

Año	Implante	Parche	Hormonal oral	Hormonal inyectable	DIU (T cobre o medicado)	Preservativo
2019	47	6	46	66	63	1
2020	49	0	2	0	43	1

En 63% de las unidades si se realizan acciones de promoción en materia del ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en relación con atención de aborto, 37% refiere que no se realiza dicha actividad. De este 63% el 70% refiere que ha recibido información mediante cursos de capacitación e información impresa, y el 10% solo ha recibido cursos de capacitación.

Del total 70% considera que la población si conoce sobre el acceso y atención al aborto por causal violación y 30% refiere que la población no conoce la información.

En relación con conocimiento de los encuestados acerca de la cantidad de abortos realizados en sus unidades

Año	Menores de 18 años	Mayores de 18 años	Mujeres indígenas	Mujeres con discapacidad	Mujeres migrantes
2019		2			1
2020	1				

En cuanto a las capacitaciones los encuestados tienen conocimiento acerca que se han llevado a cabo los siguientes cursos y talleres por parte de nivel estatal, cabe mencionar que localmente las Jurisdicciones Sanitarias también llevan a cabo talleres:

Tema	Programa	Ponente	Fecha (mes y año)	Duración	Asistentes
Interrupción Voluntaria del Embarazo	Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género	Lic. Yair Jazim Govea	Mayo, septiembre, noviembre 2018	8, 16 y 24hr	223
Atención Inmediata a la Violación sexual para enfermería		Dra. Nancy Ebel Izar Lic. Patricia Cantú	Y Agosto, septiembre, noviembre y diciembre 2019		

Y 87% considera que dentro de las capacitaciones necesarias se deben incluir los temas de Derechos Sexuales y Reproductivos, Aspectos técnico-quirúrgicos y Marco legal, 10% hace referencia a la necesidad de capacitación sobre el marco legal.

Al solicitarles elegir respecto al área fortalecer en relación a los servicios de atención de los abortos mencionan las siguientes:

Ubicación	Sistema referencia Contra-Referencia	Recursos humanos	Recursos materiales
X		X	X

Las opiniones generales en cuanto a ¿Cómo consideran que es el acceso y atención al aborto dentro de las unidades de salud del Estado?

El 90% refiere que se requiere de más capacitación y sensibilización a todo el personal, ya que aunque el servicio que se brinda es de calidad, se requiere de mayor comunicación tanto interinstitucional como dentro de la misma unidad para mejor la atención brindada.

Conclusión

Al contemplar que el personal que respondió el cuestionario en las Jurisdicciones Sanitarias es responsable de coordinar las diferentes atenciones entre las unidades y el de las Unidades hospitalarias es el personal operativo que está en contacto directamente con las usuarias, informarlas y orientarlas, las respuestas obtenidas derivan de situaciones observadas y ocurridas en la práctica diaria.

Se puede observar lo siguiente:

En relación a los aspectos legales aún hay confusión en cuanto a las causantes que son permitidas legalmente en el Estado, así como para las regulaciones sanitarias para llevar a cabo los abortos, se tiene claridad en cuanto a los alcances legales y la normatividad.

En cuanto al Procedimiento de solicitud no se tiene claridad de todos sus componentes, el personal que está en contacto directo o lo realiza frecuentemente si lo conoce en su totalidad pero falta reforzar en el resto del personal.

Durante todo el año se llevan a cabo talleres de sensibilización y capacitación en las 7 Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales Generales y Unidades de salud, con la finalidad de que todo el personal involucrado en canalizar usuarias, brindar la atención o realizar el procedimiento cuente con todas las herramientas disponibles para dar una atención integral y evitar la revictimización.

Por lo que al observar las respuestas, se concluye que se requiere continuar con capacitaciones y talleres de sensibilización acerca del tema en todos los niveles de atención, ya que aunque hay

personal que conoce todos los procedimientos para brindar una atención integral, aún hay personal que presenta confusión en terminología, procesos internos hospitalarios, aspectos legales o tiene dudas en alguna parte de todo el proceso, por lo que se contemplarán dichos aspectos y sugerencias para las siguientes capacitaciones.

Bibliografía

- Aborto a nivel mundial. (2017). Guttmacher. <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo#>
- En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. (2017). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- Bearak J et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9), [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext).
- Juárez F. y cols., Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspectives*, 2008, en prensa.
- González de León Aguirre, D., & Salinas Urbina, A. A. (1997). Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 227-236. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1997000200012>
- Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. (2020). CONAPO. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>