



NORMA TÉCNICA NACIONAL 259

**ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER QUE SE ENCUENTRA
EN ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES QUE REGULA LA
LEY N° 21.030**

Subsecretaría de Salud Pública

Subsecretaría de Redes Asistenciales



Norma Técnica aprobada mediante Decreto Exento N° de 2025

Segunda versión



Editores

Dr. Gonzalo Rubio Schweizer.

Médico Gineco- Obstetra.

Encargado Programa Nacional Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva.

Departamento de Ciclo Vital.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Karla Mayorga Campos.

Matrona.

Programa Nacional Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva.

Departamento de Ciclo Vital.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Dra. Carolina Liu Orellana.

Encargada Programa Nacional de Salud del Adolescente.

Programa Nacional Salud de Adolescentes y Jóvenes.

Departamento de Ciclo Vital.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Responsables técnicos.

Elizabeth López Tagle.

Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Yasmina Viera Bernal.

Jefa de División Jurídica.

Gabinete de Ministra.

Ministerio de Salud.

Margarita Ramos Martínez.

Jefa de Departamento de Ciclo Vital.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.



Grupo de trabajo ministerial.

Rodrigo Neira Contreras.

Programa Nacional Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva.
Departamento de Ciclo Vital.
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública.
Ministerio de Salud.

Tamara Salgado Aguayo.

Profesional.
División Jurídica.
Gabinete de Ministra.
Ministerio de Salud.

Catalina Bienzobas Darraidou.

Médica asesora.
Gabinete de Ministra.
Ministerio de Salud.

Christian Figueroa Lassalle.

Departamento de Ciclo Vital.
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública.
Ministerio de Salud.
Staff Clínica Santa María.
Profesor División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paola Arévalo Leal.

Profesional.
Unidad de Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva-VIH/ITS.
Depto. de Procesos Clínicos Integrados. Subsecretaría de redes Asistenciales.
Ministerio de Salud.

Daniela Vargas Guzmán.

Profesional.
Unidad de Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva-VIH/ITS.
Depto. de Procesos Clínicos Integrados. Subsecretaría de redes Asistenciales.
Ministerio de Salud.

Dámaris Meza Lorca.

Profesional.
División de Atención Primaria. Subsecretaría de redes Asistenciales.
Ministerio de Salud.



Giorgia Cartes Bravo.

Profesional.

Subsecretaría de redes Asistenciales.

Ministerio de Salud.

María José Oyarzun Isamitt.

Matrona.

Programa Nacional Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva.

Departamento de Ciclo Vital.

División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Dra. Paula Araya Ibáñez.

Jefatura Departamento de Derechos Humanos y Género.

Gabinete Ministerial, Ministerio de Salud.

Cynthia Aránguiz.

Matrona.

Departamento de Derechos Humanos y Género.

Ministerio de Salud.

Dra. Ximena Luengo Charath.

Asesora Coordinadora de la Oficina de Bioética.

Ministerio de Salud.

Nicolás Fernández Rodríguez.

Profesional Unidad de Salud Mental.

Depto. GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas.

División de Gestión de la Red Asistencial.

Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud.

Belén Vargas Gallegos.

Profesional.

Departamento de Salud Mental.

División de Prevención y Control de Enfermedades DIPRECE.

Subsecretaría de Salud Pública.

Paula Maureira Martínez.

Profesional.

Departamento de Salud Mental.

División de Prevención y Control de Enfermedades DIPRECE.

Subsecretaría de Salud Pública.



Alejandro Riquelme Bórquez.

Departamento Salud Mental.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Dra. Cecilia Mellado Sagredo.

Médica Genetista. Profesor Asociado Adjunto, Jefe Unidad de Genética y Enfermedades Metabólicas, División de Pediatría, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Médico Genetista, Jefe de Unidad de Genética Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río SSMSO. Ministerio de Salud.

Jorge Pacheco Jara.

Jefe Departamento de Estadística e Información en Salud.

División de Planificación Sanitaria.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Javiera Burgos Laborde.

Departamento de Estadística e Información en Salud.

División de Planificación Sanitaria.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

Estefanía Jara López.

Departamento de Estadística e Información en Salud.

División de Planificación Sanitaria.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

V°B°
JEFATURA
DIPRECE



Revisores externos

Dr. Mauro Parra Cordero.

Médico Perinatólogo Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico de Universidad de Chile y Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Dr. Juan Guillermo Rodríguez.

Médico Perinatólogo Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico de Universidad de Chile. Especialista en medicina materno fetal, CERPO.

Dr. Álvaro Insunza Figueroa.

Médico Gineco-Obstetra. Presidente Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) 2024.

Dr. Edgardo Corral.

Médico Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional de Rancagua.

Dr. Francisco Díaz.

Médico Gineco-Obstetra Servicio de Ginecología y Obstetricia. Clínica Vespucio y Hospital de la Florida.

Dr. Jean Pierre Frez.

Médico Gineco-Obstetra Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Puerto Montt.

Dra. Marcela Caro Elgueta.

Médico Gineco-Obstetra. Jefa de Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Hospital San José.

Dr. Víctor Faúndes Gómez.

Médico Genetista Clínico. Profesor Asistente, INTA, Universidad de Chile.

Dra. Adela Montero Vega.

Médica Gineco-Obstetra infantojuvenil. Profesora Titular, CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Gabriela Valero Cañas.

Representante APROFA.

Tamini Aguirre A.

Representante Organizando Trans Diversidades, OTD Chile.

Siomara Molina S.

Representante Asamblea por la Legalización del Aborto.

Karla Barraza Lara.

Representante Corporación Miles.



Contenido

INTRODUCCIÓN	11
GENERALIDADES DE LA NORMA TECNICA NACIONAL	12
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL	13
REDES DE ATENCIÓN	19
Niveles de atención	20
Primer nivel de atención: atención general ambulatoria	20
Segundo nivel de atención: nivel de especialidad	22
Tercer Nivel de Atención	24
Sistema de referencia y contrarreferencia	28
Recursos humanos	28
Registros asociados	29
PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	30
OBJECCION DE CONCIENCIA	39
Derechos del/la objetor/a de conciencia	¡Error! Marcador no definido.
Deberes del/la objetor/a de conciencia	¡Error! Marcador no definido.
Derivación por Insuficiencia Temporal	41
PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO (EQUIPOS BIOPSIOSOCIALES)	42
PRIMERA CAUSAL: MUJER QUE SE ENCUENTRA EN RIESGO VITAL	45
Análisis de factores de riesgo para la vida de la gestante	45
Proceso de atención	48
Identificación y confirmación del riesgo vital materno	48
Entrega de información y acogida	49
Constitución de la causal	51
Atención clínica de la gestante	51
Atención clínica del producto de la gestación	52
Seguimiento post interrupción y alta	53
SEGUNDA CAUSAL: EMBRIÓN O FETO QUE PADEZCA UNA PATOLOGÍA CONGÉNITA ADQUIRIDA O GENÉTICA, INCOMPATIBLE CON LA VIDA EXTRAUTERINA INDEPENDIENTE, EN TODO CASO DE CARÁCTER LETAL	55
Antecedentes epidemiológicos y diagnósticos	55
Proceso de atención	57



Pesquisa y diagnóstico de la patología.....	57
Entrega de información y acogida	58
Constitución de la causal	59
Atención clínica de la gestante	59
Atención clínica del producto de la gestación.....	59
Cuidados paliativos.....	60
Seguimiento post interrupción y alta	61
TERCERA CAUSAL: EMBARAZO RESULTADO DE UNA VIOLACIÓN.....	63
Proceso de atención	63
Detección de casos de violencia sexual.....	63
Entrega de información y acogida	65
Concurrencia de los hechos que constituyen la tercera causal	65
Constitución de la causal	68
Atención clínica de la gestante víctima de violación	69
Denuncia o comunicación al ministerio público.....	69
Toma de muestra para análisis médico legal y cadena de custodia	71
Formulario de Cadena de Custodia	74
MÉTODOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	77
Condiciones generales.....	79
Métodos de interrupción del embarazo con medicamentos.....	80
Métodos quirúrgicos de interrupción del embarazo	88
USO DE LOS MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD POST INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO	
105	
SISTEMA DE INFORMACIÓN	108
ANEXO 1. CERTIFICACIÓN DE LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA LEY N°21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES.	
112	
ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: MUJER O PERSONA ADULTA, ADOLESCENTE ENTRE 14 Y 18 AÑOS Y PERSONA ADULTA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL NO DECLARADA INTERDICTA.....	114
ANEXO N°3: ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y MUJERES O PERSONAS SIN CAPACIDAD DE CONSENTIR LEGALMENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	116



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA SIN CAPACIDAD LEGAL DE CONSENTIR.....	117
ANEXO N°5: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE DERIVACIÓN A LA PERSONA GESTANTE A PRESTADOR NO OBJETOR DE CONCIENCIA INDIVIDUAL.....	119
ANEXO N°6: Instructivo para esterilización del instrumental de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	120
ANEXO N°7: MARCO LEGAL: DEFUNCIONES FETALES Y DE RECIÉN NACIDOS.....	122
ANEXO N°8: TRÍPTICO INFORMATIVO	123
BIBLIOGRAFÍA	125



INTRODUCCIÓN

El Estado de Chile, mediante la dictación de la Ley N° 21.030 reguló la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Con dicha normativa, se instaló el derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas reproductivas en tres situaciones particulares y límites: en el caso que la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; en el caso que el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal; y cuando el embarazo sea resultado de violación, en los plazos que la ley señala. Esta ley constituyó un paso significativo en la historia de políticas públicas del Estado de Chile para promover y proteger la salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes, desde un enfoque biopsicosocial para las personas que se encuentran en alguna de las tres causales descritas anteriormente. La Ley N° 21.030, tiene por finalidad resguardar los derechos de las mujeres y ofrecerles una adecuada protección para decidir con autonomía respecto de su embarazo atendiendo a las necesidades, expectativas y prerrogativas de las mujeres de hoy, para interrumpir el embarazo en las 3 causales específicas señaladas por la ley. A su vez, los equipos de salud cuentan con la certeza jurídica que, al interrumpir un embarazo en estas tres causales, se estará obrando inequívocamente en el contexto permitido por la ley. Además, contribuye a fortalecer el trabajo de los equipos multidisciplinarios que se desempeñan en la salud materno-fetal de todo el país, tanto en el sector público, como en el privado.

El presente documento, contempla la actualización de la ***“Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y Atención Integral a la mujer para la Interrupción voluntaria del Embarazo en tres causales”*, 2018** y tiene como objetivo, operativizar y precisar lo definido en la Ley N° 21.030, de modo que las prestaciones a las cuales tiene derecho toda mujer que habita en Chile y que se encuentra en alguna de las tres causales, sean entregadas con un adecuado estándar de seguridad, calidad y oportunidad, desde un enfoque integral y biopsicosocial. Se complementa y es consistente con otros cuerpos normativos y regulatorios vigentes emanados por el Ministerio de Salud. Las orientaciones técnicas para la acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030 se encuentran disponibles en la Orientación Técnica respectiva del 2018 (1) y las acciones vinculadas a la fiscalización de esta norma en el manual de fiscalización del año 2023 (2).



GENERALIDADES DE LA NORMA TECNICA NACIONAL

Objetivo General:

Establecer los lineamientos normativos y procedimientos para el acompañamiento y atención integral a las gestantes que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley N° 21.030.

Objetivos Específicos

- Proporcionar lineamientos técnicos a los prestadores de salud, públicos y privados, basados en evidencia científica actualizada, para otorgar una atención biopsicosocial oportuna, segura y de calidad a gestantes adultas y adolescentes, en el marco de la Ley N° 21.030.
- Describir el quehacer clínico y biopsicosocial definido en la Ley, centrado en los derechos de las gestantes.
- Entregar los conocimientos necesarios para la adquisición de competencias en los prestadores de salud, para otorgar servicios de interrupción del embarazo según la causal invocada.
- Especificar los procedimientos actualmente más recomendables, según la evidencia científica, con estándares de seguridad, calidad, oportunidad y eficacia, según edad gestacional.

Alcance de la norma

La aplicación de la presente norma contribuirá al ejercicio del derecho al acompañamiento y atención integral de las personas -que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley N° 21.030, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo según sea el caso, en concordancia con las disposiciones de la Ley N° 20.584 y toda otra norma o ley que resulte aplicable.

Esta Norma Técnica rige para todos aquellos prestadores de salud, tanto públicos como privados que presten atenciones en el marco de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales (Ley N° 21.030). Esto incluye a todos los prestadores de salud sean o no objetores de conciencia.

- Prestadores de salud públicos y/o privados que suscriban convenio con los Servicios de Salud.
- Prestadores de salud de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.
- Prestadores de salud privados.

Todo prestador de salud que atienda a cualquier mujer en alguna de las causales de la Ley N° 21.030 debe disponer de las prestaciones biomédicas y del programa de acompañamiento psicosocial definidos, objeto de esta Norma Técnica.



MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Definiciones

El modelo de atención integral (3), es la forma de organización de los recursos humanos y materiales para proporcionar las acciones de salud contempladas en la Ley N° 21.030 que regula la interrupción del embarazo en tres causales. Considera, junto al abordaje habitual biomédico del nivel de especialidad, un programa de acompañamiento a aquellas que se encuentren en alguna de las causales establecidas en la ley, está centrado en establecer una atención con los más altos estándares de calidad, basados en un trato de excelencia considerando los determinantes sociales en salud, con enfoque biopsicosocial, con pertinencia cultural, inclusivo, en que se resguarde mantener una comunicación efectiva, el respeto a la dignidad y derechos de la mujer adulta y adolescente, la confidencialidad de la atención y acceso oportuno.

Principios del modelo

1. Centrado en las personas

Considera las necesidades y expectativas de las personas que se encuentran en alguna de las tres causales reguladas en la Ley N°21.030, en la integralidad de la atención y la continuidad de los cuidados. Se debe abordar su particular situación con un modelo de relación vincular, entre el equipo de salud, las gestantes, sus familias y la comunidad que las rodea, respetuoso, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud de cada uno/a de sus integrantes.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y de respeto a su dignidad y a sus derechos.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda, sobre la base de la confidencialidad de la atención y, en el caso de las mujeres -adolescentes y adultas- víctimas de agresión sexual, de no revictimización.
- Evitar la estigmatización social de las mujeres -adolescentes y adultas- que acceden a las prestaciones derivadas de la aplicación de la Ley N° 21.030.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud definida en la normativa.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables, considerando los determinantes sociales de la salud.
- Asegurar la comprensión de las personas que se encuentran en alguna de las causales establecidas en la ley, mediante el uso adecuado e inteligible del lenguaje, en especial para aquellas que tengan alguna discapacidad, o mediante los mecanismos auditivos o visuales pertinentes y/o el apoyo de un facilitador disponible, si no tiene dominio del idioma español o lo tiene en forma parcial.



2. Oportuno

Se debe asegurar la entrega de servicios en el marco de la Ley N° 21.030 requeridos para la atención en el momento preciso, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud de las mujeres. Se deben evitar dilaciones innecesarias que retrasen la atención y se debe respetar la decisión personal de la persona que se encuentre en alguna causal, sea adolescente o adulta.

EN NINGÚN CASO LAS CAUSAS ADMINISTRATIVAS JUSTIFICARÁN UN RETRASO DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

UNA VEZ QUE LA PERSONA HA TOMADO LA DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ESTA DEBERÁ REALIZARSE A LA BREVEDAD POSIBLE, SALVO EN CASOS DE RIESGO VITAL INMINENTE DONDE LA INTERRUPCIÓN DEBE HACERSE DE MANERA INMEDIATA.

3. Integralidad

La integralidad es una función de todo el sistema de salud incluyendo la promoción, prevención (especialmente la secundaria), tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de la necesidad de salud abordada. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano.

4. Continuidad del cuidado

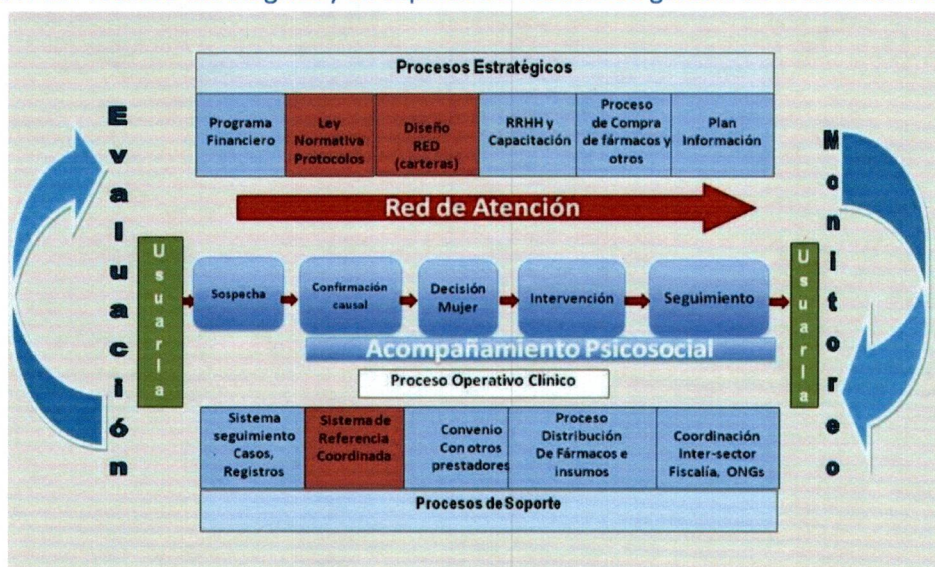
La continuidad de la atención se puede definir desde distintas perspectivas. Desde la perspectiva de las mujeres atendidas, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, destacan tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS "redes Integradas de Servicios de (4):

- **Continuidad Clínica:** Es el grado en que el cuidado de la mujer está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición clínica, de las actuaciones del equipo de salud y de la decisión de la mujer. Incluye la integración horizontal en un mismo nivel de atención, y vertical, entre establecimientos de distintos niveles de la red, ya sea pública como privada. El proceso o problema por el que se atiende la mujer es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su flujo de cuidado.
- **Continuidad Funcional:** Es el grado en que las funciones claves de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad, están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, dispositivos médicos, laboratorios clínicos generales y de especialidad, imágenes diagnósticas, etc.).



- Continuidad Profesional: Disponibilidad de los equipos y coordinación en los cuidados de los objetivos de la red. Lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:
 - a) Asegurar el acceso oportuno e informado a las prestaciones que por ley tienen derecho las mujeres -adolescentes y adultas- en las tres causales.
 - b) Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial intrasector y del intersector.
 - c) Responder adecuadamente a las necesidades y expectativas de las mujeres -adolescentes y adultas- afectadas por alguna de las causales reguladas en la ley, estandarizando procesos basados en evidencia.
 - d) Mejorar la aceptabilidad de los servicios, utilizando terapias modernas, poco invasivas, seguras y efectivas, que resguardan la calidad de la atención de las mujeres.
 - e) Reducir situaciones que estigmaticen a las mujeres -adolescentes y adultas-, y equipos clínicos involucrados en la interrupción voluntaria del embarazo.
 - f) Velar por la calidad y oportunidad de los diagnósticos clínicos que constituyen la primera y segunda causal y del acompañamiento respectivo.
 - g) Apoyar el cuidado integral de la salud de las mujeres -adolescentes y adultas- expuestas a violencia sexual, desarrollando coordinación con las redes intersectoriales de sus territorios que permitan evitar las condicionantes que determinaron la configuración de la tercera causal. Reducir la fragmentación del cuidado asistencial requerido, evitar la revictimización y la duplicación de infraestructura y servicios.

Esquema N°1: Procesos estratégicos y de soporte del modelo de gestión de la atención integral



Fuente: Elaboración propia MINSAL 2018.



5. Privacidad y confidencialidad

El modelo de atención deberá garantizar el acceso a la atención en salud en condiciones de confidencialidad y privacidad, resguardando el derecho de las personas a que la información relativa a su estado de salud y a la situación vivida sea tratada de manera reservada. Toda atención deberá realizarse en espacios que aseguren la privacidad y bajo procedimientos que protejan la confidencialidad, como un componente esencial de la calidad y la dignidad de la atención.

Objetivos del modelo

- **Objetivo General**

Entregar atención integral, accesible, oportuna, de calidad y coordinada en los distintos niveles de la red de atención pública y privada a las gestantes -adolescentes y adultas- que consulten en la red pública o privada por presentar una situación clínica que pueda constituir alguna de las 3 causales contempladas la Ley N° 21.030.

- **Objetivos específicos, en el marco de lo establecido en la Ley N° 21.030:**

- Realizar pesquisa, sospecha diagnóstica y derivación oportuna al nivel de especialidad correspondiente.
- Asegurar el acceso a las prestaciones de salud de forma equitativa y libre de discriminación.
- Entregar información clara, precisa, oportuna y veraz respecto de la ley a las adolescentes y mujeres.
- Asegurar el ejercicio del proceso de consentimiento informado y la toma de decisión de forma autónoma, informada y libre de coerción.
- Entregar una atención integral, multidisciplinaria, biopsicosocial, con énfasis en oportunidad, seguridad, calidad de la atención, con enfoque cultural e inclusivo, resguardando las necesidades de las personas, considerando su edad y etapa del desarrollo en que se encuentren.
- Garantizar la confidencial y privacidad, en función al derecho de las personas de resguardar la información relacionada con su estado de salud.
- Reducir la morbilidad y mortalidad materna, mediante el acceso oportuno y eficiente a las prestaciones de interrupción voluntaria del embarazo.
- Mejorar la calidad de vida de las gestantes -adolescentes y adultas- a través del tratamiento oportuno de comorbilidades específicas generadas por las situaciones de vida de las afectadas por las tres causales, aplicando las mejores tecnologías disponibles para estos efectos, que sean seguras, eficientes y que minimicen los riesgos, basadas en evidencia.
- Asegurar la oportunidad de la intervención, ya que el tiempo es crítico en la toma de decisión y ejecución de las prestaciones; que resguarde la calidad técnica de la

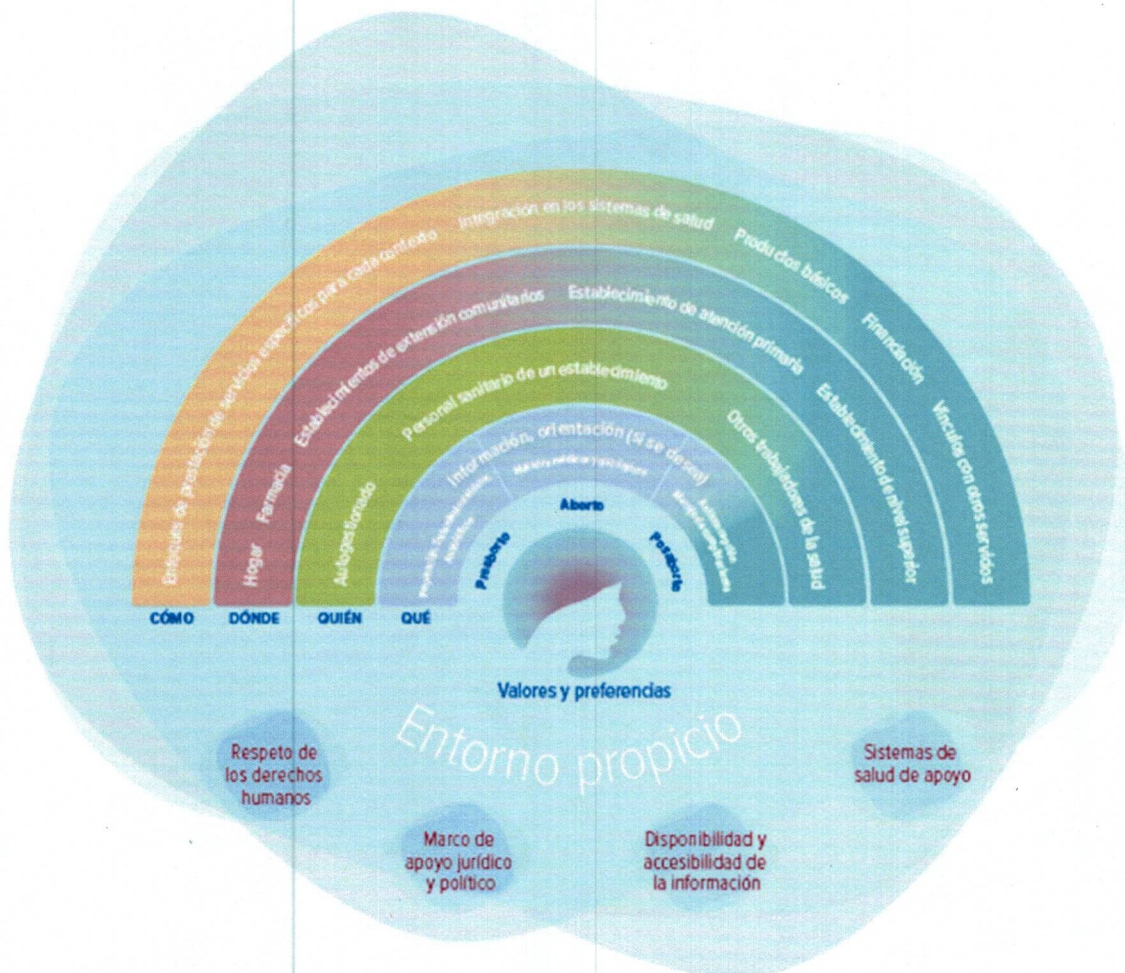


atención y garantice una atención segura para la gestante, evitando las potenciales complicaciones secundarias propias de toda acción de salud.

- Velar por una atención respetuosa y el apoyo psicológico y social de la mujer antes, durante y después del proceso, de acuerdo con los requerimientos individuales que ella manifieste o las necesidades que el equipo detecte durante la atención, todo ello dentro del marco de las prestaciones previstas o las derivaciones que correspondan.
- Velar por la continuidad del cuidado, dentro de todos los niveles de atención, independiente de cuál sea la decisión de la mujer sobre su gestación.



Esquema N°2: Marco conceptual de la atención para la interrupción voluntaria del embarazo.



Fuente: Directrices sobre la atención para el aborto, resumen ejecutivo. Las directrices completas pueden consultarse en el siguiente link: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>.

REDES DE ATENCIÓN

Las redes de atención de salud de Chile, pública y privada, se organizan según niveles de atención según la complejidad, capacidad resolutive y tipo de prestaciones que otorgan. El modelo de atención integral aquí expuesto señala los diversos componentes de la organización de las prestaciones mandatadas por la Ley N°21.030.

La capacidad resolutive se define según la complejidad y tipo de prestaciones expresadas en su cartera de servicio, que dan cuenta del recurso humano, infraestructura y equipamiento de la institución para las atenciones sanitarias.

La interrupción voluntaria del embarazo contemplada en la Ley N°21.030 se refiere a tres situaciones clínicas complejas, que necesitan de un acompañamiento y atención integral, manejado por profesionales y equipos de nivel de especialidad, de manera ambulatoria y/o cerrada.

Para esto, se requiere organizar la red de atención pública y privada en niveles de atención, según complejidad y requerimientos de las prestaciones.

Se entenderá por atención ambulatoria a las atenciones prestadas sin la necesidad de una hospitalización por más allá de 24 horas, por ejemplo, las atenciones de policlínico de ARO o las interrupciones voluntarias del embarazo en 1er trimestre que requieran una hospitalización "abreviada" o "transitoria" por menos de 24 horas.



Niveles de atención

Esquema N°3: Roles y Funciones por nivel de atención.



Fuente: Elaboración propia MINSAL 2018.

Primer nivel de atención: atención general ambulatoria

El primer nivel de atención es exclusivamente ambulatorio. Este primer nivel de atención está representado en el Sistema Público de Salud por los establecimientos de atención primaria (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural, Hospitales comunitarios), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Urgencia Rural (SUR) y Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

En el sistema privado lo constituyen las consultas ambulatorias, en centros médicos o particulares, junto con los servicios de urgencia de baja complejidad de adultos y pediátricos y la atención domiciliaria general.

Este nivel de atención es una de las puertas de entrada para las gestantes que podrían acogerse a la ley.

Sus funciones son:

- Pesquisar las tres causales contempladas en la Ley N° 21.030, en gestantes con cuadro clínico o ecografía sugerente, o pesquisa en control de embarazo.
- Detección activa de violencia de género.
- Entregar la primera acogida a la mujer que solicita información o la interrupción voluntaria de embarazo.
- Informar sobre la Ley N°21.030, detallando los pasos a seguir en cada caso.
- Realizar la derivación **coordinada y/o asistida al nivel secundario de especialidades**, específicamente a los Policlínicos de Alto riesgo Obstétrico (ARO) o el nivel de especialidad obstétrica acorde a su seguro de salud o las Urgencias Gineco-Obstétricas, según corresponda por cuadro clínico o ante la sospecha de poder constituir una causal, **antes de 24 horas**.
- Dar continuidad a la atención psicológica y social en el nivel primario si la gestante lo solicita o en caso de contrarreferencia desde el nivel de especialidad.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos e indicadores asociados al acceso a la Ley N°21.030.
- Realizar acciones de mejora continua en los procesos asociados a aplicación de la normativa que incluyen detección de brechas, plan de mejora, coordinación internivel, formación continua, entre otras acciones.
- En los casos que se haya constituido alguna de las 3 causales y la mujer haya decidido continuar con la gestación, el nivel primario de salud deberá dar continuidad a la atención prenatal conforme al marco normativo vigente ejerciendo las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna ante la presencia de factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo y posparto. Sin perjuicio de ello, la mujer podrá decidir mantener la continuidad del Acompañamiento Psicosocial garantizado por Ley.

Segundo nivel de atención: nivel de especialidad

Dada la complejidad médica y psicosocial de las tres causales que aborda la Ley N°21.030, las prestaciones para la interrupción del embarazo y de acompañamiento psicosocial contemplada en ella, se desarrollan mayoritariamente en el nivel de especialidad.

La atención ambulatoria de especialidad es una atención abierta de mayor complejidad en cuanto al recurso humano e infraestructura. Cuenta con especialistas y subespecialistas tanto en el ámbito ginecobstétrico, medicina materno fetal, ecografistas, neonatólogos, genetistas, como de otras especialidades que serán requeridas para el proceso diagnóstico y terapéutico (cardiólogos, nefrólogos, hemato-oncólogos, inmunólogos, etc.), junto con profesionales no médicos -en especial matronas/es-, también altamente capacitados. Este nivel cuenta con acceso a exámenes y equipamiento diagnóstico y resolutivo.

Esta atención se realiza en establecimientos del Sistema de Salud Pública, en los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexos a hospitales. En estos establecimientos se encuentran los policlínicos de ARO. Las gestantes ingresan derivadas desde la atención primaria o desde el punto de contacto telefónico ciudadano, Salud Responde.

En la red privada de salud el nivel de especialidad se encuentra en los centros médicos y consultas adosadas a las clínicas privadas. Este nivel de atención será la puerta de entrada para las gestantes que potencialmente se puedan acoger a la Ley.

Sus funciones son:

- Realizar recepción coordinada de los casos derivados del nivel primario, urgencia y del intersector ante la sospecha de estar frente a alguna de las causales de la Ley N°21.030, para dar continuidad a la atención con miras a la confirmación o descarte del diagnóstico.
- Realizar acciones de acogida e información sobre la condición de salud y otros aspectos que se considere relevantes, en casos clínicos sugerentes, mientras se establece un diagnóstico certero.
- Realizar la confirmación diagnóstica a través de evaluación clínica, exámenes generales y/o específicos, de acuerdo con la causal de consulta.
- Informar a la mujer y/o al acompañante significativo que ella autorice, de su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas (Debe ser entregado el **tríptico informativo** de la Ley IVE (Anexo N°8) y dejar registro sobre su recepción).
- En caso de confirmación del diagnóstico que implique la concurrencia de alguna de las tres causales, informar a la gestante de este hecho y de la vigencia de Ley N°21.030 a la que puede acogerse, indicando las prestaciones asociadas a ella, sus implicancias y consecuencias.
- Una vez constituida la causal, el equipo de salud debe entregar información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, sobre el programa de acompañamiento psicosocial de la institución de salud y de las entidades privadas acreditadas. Dicha información



será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante, lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.

- Será decisión de la mujer interrumpir o continuar el embarazo lo que quedará registrado en la ficha clínica. (Deberán realizarse los procesos de entrega y recepción de información, consentimiento informado o asentimiento según corresponda. Revísese Anexos N°1, N°2, N°3, N°4).
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. Si decide asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá registrarse en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la gestante el valor de las prestaciones de su programa de acompañamiento, de acuerdo con la Ley N°20.584, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita. Será el establecimiento el encargado de realizar esta derivación y deberá asegurar de que sea efectiva.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, se deberá informar de forma completa las características de los métodos de interrupción, riesgos y beneficios, basado en la evidencia científica más actualizada. Se solicitará la firma del consentimiento informado respectivo y asentimiento según sea el caso (Ver Capítulo "Proceso de consentimiento informado" y Anexos N°1 al N°4 y N°8).
- Si la gestante se encontrase con riesgo vital inminente y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada, o se encontrara inconsciente sin poder dar a conocer su voluntad, se podrá proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud:

"Artículo 15.- No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones... b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda; c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.". Lo mismo se aplicará en otros casos en que no se pueda obtener la voluntad de la mujer en forma expresa, previa y por escrito".

- Se deberá hacer la contrarreferencia al nivel de especialidad cuando continúe el manejo ambulatorio, o para completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.



- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados según la normativa ministerial vigente "Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad" del año 2017.
- Consignar en la ficha clínica la entrega de información, consejería de regulación de fertilidad y consentimiento informado.
- Garantizar la continuidad de cuidados a través de la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención de la red de salud.
- Asegurar la referencia y contrarreferencia, según corresponda, de forma oportuna y pertinente al Primer Nivel de Atención, conforme a las necesidades de atención y seguimiento.

Tercer Nivel de Atención

El nivel terciario de atención es el más complejo en cuanto a la cartera de prestaciones que ofrece, con alta capacidad resolutoria, donde se resolverán los casos derivados de los otros niveles de atención, en consideración a su complejidad y requerimiento clínico.

En este nivel de atención se encuentran equipos clínicos médicos y de otros profesionales con la mayor calificación técnica. Aquí se podrán completar los estudios en la segunda causal, en caso de ser requerido. Se resolverán los casos en las 3 causales, ya sea porque cuentan con la capacidad de estudio de su patología, o porque cuentan con mayor capacidad terapéutica y/o de mayor complejidad. En el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales o clínicas de mediana y alta complejidad y la atención de especialidad, ya sea en las urgencias o en la atención cerrada, hospitalización con distintos niveles de complejidad.

Servicio de Urgencia de las clínicas y/u hospitales de mayor complejidad

Son servicios de alta resolutoria disponibles las 24 horas, cuentan con médicos especialistas en ginecología y obstetricia, se encargan de resolver casos que no pueden ser atendidos de manera diferida.

Sus funciones son:

- Ser la puerta de entrada de casos que consulten en forma espontánea.
- Ser el lugar de referencia de los otros niveles de atención en especial en la causal de riesgo vital de la gestante, donde deben realizar una recepción coordinada y asistida, cuando el riesgo vital así lo requiera, que asegure la atención inmediata.
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos necesarios.
- Otorgar acciones de rescate y/o estabilización hemodinámica de la gestante.
- Aplicar la normativa vigente, "Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual" (5).
- Informar a la gestante, y/o al acompañante significativo que ella autorice, sobre su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas (Debe ser entregado el tríptico informativo de la Ley IVE ANEXO N°8: TRÍPTICO INFORMATIVO y dejar registro sobre su recepción).



[Handwritten signature]

- En caso de confirmación del diagnóstico que implique la concurrencia de alguna de las tres causales, informar a la gestante de este hecho y de la vigencia de Ley N°21.030 a la que puede acogerse, indicando las prestaciones asociadas a ella, sus implicancias y consecuencias.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informar de forma completa las características de los métodos de interrupción, riesgos y beneficios, basado en la evidencia científica más actualizada. Se solicitará la firma del consentimiento informado respectivo y asentimiento según sea el caso (Ver Capítulo "Proceso de consentimiento informado" y Anexos N°1 al N°4 y N°8).
- Una vez constituida la causal, el equipo de salud debe ofrecer el programa de acompañamiento psicosocial de la institución de salud para acompañarla tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. La decisión acerca del ingreso al programa de acompañamiento quedará registrada en la ficha clínica. Igualmente podrá modificarla en uno u otro sentido en cualquier momento.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la gestante el valor de las prestaciones de su programa de acompañamiento, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. Si decide asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá registrarse en la ficha clínica.
- Si la gestante se encontrase con riesgo vital inminente y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada, o se encontrara inconsciente sin poder dar a conocer su voluntad, se podrá proceder y realizar la interrupción conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N°20.584. Lo mismo se aplicará en otros casos en que no se pueda obtener la voluntad de la mujer en forma expresa, previa y por escrito.
- En los casos de riesgo vital inminente atendidos en un recinto de salud privado sin posibilidad de estabilización y derivación se regirá por lo establecido en la Ley de Urgencias.
- También se deberá hacer la contrarreferencia al nivel de especialidad cuando continúe el manejo ambulatorio, o para completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.
- Garantizar la continuidad de cuidados a través de la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención de la red de salud.
- Asegurar la referencia y contrarreferencia, según corresponda, de forma oportuna y pertinente al Primer Nivel de Atención, conforme a las necesidades de atención y seguimiento.


 JEFATURA
 DE PRECE

Atención de especialidad cerrada (hospitalización)

El tercer nivel de atención cerrada corresponde a hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad, con equipos clínicos Obstetricia y Ginecología y otros especialistas médicos y profesionales no médicos altamente capacitados. La atención cerrada entregará prestaciones de distinta complejidad de acuerdo con el estado clínico de la gestante desde atención en cama básica a atención en camas críticas.

Este nivel es de referencia del resto de la red asistencial pública y privada, en él se realizarán los procesos diagnósticos, terapéuticos y de interrupción del embarazo, incluido el programa de acompañamiento, en caso de que la condición clínica así lo requiera. Sus funciones son:

- Ser el centro de referencia de los otros niveles de atención, en especial en la causal de riesgo vital y casos que requieran resolución en sistema de hospitalización.
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos requeridos, de acuerdo con el caso.
- Realizar acciones de rescate y/o estabilización de la gestante ante situaciones de descompensación clínica durante su hospitalización.
- Informar a la gestante, y/o al acompañante significativo que ella autorice, sobre su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas (Debe ser entregado el tríptico informativo de la Ley IVE (Anexo N°8) y dejar registro sobre su recepción).
- Completar el certificado de entrega y recepción de información (Ver Anexo N°1).
- Ofrecer a la gestante el programa de acompañamiento psicosocial de la institución de salud para acompañarla tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. La decisión acerca del ingreso al programa de acompañamiento quedará registrada en la ficha clínica. Igualmente podrá modificarla en uno u otro sentido en cualquier momento.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. Si decide asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá registrarse en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la gestante el valor de las prestaciones de su programa, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Si la gestante decide interrumpir su embarazo, informar de forma completa las características de los métodos de interrupción, riesgos y beneficios, basado en la evidencia científica más actualizada. Se solicitará la firma del consentimiento informado respectivo y asentimiento según sea el caso (Ver Capítulo "Proceso de consentimiento informado" y Anexos N°1 al N°4 y N°8).
- Realizar la interrupción del embarazo según lo establecido en la Ley y normativa ministerial vigente.



- Realizar contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.
- Garantizar la continuidad de cuidados a través de la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención de la red de salud.
- Asegurar la referencia y contrarreferencia, según corresponda, de forma oportuna y pertinente al Primer Nivel de Atención, conforme a las necesidades de atención y seguimiento.



Salud Responde

Busca resolver la necesidad de información de la población en múltiples materias asociadas a la salud. Para esto, pone a disposición una plataforma telefónica integrada por médicos, matrones/as, psicólogas y otros profesionales de salud capacitados que, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, informan, orientan, apoyan y educan a la comunidad.

Sistema de referencia y contrarreferencia

Para la referencia y contrarreferencia entre establecimientos se utiliza el documento de interconsulta de la institución, en el que debe explicitarse de manera clara y completa la sospecha diagnóstica y el requerimiento de la derivación, confirmación diagnóstica e indicaciones de tratamiento. Para resguardar la seguridad y la continuidad de la atención, **la derivación deberá ser protocolizada, coordinada y asistida**, esto es, el establecimiento derivador tendrá que contactar directamente al referente del establecimiento que recibirá a la gestante, resguardando en todo momento la confidencialidad de la atención de esta.

Cuando la gestante sea contra derivada a su establecimiento de origen o de otro nivel de atención, al momento de la contrarreferencia se deberá generar un informe de tratamiento, una epicrisis en el caso de un alta hospitalaria, y sugerencias para la continuidad de la atención.

***TODO ESTABLECIMIENTO DEBE CONTAR Y DIFUNDIR SUS PROTOCOLOS Y
FLUJOGRAMAS DE DERIVACIÓN A OTRAS INSTITUCIONES***

***ESTO DEBE INCLUIR LOS PROTOCOLOS DE REASIGNACIÓN DE PROFESIONAL Y
DERIVACIÓN INSTITUCIONAL EN EL CASO DE INSUFICIENCIA TÉCNICA TEMPORAL***

Recursos humanos

El recurso humano asociado al proceso de atención se relaciona directamente con la etapa del proceso a intervenir y el nivel de atención en que se otorgue.

En el **primer nivel de atención**: el recurso humano es el propio de establecimiento y/o centro médico, donde están disponibles los equipos biopsicosociales constituidos por médicos cirujanos y matron/as para la intervención biomédica inicial, psicólogos, trabajador/a social.

En el **segundo y tercer nivel de atención**: Los equipos IVE deberán estar integrados por profesionales sensibilizados y capacitados en el marco normativo y regulatorio de la Ley N° 21.030, y se conformarán por:

VB
JEFATURA
D'PRECE
[Firma]

- **Matrón/a clínica:** Encargada/o de la gestión administrativa y de la atención clínica.
- **Médicos/as ginecoobstetras, coordinador del equipo médico:** Encargada/o de la atención clínica.
- **Psiquiatra:** Encargados de prestaciones del programa de acompañamiento. Interconsultor en caso de necesidad cuya atención depende de la evaluación psicosocial.
- **Psicólogo/a:** Encargados de prestaciones del programa de acompañamiento.
- **Trabajador/a social:** Encargados de prestaciones del programa de acompañamiento, coordinación con el intersector.

Registros asociados

Los registros asociados del proceso de atención clínica de la Ley N°21.030 son de uso **obligatorio** y deben quedar consignados por escrito y adjuntos en la ficha clínica, según correspondan a cada caso.

- **Ficha clínica:** En cada atención debe registrarse los datos generales del paciente, motivo de consulta, anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio, hipótesis diagnóstica, plan terapéutico y procedimiento otorgado, detallando fecha y hora de todas las etapas y decisiones del proceso. También la identificación del/a profesional a cargo de cada atención y la fecha en que la realiza. La constitución de la causal por el equipo clínico, decisión de la mujer, aceptación o rechazo del programa de acompañamiento, decisión de recibir en una institución acreditada para ello, con fechas y horas correspondientes
- **Interconsulta:** Con completitud de todos los campos explicitados para la referencia-contrarreferencia.
- **Certificación de la entrega y recepción de la información sobre la Ley N°21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales:** Ver Capítulo "Proceso de consentimiento informado" y Anexo N°1.
- **Consentimiento Informado para interrupción voluntaria del embarazo: Mujer o persona adulta, adolescente entre 14 y menores de 18 años y persona adulta con discapacidad intelectual no declarada interdicta:** Ver Anexo N°2
- **Asentimiento para adolescentes menores de 14 años y mujeres o personas sin capacidad de consentir legalmente y consentimiento informado de sus padres o del representante legal para la interrupción voluntaria del embarazo:** Ver Anexo N°3.
- **Revocación de la decisión para interrupción voluntaria del embarazo:** Anexo N°4.
- **Formulario de notificación de derivación a la mujer a prestador no objetor de conciencia individual:** Ver Anexo N°5.
- **Tríptico informativo:** Ver Anexo N°8:
- **Sistemas de información específicos dispuestos por el MINSAL para el seguimiento y monitoreo de la ley.**



PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un derecho que debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada al interior de la relación clínica entre el profesional de salud y un/a paciente competente, por el que se toman las decisiones sobre la manera más adecuada de abordar cada problema de salud presentado. Este proceso forma parte del acto clínico, es importante su registro en la ficha clínica, y debe ser otorgado previo a cualquier procedimiento de salud.

Se considera que una persona otorga su consentimiento informado sólo si:

- Se le ha proporcionado la información adecuada, suficiente y comprensible.
- Esta información la ha comprendido adecuadamente y ha tenido la oportunidad de aclarar las dudas.
- Actúa voluntaria y libremente.
- Es competente para otorgar activamente el consentimiento, en tanto se cumplen las condiciones previas y contemplando los apoyos que esa persona pueda requerir para ello.

Por otra parte, el consentimiento informado por definición **puede otorgarse o denegarse y modificarse en el tiempo**. Por ello, la gestante puede cambiar su decisión, en uno u otro sentido, sin expresión de causa y sin que ello afecte su acceso a la atención de salud que requiera, estando dentro de plazo, si aplica.

EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBE SER REALIZADO EN CADA UNA DE LAS ETAPAS DE LA ATENCIÓN CLÍNICA DE LA MUJER O ADOLESCENTE DURANTE TODO EL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, EN CUALQUIERA DE LAS TRES CAUSALES ESTABLECIDAS POR LA LEY N°21.030.

La Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, describe en su artículo 15 **situaciones en que NO se requerirá la manifestación de voluntad de la persona para la intervención en salud, casos en que se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida**, a saber:



"a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida."

El Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud aprobado a través del Decreto I N° 31, de 2012, del Ministerio de Salud, determina de manera práctica esta obligación de los profesionales de la salud de comunicar la información referente a la situación de salud de las personas que atienden, según se señala en la ley antes mencionada.

En cualquiera de las tres causales que permite acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, consideradas en la Ley N° 21.030, se señala que "... la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo".

Acto seguido contempla una excepción, para los casos en que no sea posible recabar el consentimiento de la forma expresada anteriormente, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la Ley N° 20.584, ya señalados en los párrafos anteriores, esto es en caso de riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y cuando la persona no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la personas a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

La Ley N° 21.030 contempla distintas situaciones particulares de las mujeres, ya sea de tipo etarias, por discapacidad y condición de interdicción judicial por demencia, a tener en consideración para la solicitud voluntaria de la interrupción del embarazo. De esta manera se puede distinguir lo siguiente en la nomenclatura de la Ley:

1. Mujer de 18 años y más.
2. Adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años.
3. Adolescentes menores de 14 años.
4. Persona con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva que no hayan sido declarada interdicta.
5. Persona con discapacidad mental psíquica o intelectual que no haya sido declarada interdicta.
6. Mujer que ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia.



Los requisitos, condiciones y/o procedimientos para el consentimiento que considera la ley para cada grupo señalado se detallan a continuación.

- **Mujer que pueden expresar su preferencia y consentir en forma plenamente autónoma: Mujer de 18 años y más.**

En cualquiera de las tres causales, se deberá cumplir lo referido como regla general, manifestar expresamente, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo, previo consentimiento informado.

- **Persona que pueden decidir su preferencia, pero cuyo representante legal debe ser informado: Adolescentes mayores de 14 años y menores de 18 años.**

Para este grupo particular de adolescentes, la ley reconoce su autonomía progresiva y le permite decidir por sí misma continuar o interrumpir su embarazo. No requerirá autorización del representante legal para validar su manifestación de voluntad en orden a solicitar la interrupción. Sin perjuicio de ello, el equipo de salud que la atendió debe informar la voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por la adolescente quien no podrá modificar su decisión. El receptor de esta información está definido por la ley en orden de prelación:

- a) Su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale. Sólo si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generar a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo, u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de la comunicación al representante y se podrá informar en su lugar a:
- b) El adulto familiar que ella indique.
- c) Y en caso de no haberlo el adulto responsable que ella señale.

- **Adolescente menor de 14 años que requieren de la autorización del representante legal.**

La autorización del representante legal para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo es requerida en los casos de las adolescentes menores de 14 años y mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia contemplándose un procedimiento de autorización judicial sustitutiva en los casos particulares que se describen a continuación.



Adolescentes menores de 14 años

En los casos de estas menores de edad que soliciten interrupción voluntaria del embarazo, la ley exige, además de la voluntad de la adolescente menor de 14 años, la autorización de su representante legal: *"Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno"*. La voluntad de la adolescente menor de 14 años será manifestada en el formulario de Asentimiento Informado, adjunto a la autorización del representante legal (Ver Capítulo "Proceso de consentimiento informado" y Anexo N° 3).

La ley dispone un procedimiento de autorización judicial sustitutiva para los casos de:

Falta de autorización del representante legal

Se entiende que falta la autorización cuando:

1. El representante legal sindicado por la adolescente menor de 14 años se niega a autorizar. Cabe aclarar que, en el caso inverso, en el que la adolescente menor de 14 años opta por continuar el embarazo y el representante legal insiste en que se realice la interrupción, no procede la autorización sustitutiva, debiendo respetarse la voluntad manifestada por la adolescente menor de 14 años.
2. El representante legal sindicado por la adolescente menor de 14 años no es habido. Podrá entenderse que el representante legal no es habido cuando:
 - 2.1. Se encuentra ausente del territorio de la República y no es posible esperarlo sin un detrimento grave de salud de la adolescente menor de 14 años o con riesgo de vencimiento del plazo definido por la ley para practicar la interrupción.
 - 2.2. La adolescente menor de 14 años ignora el lugar de su residencia.
 - 2.3. Aun conociendo presuntamente su residencia, no se puede establecer comunicación, pese a haberse realizado gestiones, como contacto telefónico, correo electrónico, visita domiciliaria u otra.
 - 2.4. Estuviera privado de la patria potestad por sentencia judicial.

Sospecha de vulneración de derechos

Cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la adolescente menor de 14 años, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva.

En estos casos la opinión del médico tratante deberá constar por escrito. La sospecha acerca de los riesgos puede surgir en cualquier integrante del equipo de salud que atiende a la adolescente menor de 14 años, no obstante, la ley lo circunscribe al médico.



Frente a estas situaciones, la adolescente asistida por un integrante del equipo de salud podrá solicitar la intervención del juez para que constate la concurrencia de la causal, dicha autorización judicial sustitutiva será solicitada al juez con competencia en materia de familia del lugar donde se encuentra la adolescente menor de 14 años o mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia.

El establecimiento de salud deberá coordinar a la brevedad la disponibilidad de un integrante para esos efectos, idealmente el/la abogado/a del establecimiento, el/la trabajador/a social o cualquiera del equipo biopsicosocial vinculado a la atención de la adolescente menor de 14 años.

Para dar inicio a las gestiones de la autorización judicial sustitutiva, el establecimiento de salud deberá comunicarse con el Juez de Turno del Tribunal competente, indicando la situación que la fundamenta y, considerando los plazos de edad gestacional establecidos en la Ley N°21.030, así como el interés superior de la adolescente menor de 14 años, cerciorarse del modo o vías más expeditos que el tribunal admita para recepcionar los antecedentes del caso, a fin de remitirlos por esas vías, tales como correo electrónico, información telefónica u otra forma idónea que permita informar al tribunal, sin perjuicio de la presentación física de los mismos, si así le es requerido. Sólo con la autorización expresa del juez se podrá tomar registro auditivo o visual de la conversación telefónica.

Es recomendable presentar al tribunal, de la forma que este indique:

- El diagnóstico de embarazo, de la edad gestacional y de cualquier otra condición de salud que sea relevante para la decisión.
- La anamnesis realizada a la adolescente menor de 14 años, si la hubiere.
- Certificación de entrega y recepción de información sobre la Ley N°21.030.
- La evaluación realizada por el equipo biopsicosocial por la cual se determinó la concurrencia de la causal, en el caso del numeral 3 del artículo 119 del Código Sanitario.
- Información sobre la manifestación de voluntad por parte de la adolescente menor de 14 años y su representante legal respecto del programa de acompañamiento a que tiene derecho y las intervenciones realizadas a la fecha, si corresponde.
- Información sobre las circunstancias que se han considerado para solicitar la intervención del Tribunal.
- Información sobre la red de apoyo de la adolescente menor de 14 años, si ésta se hubiere recabado.
- Cualquier antecedente que el equipo considere relevante considerar en la decisión judicial.

De todas maneras, el Tribunal puede solicitar otros antecedentes para la evaluación del caso concreto.

El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los



antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la adolescente menor de 14 años y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización.

En caso de que el Tribunal constate la concurrencia de la causal, si el representante legal no la hubiere apelado, se procederá a realizar el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.

Si el Tribunal deniega la constatación de la causal y la adolescente menor de 14 años sigue su manifestación de voluntad, se asistirá a la adolescente para apelar dicha decisión. Igualmente, se deberá esperar el pronunciamiento de la Corte de Apelaciones respectiva para proceder o no a la interrupción voluntaria del embarazo, según lo que ésta resuelva.

Se entenderá como parte de la asistencia del equipo aquella que realice el/la abogado/a del establecimiento para la apelación, si se requiriere.

De todas las gestiones se dejará constancia en la ficha clínica.

Es recomendable que cada Servicio de Salud se comunique con el Juez del Tribunal competente en su territorio para coordinar la aplicación de este aspecto de la ley, y agilizar la aplicación del procedimiento cuando sea necesario.

- **Personas que requieran de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento: Personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva y/o mental psíquica o intelectual**

El inciso segundo del artículo 119 del Código Sanitario ha dispuesto que "(...) *En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la Ley N°20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*".

- Cualquier forma de apoyo debe respetar la voluntad y preferencias de la persona que se encuentra en alguna de las causales establecidas por la ley. Si pese al apoyo entregado, no se puede conocer la preferencia y voluntad de ella, podrá acudirse a lo dispuesto en el artículo 15 b) y c) de la ley 20.584, cuando corresponda. **Personas declaradas interdictas "por causa de demencia"**



Se deberá obtener la autorización de su representante legal. La ley ordena obtener la opinión de la mujer en esta circunstancia, que siempre se deberá considerar, salvo que su incapacidad impida conocerla.

La opinión de la mujer se consignará en el formulario de Consentimiento Informado que firmará su representante legal.

En esta situación, se dispondrán los mecanismos de apoyo pertinentes que permitan conocer la opinión o preferencias de la mujer declarada interdicta, si fuere posible.

La Ley también dispone del procedimiento de autorización judicial sustitutiva, referido precedentemente, para los casos en que, a juicio del médico, existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad.

En el caso de discrepancia entre la mujer declarada interdicta por causa de demencia y su representante legal, en el que ella manifestare opinión contraria a la interrupción, se deberá indagar la posibilidad de la existencia de los riesgos señalados precedentemente, para solicitar, si corresponde la intervención del Tribunal de Familia. En estos casos la opinión del médico deberá constar por escrito, sin perjuicio de que la sospecha acerca de los riesgos pueda surgir en cualquier integrante del equipo de salud que atiende a la mujer. 4.

Del proceso para la firma de formulario de consentimiento Informado

La entrega de información para cualquier persona que acceda a las prestaciones contempladas en la Ley N° 21.030 debe darse en un modelo de atención multidisciplinario biopsicosocial, con competencias técnicas, seguridad clínica, oportunidad, calidad de atención, según intervenciones basadas en evidencia científica. Ello le otorgará las mejores condiciones para su decisión con respeto a sus derechos.

Todo prestador de salud tiene la responsabilidad de **entregar información** en cualquiera de las tres causales, *de forma veraz, objetiva, clara, oportuna, comprensible y basada en la evidencia científica más actualizada (de forma verbal y escrita) sobre:*

- Marco legal de la Ley N°21.030 de acuerdo con causal correspondiente y sus especificidades (lo que incluye acceso, proceso de la atención, seguimiento y cierre).
- Su condición de salud y alternativas de interrupción del embarazo.
- Programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- Sobre las alternativas de procedimientos clínicos disponibles de interrupción del embarazo, las características de la prestación médica como posibles riesgos o complicaciones, manejo del dolor, uso de fármacos, seguridad, entre otras.



- Dar respuesta a otras dudas emergentes que la mujer necesite aclarar o a quién, dónde y cómo contactar en caso de requerir más información.
- Compartir información sobre sus derechos, especialmente sobre el acceso a la Ley N°21.030 y al respeto de su autonomía sobre la decisión de interrumpir o continuar el embarazo según el marco legal establecido.
- Compartir información sobre los procesos de reclamo, en un marco de derechos a una atención de calidad.

En el caso de personas que presenten discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se debe disponer de los medios de comunicación alternativos para presentar su consentimiento, según lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 119 del Código Sanitario en concordancia con lo estipulado en la Ley N° 20.422 y el Decreto N°201, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores, que promulgó la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.

Estas acciones deben ser **consignadas** en el **Certificado de entrega y recepción de información**, así como en el **Consentimiento o Asentimiento informados**, según corresponda, señalando la identificación del profesional que la entrega, contenido entregado y la fecha en que esto se realiza (Ver Anexos N°1, N°2, N°3).

Condiciones particulares de la persona que se encuentra en alguna de las causales establecidas en la ley.

Podrán presentarse situaciones particulares, que se considerarán cuando se lleve a cabo este proceso. Algunos ejemplos se mencionan a continuación.

La persona a quien se solicita otorgue su consentimiento informado:

- **Requiere de la asistencia de un facilitador intercultural:** Esto deberá considerarse cuando sea necesario, tanto para la entrega de la información como para el momento en que se solicita la firma del formulario de Consentimiento Informado. De concurrir, se registrará este hecho con identificación de la persona, su nombre en el documento que se firma.
- **Presenta una limitación sensorial visual o auditiva, no sabe leer, así como en el caso de persona con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito:** Se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para conocer su preferencia. Las terceras personas que acompañan el proceso quedarán formalmente identificadas en el documento que se firma.
- **No sabe escribir:** se debe permitir acreditar su consentimiento con su huella digital.



- **En el caso de las adolescentes menores de 14 años:** Se consignará en un documento que le fue entregada toda la información pertinente y se recogerá su asentimiento para interrumpir su embarazo el que deberá ser firmado por ella.

Contenido del formulario de Consentimiento Informado

Este formulario debe contener de manera general:

- Qué se está consintiendo.
- Contener la identificación de quien otorga su consentimiento y de la persona que realiza el proceso, así como de terceras personas que actúan como facilitador o como apoyo a la toma de decisiones, asistente para la lectura, o como ministro/a de Fe.
- Señalar el lugar y fecha en que se firma el documento.
- Indicar a quién y cómo contactar, en caso de algún imprevisto de salud que se presente en su evolución antes del control al que fue citada.

El formulario de consentimiento informado se firma en dos copias: una copia firmada para dejar constancia en la ficha clínica y una para entregar a la persona que consiente. Cualquier cambio en la decisión manifestado por la persona, será consignado por escrito, solicitando su firma en dicho registro. En Anexos N°2 y N°3 se incluyen los modelos de formularios de Consentimiento y Asentimiento informado que deberán ser utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo.



OBJECCION DE CONCIENCIA

En la relación a la objeción de conciencia (OC) el artículo 119 ter del Código Sanitario dispone que: *"El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos protocolos deberán asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo en conformidad con los artículos anteriores. La objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución.*

Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada. En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergradable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención".

La regulación de la manifestación de objeción de conciencia, sus alcances y consecuencias, tanto para prestadores individuales como institucionales, y el aseguramiento del acceso y oportunidad de la atención de salud de las personas que se encuentran en alguna de las causales establecidas en la ley, se desarrolla profusamente en el Decreto N° 67, de 2018, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 Ter del Código Sanitario, que fue modificado y actualizado por medio del decreto N° 22 de 2024, del Ministerio de Salud, en concordancia con lo estipulado en el Decreto Exento N° 60, de 2025, del Ministerio de Salud, que aprobó la Norma técnica N° 254 para la "Comunicación de la objeción de conciencia individual e institucional en relación con la Ley N° 21.030".

Es importante recordar el correcto ejercicio de esta excepción a la ley, para facilitar el acceso oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo de las personas que lo requieren, dentro de lo que cabe destacar que quien manifiesta objeción de conciencia debe:



1. Manifestar su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa.
2. Informar de manera personal cuando la patología o condición de la persona le permita, su derecho a acogerse a la ley, sin que sufra coacción de ningún tipo en su decisión (Debe ser entregado el tríptico informativo de la Ley N°21.030, que regula la despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales (Anexo N°8) y dejar registro sobre su recepción.
3. Informar a la persona su condición de objetor de conciencia individual, realizando las notificaciones al establecimiento y la derivación dirigida y oportuna a un prestador no objetor de conciencia individual, de acuerdo al protocolo del establecimiento, lo cual deberá ser notificado mediante el Anexo N°5 una copia deberá ser incluida en ficha clínica y otra entregada a la persona que se encuentra en alguna de las causales de la ley.
4. En casos de riesgo de vida inminente y gestante requiera atención inmediata e impostergable, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico/a cirujano/a que pueda realizar la intervención.
5. Acompañar y favorecer la continuidad de cuidados durante todo proceso clínico a excepción de la interrupción del embarazo en pabellón. Esto incluye todas las acciones de pesquisa, diagnóstico, entrega de información, consejerías, entrega de fármacos, tratamiento fuera de pabellón, derivación y seguimiento.

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA SE LIMITA EXCLUSIVAMENTE A LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE PARTICIPAN DIRECTAMENTE EN LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN PABELLÓN Y NO COMPRENDE LAS ACCIONES DE PESQUISA, DIAGNÓSTICO, ENTREGA DE INFORMACIÓN, CONSEJERÍAS, ENTREGA DE FÁRMACOS, TRATAMIENTO FUERA DE PABELLÓN, DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO DURANTE TODO EL PROCESO.

SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, EL PROFESIONAL OBJETOR DE CONCIENCIA PODRÁ EJECUTAR LA REASIGNACIÓN A UN PROFESIONAL NO OBJETOR DE CONCIENCIA DE FORMA OPORTUNA E INMEDIATA, INFORMANDO PROCEDER DE FORMA CLARA A LA PERSONA Y AL PROFESIONAL AL QUE SE LE DERIVA (ANEXO N°5)

TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DEBERÁN CONTAR Y DIFUNDIR SU PROTOCOLO DE REASIGNACIÓN Y DERIVACIÓN ANTE CASOS DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA.



Derivación por Insuficiencia Temporal

La insuficiencia temporal se refiere a la situación en que un **establecimiento circunstancialmente no cuenta con profesionales disponibles para realizar la interrupción voluntaria del embarazo**, sea, por ejemplo, porque el personal habilitado para ello se encuentra haciendo uso de feriado o permiso. Será responsabilidad del establecimiento contar con una **derivación protocolizada, efectiva e inmediata** para estas situaciones provisorias, lo que implica otorgar el medio de transporte (ambulancia), para dirigirla a un el centro prestador que debe contar con un profesional disponible para realizar el procedimiento. Los costos asociados deben ser cubiertos por el establecimiento que deriva y nunca por la persona que se encuentra en alguna de las causales establecidas en la ley.

Las instituciones privadas que se acojan a la objeción de conciencia institucional deben informar a las pacientes el marco de la Ley N°21.030 y tener convenios y protocolos de derivación oportuna y expedita a instituciones que puedan dar la prestación sin delegar esta responsabilidad a la mujer, con el objetivo de no obstruir o atrasar el acceso y la oportunidad de la atención. Toda esta información debe ser publico conocimiento y de fácil acceso para la comunidad.

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) deben contar con prestadores preferentes, de público conocimiento, donde sus beneficiarias puedan acudir en caso de concurrir alguna de las 3 causales.



PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO (EQUIPOS BIOPSIICOSOCIALES)

Objetivo

El objetivo del acompañamiento que considera la Ley N°21.030 es asegurar el bienestar biopsicosocial de la mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, para que tome la decisión de continuarlo o interrumpirlo con información completa y veraz sobre su situación de salud, de los procedimientos médicos y de la patología fetal (en caso de aplicarse), con claridad sobre las medidas de apoyo que están a su disposición, en un ambiente de acogida. A su vez busca el reencuentro con los propios espacios para reconstruir un proyecto de vida en el marco de la decisión tomada.

Criterios de acceso

Todas las mujeres o adolescentes menores de 14 años o adolescentes que se encuentren en alguna de las tres causales de interrupción voluntaria del embarazo tienen derecho a un programa de acompañamiento tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción voluntaria del embarazo, según sea el caso.

Dicho acompañamiento será siempre voluntario y respetuoso de la libre decisión de la persona; no podrá ser impuesto ni requisito para optar a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sólo se activará cuando sea aceptado por ella y podrá incorporar a su entorno familiar o apoyos significativos, si así es su voluntad. Asimismo, puede ser rechazado por la mujer o ponerle término, aunque lo haya aceptado con anterioridad, como también puede solicitar que se le dé el acompañamiento, aunque inicialmente lo hubiera rechazado, lo que deberá ser respetado por el equipo de salud. La decisión quedará consignada en la ficha clínica.

Descripción general del programa

Consiste en un proceso continuo de prestaciones destinadas a brindar acogida y contención a gestantes que se enfrentan a alguna de las causales de la Ley N°21.030. En este proceso se le informa sobre su estado de salud, alternativas terapéuticas, apoyos sociales y de adopción disponibles, se le brindan espacios de reconocimiento y expresión del impacto emocional que vive, se potencian sus recursos personales para el enfrentamiento de las crisis, redes de apoyo familiares y sociales, propiciar un apoyo terapéutico que favorezca un mayor bienestar biopsicosocial, detectar condiciones de vulnerabilidad o presencia de enfermedad mental que requiera manejo específico y tratarla integrada con la red de salud mental, asegurando la continuidad del cuidado, prevención de la cronicidad y expresión del impacto emocional.

Principios rectores

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las personas que se encuentren en alguna de tres causales contempladas en la Ley N°21.030.

Autonomía de las mujeres para decidir en torno a estas situaciones.	Dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica.	Derecho a una atención profesional con competencia técnica de los y las proveedores/as de servicios.	Atención oportuna, integral y multidisciplinaria.
Esto implica por parte del equipo de salud, no emitir juicios ni opiniones valorativas sobre las creencias y opciones de la mujer y entregar toda la información, actualizada e imparcial, que le permita tomar las mejores decisiones para su vida y su salud. La persona debe percibirse y ser percibida como sujeto de derechos y protagonista del proceso de atención.	Asumir que los datos solicitados por los equipos médicos sólo pueden tener como fin una adecuada atención de salud, respetando que la entrega de información por parte de las mujeres atendidas es siempre voluntaria y confidencial. Debe preguntarse a la persona 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.	Quienes prestan la atención deben tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, y manejar técnicas adecuadas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos e intervenciones que se incluyen en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información, asegurando la comprensión clara por parte de las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, considerando un trabajo en equipo.	La oportunidad se refiere a la celeridad en la respuesta del equipo de salud, sobre todo cuando la ley establece plazos máximos para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en la tercera causal, pero también para disminuir el estrés frente a la espera de confirmación diagnóstica de la patología congénita adquirida o genética fetal de la segunda causal. En el acompañamiento biopsicosocial las mujeres tendrán acceso a consultas con psicólogo/a y trabajador/a social, intervenciones grupales, visitas domiciliarias y consultas de especialidad de salud mental de acuerdo con la necesidad, según su red de derivación.

Acciones

El programa de acompañamiento incluye las siguientes acciones:

1. Acogida y contención, consistentes en brindar escucha profesional atenta, y apoyo cognitivo y emocional.
2. Orientación a la mujer en la labor de identificación de los recursos de apoyo con los que cuenta, ya sea familiares, sociales u otros.
3. Orientación a la mujer en la elaboración de estrategias para enfrentar su situación, ya sea que decida continuar o interrumpir el embarazo. Para estos efectos se tomarán en consideración los siguientes aspectos:
 - a. Los recursos de apoyo con que la persona cuenta.
 - b. Los recursos a los que puede acceder mediante las prestaciones disponibles en la red intersectorial del Estado o que se proveen por la sociedad civil.
 - c. Los posibles riesgos a que está expuesta, tales como condiciones de salud mental, discriminación, estigmatización o violencia.
4. Consultas con una o un trabajador/a social. Éstas podrán incluir, entre otras materias, la orientación o gestión de la activación de mecanismos de apoyo de la red de protección intersectorial del Estado.



5. Atención psicológica según las necesidades de la mujer.
6. Consulta psiquiátrica si se requiere.
7. Intervenciones grupales y visitas domiciliarias

Fases del programa de acompañamiento:

- I. Acogida
- II. Decisión de la mujer: continuar o interrumpir el embarazo
- III. Seguimiento post interrupción
- IV. Cierre



Para mayor detalle, consultar las *“Orientaciones técnicas de acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”*, del año 2018, del Ministerio de Salud.

Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/OT-Acompanamiento-Psicosocial-IVE-Resolucin-Exenta-401.pdf>



PRIMERA CAUSAL: MUJER QUE SE ENCUENTRA EN RIESGO VITAL

La primera causal de la Ley N°21.030 señala que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando *“La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida”*. La aplicación de la causal 1 de la Ley N°21.030 es fundamental para prevenir muertes maternas evitables, que implican un fuerte impacto a corto y largo plazo en su entorno familiar y social.

Análisis de factores de riesgo para la vida de la gestante

Al momento de evaluar a toda mujer se deben considerar diferentes situaciones que otorguen un riesgo diferenciado de morbilidad, siempre entendiendo que la consignación de una condición o patología que pudiera ser susceptible de interrupción **no necesariamente significa una interrupción del embarazo sino la posibilidad que la mujer tome la decisión con la mejor información disponible**. Es así como el análisis de los factores de riesgo para la vida de una mujer embarazada debe ser de una mirada integral. A continuación, se detallan las principales situaciones clínicas donde podemos identificar un aumento de riesgo biopsicosocial, que si bien, no constituyen primera causal por sí mismas, deben considerarse para su constitución (6,7):

1. **Mujer sin una patología previa que por las circunstancias en las que ocurre el embarazo se considera de riesgo en sí mismo.** Es el caso de embarazos que ocurren a edades extremas. La gestación en edades extremas, (menor de 15 y mayor de 45 años) por lo cual la edad deberá ser considerada dentro de los factores para la constitución de causal N°1, en que la decisión deberá ser tomada por la mujer una vez se le entregue toda la información de forma clara, completa y oportuna (8).
 - a. Adolescentes menores de 15 años: Pese a la poca información sobre riesgo de muerte materna en menores de 15 años, reportes de organismos internacionales, como OMS y UNFPA, indican que el riesgo de muerte materna en embarazos menores de 15 años es el doble respecto a las mayores y es la segunda causa principal de muerte en adolescentes de entre 15 y 19 años en el mundo. En reportes nacionales el riesgo sólo es comparado con embarazadas y no con sus pares no embarazadas. La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la Región de las Américas, lo que además lo refleja como un indicador de desigualdad social y como consecuencia de factores biológicos, socioeconómicos y geográficos, teniendo consecuencias físicas, como lesiones del piso pelviano, preeclampsia - eclampsia, rotura de membranas y parto prematuro. Además, de consecuencias en salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es resultado de violencia sexual), pensamientos e ideas de suicidio, y muerte por suicidio.
 - b. Mujeres mayores de 45 años: El riesgo de muerte materna y de morbilidad materna grave es significativamente mayor en mujeres mayores de 45 años. Las mujeres de



este grupo etáreo poseen mayor probabilidad de presentar enfermedades pregestacionales, condiciones clínicas severas o intervenciones sanitarias críticas (ingreso a UCI, radiología intervencional, transfusión, entre otras)

2. **Mujer sin una patología previa que durante el embarazo desarrolla una afección que complica su salud ocasionando un riesgo para la vida**, como por ejemplo síndrome hipertensivo inducido por el embarazo.
3. **Mujer con una patología previa que puede ser agravada por el embarazo y causar, por tanto, un riesgo para su vida**. Por ejemplo, cuadros de hipertensión pulmonar, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial grado 3, problemas renales avanzados, trastornos autoinmunes o diabetes avanzadas, entre otros.
4. **Mujer con una patología previa que no puede someterse a tratamiento médico en virtud del embarazo y/o en la que el embarazo está contraindicado y que a pesar de ello queda embarazada, por lo que constituye un riesgo vital**. Algunos ejemplos incluyen cáncer, enfermedades cardíacas, problemas renales, trastornos autoinmunes, entre otros.
5. **Mujer con patologías de muy baja frecuencia en las que el embarazo constituye un riesgo vital incierto**: Las enfermedades raras (ER), huérfanas (EH) o poco frecuentes (EPOF), son aquellas que tienen una baja prevalencia en la población general, existiendo diferencias en los valores considerados para esta definición. Es así, que la Unión Europea ha definido una ER como aquella que afecta a no más de 5 personas por cada 10.000 habitantes (o 1 cada 2.000 habitantes). En otros países la definición cambia, como Estados Unidos, que las define de acuerdo con el número de personas afectadas en menos de 200.000, en casos donde la enfermedad pueda condicionar la sobrevivencia en estos casos la continuidad del embarazo debe ser decidida por la gestante y no impuesta por el equipo de salud.



TODA PATOLOGÍA DE BASE DESCOMPENSADA DURANTE EL EMBARAZO, PODRÍA IMPLICAR RIESGO VITAL, POR LO QUE UNA ADECUADA Y OPORTUNA EVALUACIÓN MÉDICA ES IMPRESCINDIBLE.

LAS CONDICIONES CLÍNICAS QUE A CONTINUACIÓN SE EXPONEN NO CONSTITUYEN UN CATÁLOGO LIMITADO, SINO QUE REFLEJAN AQUELLAS QUE SEGÚN LA EVIDENCIA SON INDICIARIAS DE RIESGO VITAL. SIN PERJUICIO DE ELLO, SIEMPRE LA EVALUACIÓN DEL CASO CONCRETO SERÁ REALIZADA POR EL RESPECTIVO DIAGNÓSTICO MÉDICO.

NO EXISTEN DIAGNÓSTICOS O SITUACIONES CLÍNICAS QUE ESTÉN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS.

EL ADECUADO JUICIO CLÍNICO BASTA PARA IDENTIFICAR CASOS QUE POTENCIALMENTE CONSTITUYAN RIESGO VITAL, EL QUE DEBE QUEDAR CONSIGNADO EN LA FICHA CLÍNICA CONSTITUYENDO LA CAUSAL Y SERÁ LA MUJER LA QUE DECIDA CONTINUAR O INTERRUMPIR SU EMBARAZO.

Tabla N°1 Situación clínicas de riesgo vital de la mujer (ver Circular N°2)

- Embarazo ectópico como, por ejemplo: con latidos cardio fetales presentes, en la cicatriz de cesárea o embarazo ectópico abdominal.
- Embarazo Molar.
- Patología del embarazo antes de la viabilidad fetal: infección intrauterina, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, espectro del acretismo placentario, entre otros.
- Rotura ovular antes de la viabilidad sin signos de infección con OHA severo por más de una semana.
- Insuficiencia cardíaca congestiva con capacidad funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), hipertensión arterial refractaria a tratamiento y enfermedad hipertensiva severa con evidencia de daño de órgano blanco, cardiopatía isquémica, hipertensión pulmonar, síndrome de Eisenmenger, historia de infarto del miocardio, historia de miocardiopatía del embarazo.
- Enfermedad neurológica que empeora con el embarazo: Malformaciones vasculares como aneurisma o malformación arteriovenosa, entre otras.
- Lupus eritematoso sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
- Insuficiencia respiratoria (incluye COVID o neumonía con necesidad de ventilación invasiva o no invasiva)
- Cirrosis o insuficiencia hepática, (Child B o C)
- Enfermedad Hematológica: Púrpura trombocitopénico trombótico, trombofilias de alto riesgo (Deficiencia de antitrombina III, deficiencia factor V de Leyden homocigota, Deficiencia de



proteína C, Síndrome antifosfolípidos con antecedentes trombóticos, catastrófico o triple positivo.)

- Enfermedad Renal: deterioro de la función renal en el embarazo moderada a severa (CKD: 3-4), pacientes trasplantadas antes de los 2 años del trasplante (Hui,Dini 2019)
- Patología Neoplásica: Carcinoma invasivo del cuello uterino; cualquier enfermedad neoplásica en la cual la sobrevivencia materna dependa de un tratamiento oportuno con quimioterapia o radiación en dosis teratogénica.
- VIH en etapa SIDA con complicación que implique riesgo vital.
- Enfermedades genéticas o poco frecuentes o condiciones clínicas complejas que ponen en riesgo a la gestante. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Wilson, miastenia gravis, etc.)
- **Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante debidamente fundamentada.**

Fuente: Elaboración propia MINSAL 2024.

Proceso de atención

Identificación y confirmación del riesgo vital materno

Los factores de riesgos son identificables antes que un acontecimiento, enfermedad predecible o muerte materna ocurra, lo que permite a los equipos clínicos anticiparse a eventos adversos en salud. Identificar los factores de riesgo o condiciones de salud que incrementan el riesgo de muerte en una gestante, podrá centrar las acciones necesarias para concurrir a la constitución de la interrupción voluntaria del embarazo para disminuir el riesgo vital materno.

La identificación del riesgo vital materno debe considerarse desde su inicio y durante toda su evolución, ya que la condición de salud de una gestante varía según progresa el embarazo. La identificación del riesgo vital materno deberá considerarse por todo profesional sanitario, en cualquier momento de la gestación.

El riesgo vital de una gestante se puede expresar de 2 formas, riesgo vital inminente y no inminente:

➤ Riesgo Vital Inminente

Las acciones estarán centradas en la secuencia de reanimación, estabilización hemodinámica de la gestante e interrumpir la gestación si esa fuese la herramienta idónea que le pueda salvar la vida.

Un médico cirujano puede constituir la causal, quien define y deja estipulado en la ficha clínica que se debe realizar la interrupción inmediatamente para salvar la vida de la gestante.

➤ Riesgo Vital no inminente

Se evaluarán los antecedentes clínicos definiendo el riesgo de vida de la mujer. Esto puede suceder en patologías agudas propias del embarazo o crónicas. Estas se consideran causa de muerte materna



indirecta (por ejemplo, las mujeres cardíacas que no resisten el aumento de volemia de un embarazo).

En caso de otras patologías concomitantes a la gestación (como las oncológicas), o en personas portadoras de patologías crónicas (como cardiopatías, hipertensión arterial (HTA) severa, enfermedades autoinmunes, etc.), el médico/a podría solicitar evaluación por especialidad según necesidad. Una vez realizada la evaluación se deberá dejar por escrito los elementos clínicos que definieron para la constitución de la causal 1.

Entrega de información y acogida

El prestador de salud tiene por obligación proporcionar a la mujer información veraz, clara, completa, objetiva, basada en la evidencia científica más actualizada y asegurándose que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión, realizando este acto de forma verbal y escrita sobre:

- Su condición de salud e implicancia en cuanto al incremento en su riesgo vital.
- Alternativas de interrupción del embarazo según su condición de salud.
- Programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- Sobre los procedimientos clínicos disponibles, las características de la prestación médica, posibles riesgos o complicaciones y manejo del dolor.
- Sobre el programa de acompañamiento del establecimiento, instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas para ofrecerlo y el listado de aquellas que ofrecen apoyo adicional, si no lo hubiera recibido antes. Su decisión sobre el acceso también quedará consignada en la ficha clínica (Anexos N°1, N°2, N°3, N°4 y N°8).

**LOS PROFESIONALES OBJETORES DE CONCIENCIA TIENEN LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR
SOBRE LOS PUNTOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR LA DERIVACIÓN PROTOCOLIZADA,
INMEDIATA, OPORTUNA Y EFECTIVA.**

La entrega de información en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer y deberá asegurarse de que la persona entiende la información entregada respecto al procedimiento de interrupción (incluir los posibles riesgos y complicaciones asociadas al procedimiento elegido, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones), antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión. Cuando sea posible, la noticia del diagnóstico deberá darse en conjunto entre médico y profesional psicólogo/a.

➤ Entrega de información ante riesgo vital no inminente:

Si la mujer se encuentra estable, con un estado de conciencia lúcido que le permita decidir, se le deberá entregar la información de su estado de salud y los tratamientos disponibles según la Ley N°21.030. Asimismo, se debe dar respuesta a todas las preguntas que la persona y su entorno necesiten aclarar para una adecuada toma de decisión.



Una vez entregada la información la gestante debe firmar el “*Certificado de entrega y recepción de información sobre La Ley N°21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*” (Anexo N°1) y deberán realizarse todos los procesos obligatorios de entrega de información: proceso de consentimiento informado o asentimiento (según cada caso), denegación de decisión e informativo (Anexos N°2, N°3, N°4, N°8).

**NO SE DEBE ESPERAR AL RIESGO DE MUERTE INMINENTE PARA LA ENTREGA DE
INFORMACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES**

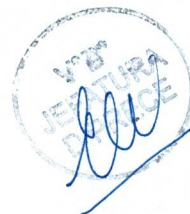
➤ **Entrega de información ante riesgo vital inminente:**

En caso de que la mujer no pueda brindar su consentimiento verbal o escrito debido a su condición de salud, el personal médico deberá constituir de forma oportuna la causal amparada por la Ley N°21.030, brindando asistencia médica inmediata, actuando bajo la Lex Artis y lo dispuesto en la Ley N°20.584 en su artículo 15 letras b) y c). En estos casos la entrega de información será pertinente una vez esté fuera de su condición crítica.



Para mayor detalle, consultar la Ley N°20.584 “*Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*”, del año 2012. Disponible en: <https://bcn.cl/2f7cj>

Por otra parte, en caso de que la persona se encuentre en riesgo vital inminente, pero esté en condiciones clínicas para brindar su consentimiento, se procederá a la entrega y recepción de información “*Certificado de entrega y recepción de información sobre la Ley N°21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*” (Ver Capítulo “*Proceso de consentimiento informado*” y Anexo N°1) y proceso de consentimiento informado o asentimiento (según cada caso), o revocación de decisión e informativo si corresponde (Anexos N°2, N°3, N°4, N°8).



Constitución de la causal

La constitución de la causal requiere el diagnóstico médico que establece que la continuidad de la gestación constituye riesgo de vida para la gestante. El/a médico/a responsable es el encargado/a de registrar en la ficha clínica aquellos antecedentes más relevantes para la constitución de la causal.

Cuando el riesgo vital no es inminente, se sugiere el siguiente texto: *“Este diagnóstico configura una condición clínica que habilita a la mujer para solicitar la interrupción voluntaria del embarazo por primera causal. Se le informa según lo establecido por la Ley N°21.030, mujer comprende y acepta (consentimiento informado, firmado adjunto)”.*

Cuando el riesgo vital es inminente, se sugiere el siguiente texto: *“Este diagnóstico constituye una situación de riesgo vital inminente para la mujer, por lo que bajo lo establecido en la Ley N°21.030 se decide realizar la interrupción inmediata del embarazo”.*

CONSTITUIDA LA CAUSAL POR UN MÉDICO CIRUJANO, NO CORRESPONDERÁ UNA REEVALUACIÓN POR EL EQUIPO AL QUE SE DERIVE PARA EFECTOS DE REALIZAR LA INTERRUPTCIÓN.

EL/LA PROFESIONAL QUE REALICE EL DIAGNÓSTICO SERÁ RESPONSABLE DE INFORMAR SOBRE EL ACCESO DE LA LEY IVE Y REALIZAR LA DERIVACIÓN DE FORMA OPORTUNA Y DIRIGIDA.

Atención clínica de la gestante

Una vez realizado el proceso de identificación del riesgo vital, entrega de información, acogida y acompañamiento, si la mujer decide acceder al proceso de interrupción voluntaria del embarazo según los criterios establecidos por Ley N°21.030 para causal 1, se debe decidir la técnica de interrupción considerando:

- Edad gestacional al momento de definirse la interrupción.
- Condición de salud de la mujer.
- Condiciones obstétricas (trabajo de aborto o parto en curso, cicatrices uterinas, presentación fetal, estado de la membrana amnios corial, infección ovular, etc.).
- Presunta viabilidad fetal fuera del útero.



Atención clínica del recién nacido

El recién nacido vivo deberá recibir la asistencia del o de los/as profesionales de atención inmediata de neonatología, según indicaciones de manejo clínico, en base a los lineamientos y normativas ministeriales vigentes.

Será responsabilidad de los equipos ofrecer a la mujer el acompañamiento y su rol en esta fase se centrará en el respeto a su autonomía, dignidad, privacidad, confidencialidad y entregar una atención profesional con competencia técnica, integral y multidisciplinaria. Lo anterior en coherencia a lo señalado en la Ley N°21.371 que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.



Para mayor detalle, consultar Ley N°21.371 “Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal”, del año 2021. Disponible en: <https://bcn.cl/2rr28>.



Seguimiento post interrupción y alta

Al momento de la alta clínica, la mujer debe recibir indicaciones claras relativas a:

Cuidados post
procedimiento, signos de
alarma de complicaciones
y consulta al sistema de
salud en cuanto sea
necesario

Continuación de
tratamiento de la
patología de base

Control posterior,
incorporando orientación
y consejería
anticonceptiva para
evitar nuevo embarazo
que ponga en peligro su
vida, si ella así lo decide y
fuese necesario

Toda mujer tiene derecho a continuar con el Programa de Acompañamiento si así lo decide. A su vez se sugiere asegurar la continuidad de cuidados en red, de forma que pueda acceder a controles médicos posterior a la interrupción de la gestación, con una referencia vincular a atención primaria, donde pueda haber continuidad al tratamiento de su patología base y a atenciones de regulación de fertilidad



SEGUNDA CAUSAL: EMBRIÓN O FETO QUE PADEZCA UNA PATOLOGÍA CONGÉNITA ADQUIRIDA O GENÉTICA, INCOMPATIBLE CON LA VIDA EXTRAUTERINA INDEPENDIENTE, EN TODO CASO DE CARÁCTER LETAL

La Ley N°21.030 señala que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando *“el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal”*.

En la literatura médica internacional no existe un consenso sobre el concepto de anomalía congénita letal. La Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría, definió como “Anomalía congénita de mal pronóstico vital (ACMPV)” a todo defecto estructural o funcional que compromete seriamente uno o más órganos vitales imprescindibles para la vida extrauterina, que no son reemplazables o recuperables con las herramientas médicas o quirúrgicas actualmente disponibles, y que determina invariablemente la muerte durante el periodo fetal o tras el nacimiento, o que previsiblemente se asocia con un tiempo de supervivencia breve, aunque en condiciones muy excepcionales la supervivencia pudiese ser mayor, pero inevitablemente con una muy mala calidad de vida (11).

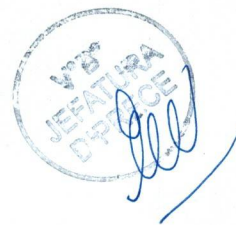
Antecedentes epidemiológicos y diagnósticos

Las ACMPV fueron evaluadas por la rama de genética de la Sociedad Chilena de Pediatría e incluían 4 características (11):

1. Condición que invariablemente conduce a la muerte in útero.
2. Condición que invariablemente produce la muerte, bien sea in útero o en el período neonatal sin que exista un tratamiento que pueda modificar tal desenlace.
3. Condición que produce la muerte in útero o en el periodo neonatal en la mayoría de los casos.
4. Condición que produce la muerte fetal o neonatal en algunos casos.

Según el consenso internacional existen 6 anomalías que se incluyen dentro de estas categorías: la agenesia renal bilateral, anencefalia, displasia tanatofórica, trisomía 13, trisomía 18 y holoprosencefalia alobar.

Posteriormente en el año 2019 un grupo de expertos especialmente constituidos por especialistas en medicina materno fetal realizaron recomendaciones para la constitución de las causales en la *Circular N°2 del 5 de marzo del 2019, del Ministerio de Salud, en la que* incluyeron: Craneoraquisquis, iniencefalia e hidranencefalia (12).



LAS PATOLOGÍAS DESCRITAS A CONTINUACIÓN NO CONSTITUYEN UN CATÁLOGO LIMITADO O TAXATIVO, SINO ORIENTADOR, QUE REFLEJAN AQUELLAS CONDICIONES QUE SEGÚN LA EVIDENCIA SON INDICIARIAS DE INCOMPATIBILIDAD CON LA VIDA EXTRAUTERINA INDEPENDIENTE, EN TODO CASO DE CARÁCTER LETAL. SIN PERJUICIO DE ELLO, SIEMPRE LA EVALUACIÓN DEL CASO CONCRETO, REALIZADA POR DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN IGUAL SENTIDO, ES LO QUE DETERMINARÁ LA POSIBILIDAD DE CONSTITUCIÓN DE UNA SEGUNDA CAUSAL.

- **Anencefalia, exencefalia yacráneo:** Malformación cerebral congénita caracterizada por la ausencia parcial o total del cerebro, cráneo y cuero cabelludo. Su prevalencia mundial es aproximadamente 1:1.000 nacimientos, aunque en Chile esta incidencia se ha reducido significativamente después de la incorporación del ácido fólico en la dieta de la población chilena, reportándose para 2015 una tasa acumulada para anencefalia de 0,35:10.000 nacimientos. (13)
- **Holoprosencefalia alobar:** Es una alteración precoz del clivaje del prosencéfalo, lo que se traduce en anomalías cerebrales y faciales severas. Se asocia con cromosomopatías 13 y 18. Su prevalencia es 1:16.000 nacimientos, pero es mayor en estadios precoces de la gestación, alcanzando incluso a describirse en 1:250 gestaciones.
- **Atresia laríngea o traqueal:** Consiste en una obstrucción de la vía aérea superior generalmente causada por atresia o agenesia laríngea. Su prevalencia es desconocida, pero es muy infrecuente. Conduce al fallecimiento del recién nacido por imposibilidad de respirar al nacer.
- **Pentalogía de Cantrell:** Se caracteriza por ectopia cordis (el corazón fuera de la cavidad torácica) y defectos de pared torácica y abdominal (onfalocelo o gastrosquisis) asociados a disrupción del esternón distal, diafragma anterior, y pericardio diafragmático. Es una condición extremadamente rara, y su prevalencia es alrededor de 1,5:100.000 recién nacidos.
- **Secuencia de Tallo corporal:** Es un gran defecto de pared abdominal con salida masiva de vísceras abdominales, acortamiento severo del cordón y xifoescoliosis que genera hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones) y que no se puede resolver vía quirúrgica. Su prevalencia es alrededor de 1:14.000 recién nacidos.
- **Agenesia renal bilateral:** La agenesia renal bilateral es una anomalía congénita mortal rara, originada por la ausencia del desarrollo de los riñones y falla en la división del esbozo ureteral. La falta de sistema excretor urinario produce el fallecimiento del recién nacido. Su prevalencia es 1:5.000 a 10.000 recién nacidos.
- **Riñones multi o poliquísticos con secuencia Potter y de inicio precoz:** Anomalías displásicas de ambos riñones que se asocian a hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones). Su prevalencia fluctúa de 1:10.000 recién nacidos para los riñones multiquisticos a 1:50.000 recién nacidos para los poliquísticos.
- **Displasias esqueléticas letales con hipoplasia torácica y pulmonar:** Son una serie de condrodisplasias incompatibles con la vida, que cursan con acortamiento de huesos largos

SE
SIGNATURA
D-PR


desde el primer trimestre, siendo las más frecuentes la displasia tanatofórica tipo I y II (incidencia de 1:10.000 recién nacidos) y la osteogénesis imperfecta tipo II con una prevalencia de 1:60.000 recién nacidos y la acondrogenesis.

- Las Alteraciones Cromosómicas incompatibles con la vida más frecuentemente observadas, y que habitualmente progresan más allá del primer trimestre de gestación, son **la trisomía 18, 13, 9 y las triploidías**. La prevalencia de la Trisomía 18 y 13 es alrededor de 1:4.000/1:8.000 recién nacidos y 1:5.000/1:20.000 recién nacidos respectivamente, mientras que la trisomía 9 y triploidías son mucho menos frecuentes.
- **Gemelos acárdicos**: Ausencia de formación de corazón en uno de los gemelos monocigóticos. Su prevalencia es muy infrecuente, alrededor de 1:100.000 embarazos.
- **Hidrops fetal no inmune**.
- **Malformaciones múltiples que condicionan una inviabilidad fetal o neonatal**.
- **Otros**, hay muchos más casos de anomalías congénitas complejas que son de muy baja frecuencia y generan una inviabilidad fetal.

Proceso de atención

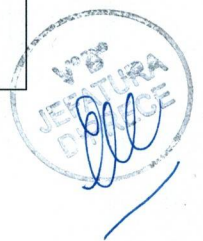
Pesquisa y diagnóstico de la patología

La atención se inicia con el diagnóstico de la patología congénita posterior a la sospecha ecográfica desde el nivel primario de atención. La confirmación se hará en centros de especialidad de segundo o tercer nivel.

La realización de la ecografía 11-14 en la población de embarazadas bajo control está incluida en los modelos de atención del embarazo de bajo riesgo, y en la Guía Perinatal del Ministerio de Salud (8). Respecto a la segunda ecografía -de 20 a 24 semanas-, esta se ha incorporado paulatinamente en el nivel primario y está recomendada como parte del screening ecográfico.

Para efectos diagnósticos, la obstetricia moderna, y en particular la medicina materno-fetal, han definido que los exámenes de pesquisa y diagnóstico de las patologías congénitas incompatibles con la vida extrauterina pueden ser efectuados por medio de ecografías estandarizadas en primer y segundo trimestre. La ecografía de las 11+0 a 13+6 semanas es el primer examen de pesquisa y diagnóstico, que en caso de que exista alteración podría constituir causal 2. Si en este primer examen no se detecta alteración, otro momento crítico en el que podría detectarse, la ecografía de 20+0 a 24+6 semanas de gestación.

EN CASO DE DETECCIÓN DE PATOLOGÍA INCOMPATIBLE CON LA VIDA EXTRAUTERINA EN PRIMER CRIBADO DE 11+0 A 13+6 SEMANAS NO DEBE ESPERAR CONFIRMACIÓN DE LAS 20-24 SEMANAS, SINO OFRECER INFORMACIÓN INMEDIATA RESPECTO DE LA LEY A LA MUJER E INTERRUPCIÓN SEGÚN VOLUNTAD DE ESTA.



En base a los hallazgos ecográficos y frente a la sospecha fundada de aneuploidías, se podrá realizar un estudio de cariograma: En los casos donde la malformación es letal y el cariograma no cambia el curso del manejo, (ej. holoprosencefalia alobar) este deberá ser tomado de muestra del feto o recién nacido con el objetivo de no generar dilaciones innecesarias.

Frente a una duda razonable sobre el diagnóstico clínico y letalidad, el médico tratante deberá evaluar la necesidad de complementar el estudio con otros exámenes de mayor especificidad según sospecha diagnóstica (resonancia nuclear magnética, o estudios genéticos), teniendo en cuenta la disponibilidad de estos en la red asistencial, que permitan precisar el diagnóstico y pronóstico de manera efectiva y oportuna.

LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS FETALES (CARIOTIPO, FISH, PCR, ESTUDIO DE MUTACIONES PUNTUALES, ETC.) NO DEBEN GENERAR UN RETRASO INNECESARIO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA CAUSAL.

Si se indica la realización de estudios diagnósticos de aneuploidía, la toma de las muestras necesarias la realizará un especialista calificado en estos procedimientos. Se debe asegurar la recepción y el estudio genético o molecular de un laboratorio competente para no tomar muestras que posteriormente no serán procesadas. Los métodos disponibles son varios, y la gestante será informada sobre la relevancia y los riesgos de las pérdidas reproductivas asociadas a cada procedimiento, para que acepte o no su realización.

Establecido el diagnóstico de "dos médicos en igual sentido de médicos especialistas", se deberá informar de éste a la gestante, su pronóstico y las diversas opciones de manejo disponibles, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.

Entrega de información y acogida

Con los antecedentes recibidos sobre la patología de su gestación y su letalidad, deberá entregarse información de forma completa y comprensible mediante consentimiento informado, para acceder al programa de acompañamiento, si así lo desea. Después, la gestante deberá decidir si interrumpe su embarazo o si prefiere esperar la resolución espontánea todo lo cual deberá quedar consignado en la ficha clínica (Anexos N°1, N°2, N°3, N°4, N°8). Es ella quien decide qué conducta seguir.

En caso de que decida interrumpir el embarazo se le entregará toda la información sobre los procedimientos clínicos disponibles para dicho procedimiento, de acuerdo con la evaluación médica, incluyendo aspectos relacionados con los posibles riesgos y complicaciones asociadas y manejo del dolor. Una vez que la gestante comprenda y acepte, se procederá a firmar los documentos de entrega de información y de "Consentimiento Informado" en el formulario correspondiente para la interrupción del embarazo (Ver Capítulo "Proceso de consentimiento informado" y Anexos N°1, N°2, N°3, N°4, N°8).



En caso de continuar con la gestación se deberán tomar todas aquellas medidas que permitan un adecuado acompañamiento al contexto que le toca vivir. Podrá cambiar de opinión y solicitar la interrupción en cualquier momento, lo mismo en relación al programa de acompañamiento.

Constitución de la causal

Para poder proceder a la interrupción voluntaria del embarazo se requiere del diagnóstico firmado por dos médicos especialistas más el documento que consigne la decisión de la gestante.

Los médicos responsables son los encargados de registrar en la ficha clínica aquellos antecedentes más relevantes para la constitución de la causal. Se sugiere que el/a médico/a responsable anote en la ficha clínica el siguiente texto:

“Este diagnóstico, en el que han coincidido dos médicos especialistas en igual sentido (nombres de los médicos/as), configura una patología fetal congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, por lo tanto, la paciente puede solicitar la interrupción voluntaria del embarazo”.

Atención clínica de la gestante

Una vez realizado el proceso de identificación de la patología de la gestación, letalidad, entrega de información, acogida y acompañamiento, si la mujer decide acceder al proceso de interrupción voluntaria del embarazo según los criterios establecidos por Ley N° 21.030 para causal 2, se debe decidir la técnica de interrupción considerando:

- Edad gestacional al momento de definirse la interrupción.
- Condición de salud de la gestante.
- Condiciones obstétricas.

Atención clínica del recién nacido

Si el recién nacido tiene un periodo de sobrevida al parto o la interrupción del embarazo, se entregarán los cuidados paliativos correspondientes. El recién nacido recibirá los cuidados que correspondan según lo determinan la ética médica y las normas vigentes, lo que implica asegurarle los cuidados básicos que requiera su condición (alimentación, hidratación, muda, abrigo, contacto con la madre y el padre, entre otras), de acuerdo con la Ley N° 21.371.

La asistolia fetal es una técnica de la medicina materno fetal que tiene como objetivo la interrupción médica del embarazo por indicación fetal debido a una anomalía congénita de mal pronóstico vital



(ACMPV) diagnosticada después de las 22 semanas o frente a embarazos múltiples donde uno de los fetos por su patología de base coloca en riesgo la vida de su cógemelo, y del embarazo en su conjunto.

En los casos anteriores, la asistolia fetal debe ofrecerse como una alternativa terapéutica a las embarazadas en que se les ha constituido la causal 2 de la Ley N°21.030 y a través de esta herramienta médica permita minimizar el dolor de los padres y la agonía de esos recién nacidos con anomalías letales.

Un médico/a ginecoobstetra o especialista en medicina materno fetal debe realizar la técnica de asistolia fetal.

Cuidados paliativos

Prevía consulta y en los casos que la mujer así lo decida, será necesario establecer los procedimientos que se deberán desarrollar en aquellos recién nacidos que presenten signos de vida, pese a su mal pronóstico vital. El objetivo es resguardar la dignidad y la calidad de vida del recién nacido y su familia, de acuerdo con la voluntad de la mujer. Al presentar el/la recién nacido/a una condición de salud que amenaza su vida y no responde al tratamiento curativo, el énfasis de la atención debe ser el alivio del sufrimiento, el control del dolor y de otros síntomas asociados, promoviendo un cuidado continuo, evitando el estrés innecesario, inmerso en un modelo de atención integral de acompañamiento psicosocial.

Se recomienda la proporcionalidad terapéutica, la que implica evitar o suspender tratamientos a pacientes en quienes, por la complejidad de su condición patológica, no hay proporcionalidad entre las intervenciones médicas y los resultados esperados (14). La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos (CP) como “la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo interdisciplinario, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”, basando sus acciones en el control de síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, brindados por un equipo interdisciplinario (15–17). Previo al nacimiento, se debe entregar información de forma objetiva e imparcial, en que el equipo de salud frente al pronóstico pueda plantear alternativas de acción a la mujer, teniendo en consideración su decisión de interrumpir ese embarazo. En el caso de solicitud de interrupción del embarazo realizada por la mujer, ella tiene la alternativa de no establecer lazo alguno con el/la recién nacido, debiendo seguirse los pasos habituales de registro del nacimiento, defunción y entrega del cuerpo a la familia para su entierro (Ver Anexo N°7). Alternativamente, y habiendo manifestado de manera explícita a la mujer la limitación del esfuerzo terapéutico, ella puede desear conocer al recién nacido o neonato y realizar apego asistido. Puede solicitar presencia y asistencia espiritual de acuerdo con sus creencias. En este caso, se deberán proponer el contacto y presencia con el hijo o hija al nacer, incorporando su existencia a la historia materna y familiar, dándole un espacio emocional y afectivo que permita elaborar el duelo perinatal de forma respetuosa. En estos casos, la unidad de



neonatología manejará el trato al recién nacido y su familia, preservando la dignidad de atención y cuidado durante la sobrevivencia, favoreciendo el deceso acompañado y generando un espacio respetuoso y acogedor. Si el recién nacido sobrevive la primera hora, y así la mujer lo hubiera decidido, se hospitaliza conjuntamente y se ofrece atención de confort. La mujer puede permanecer con su hijo o hija, realizar apego primario y favorecer el desarrollo de rituales de significación espiritual para ella y su familia. Se deben realizar las mínimas acciones de intervención, evitando en todo momento cualquier acción inofensiva. Sólo se puede considerar la realización de los exámenes que permitan complementar el diagnóstico, principalmente pensando en asesoría reproductiva para futuras gestaciones.

Si el neonato sobrevive más allá de 6 horas se ofrece alimentación con solución glucosada oral o leche, por la técnica menos invasiva posible. Se evitará instalación de flebotomías, aunque esta decisión es técnica, caso a caso, y en caso de ser instalada se debe evitar cualquier examen adicional de control. Si el recién nacido sobrevive varios días y si los padres lo solicitan, considerar la posibilidad de alta a domicilio, con entrega de cuidados paliativos previa educación y entrenamiento de los padres. Este proceso se puede asociar al programa de acompañamiento, aceptado por la mujer, otorgando apoyo por profesional de psicología según el plan definido. Se recomienda aceptar la manifestación emocional del duelo, posibilitar la elaboración de la memoria del recién nacido, facilitar la comunicación adecuada entre el equipo de salud y los padres y que se informe y apoye sobre los procesos y trámites pertinentes (18).

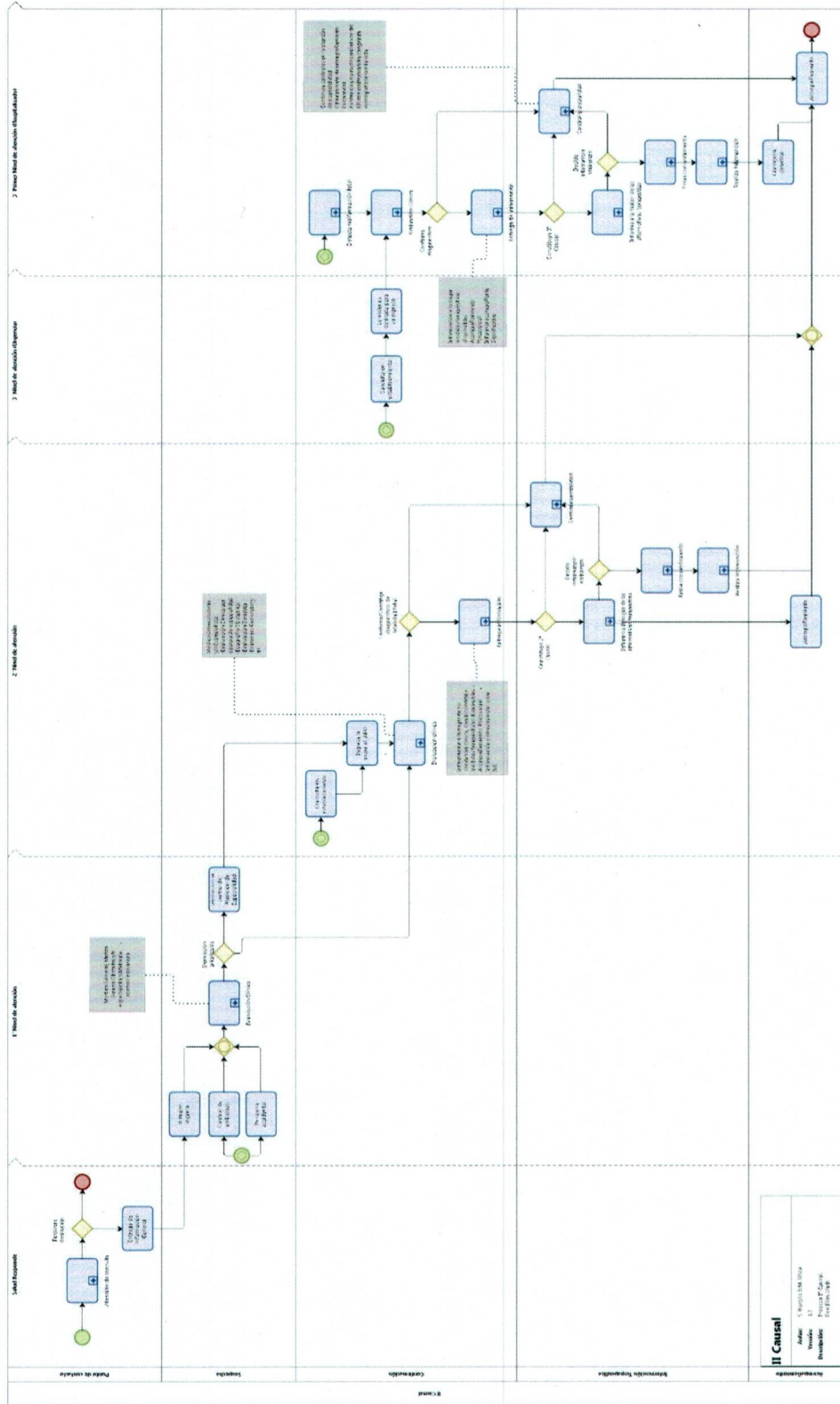
Seguimiento post interrupción y alta

Toda gestante tiene derecho a acceder a controles médicos posterior a la interrupción y a la evaluación de continuar con el programa de acompañamiento por parte del equipo, con una referencia vincular a atención primaria y consejería preconcepcional si desea una nueva gestación.

Según el tipo de malformación, se sugiere brindar consejería genética, evaluación que debe ser remitida a nivel secundario de especialidad.



FLUJOGRAMA DEL PROCESO CLÍNICO EN LA SEGUNDA CAUSAL – INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO



V.B.
JEFATURA
DIRECCIÓN

TERCERA CAUSAL: EMBARAZO RESULTADO DE UNA VIOLACIÓN

La tercera causal de la Ley N°21.030 dispone que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando éste *“Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación”* (19).

Asimismo, el Código Penal, en el inciso segundo, del artículo 361 establece que *“Comete violación el que accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de catorce años en alguno de los siguientes casos: 1° Cuando se usa la fuerza o intimidación. 2° Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha de su incapacidad para oponerse. 3° Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima”* (20).

Su característica principal es la **coacción**, y puede abarcar el uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas, engaños, o en aquellas condiciones en que la mujer no puede transmitir o expresar su voluntad. Es decir, es un **acto sexual sin consentimiento**. Esto se puede presentar en los casos de mujeres -adolescentes y adultas- con compromiso de conciencia por el efecto del alcohol, otras drogas o estupefacientes, o mentalmente incapacitadas.

La violación se puede producir, en el marco de relaciones de asimetría de poder, en donde quien abusa supera a su víctima ya sea por edad, fuerza física, jerarquía, situación familiar, social, laboral, económica, entre otras. Dicha asimetría somete a interacciones sexuales diversas, donde la violación aparece como una de alta vulneración, que la víctima se ve forzada y obligada a soportar.

Proceso de atención

Detección de casos de violencia sexual

La detección de los casos de violencia sexual puede realizarse en una consulta espontánea o derivación dirigida, desde una detección activa dentro de otra atención o derivadas desde otros organismos del Estado.

- **Consulta espontánea o derivación dirigida:** Hace referencia a la detección de casos de violencia sexual por consulta espontánea o derivación intra o extrasistema, de los cuales se consideran:
 - a. Todo embarazo en menor de 14 años.
 - b. Persona (adolescente o adulta) que acude espontáneamente por violencia sexual.
 - c. Persona (adolescente o adulta) derivada por antecedente de violencia sexual.
 - d. Persona (adolescente o adulta) con antecedentes de haber sido atendida por GES 86 - Atención integral de salud en víctimas de agresión sexual aguda. (21)
 - e. Servicio Salud Responde.
- **Detección activa:** Se refiere a los casos en que la adolescente o mujer no necesariamente expresa ser víctima de violencia sexual, pero se pueden detectar señales de violencia previas o



concomitantes a la gestación, lo cual puede ser pesquisado por cualquier profesional, en el contexto de atención de salud, especialmente en la etapa iniciales de la gestación con el objetivo de detectar de forma activa que la gestación actual sea producto de una violación. Ejemplos:

- Haber vivido otras relaciones de maltrato en pareja.
- Consultas frecuentes y reiteradas; con síntomas inespecíficos y que no cuadran con un diagnóstico de enfermedad orgánica aguda o crónica.
- Lesiones frecuentes.
- Autoestima baja.
- Sentimientos de culpa.
- Actitudes de la pareja donde se observa queriendo controlar las respuestas de la mujer, entre otros.



Para más información, consulte: "*Orientaciones para el abordaje de la violencia de género detectada en atenciones de salud*". Disponible en el siguiente link: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Orientaciones-para-el-Abordaje-de-la-Violencia-de-G%C3%A9nero-detectada-en-atenciones-de-salud-en-contexto-de-pandemia_2020.pdf.

En dicha evaluación, también cobra especial importancia la detección de violencia de género mediante el instrumento EPsA (Evaluación Psicosocial Abreviada) en su pregunta N°8 (Presencia o ausencia de ser víctima de violencia de género) (22).

En los casos donde se detecte o sospeche que el embarazo es producto de violación, la mujer debe ser acogida y derivada de manera coordinada y dirigida al equipo biopsicosocial del establecimiento (23).

- **Derivación de otros organismos del Estado:** Los establecimientos de salud deberán contar con protocolos locales de derivación a otros organismos del Estado tales como Fiscalía, Tribunales de Justicia, Servicio Médico Legal, Servicios de Protección de la Niñez, entre otros, para derivar a las mujeres –adolescentes o adultas- directamente al nivel de servicios de atención de salud de especialidad de cada territorio. Así permite el acceso oportuno a las prestaciones de salud correspondiente. Con este fin deberán coordinarse con los directores/as de los establecimientos de salud.

Entrega de información y acogida

En el nivel primario de salud el rol de los/as profesionales radica en la entrega de información sobre el acceso a la Ley N°21.030, la cual debe ser clara, oportuna y comprensible. Según el modelo de atención integral descrito (Capítulo IV), la derivación debe ser asistida y coordinada dentro de 24 horas, para facilitar el acceso oportuno a la atención clínica de especialidad y al acompañamiento.

El equipo biopsicosocial en el nivel secundario deberá informar:

- De forma verbal y escrita a la mujer o a su representante legal, el marco legal para la constitución de la causal.
- La obligatoriedad de notificar por parte del director del establecimiento al Ministerio Público para la investigación de oficio.
- Realizar el proceso de consentimiento informado, específicamente en lo relacionado al procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal, cuando corresponda y su destino.
- Sobre los procedimientos clínicos disponibles para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo con la evaluación médica, incluyendo aspectos relacionados con los posibles riesgos y complicaciones asociadas al procedimiento elegido, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones.
- El marco legal para la presentación de reclamos en caso de vulneración de derechos.
- El principio de confidencialidad que existe entre el equipo de salud y la paciente.

La acogida por el equipo psicosocial debe centrarse en las necesidades de la mujer, sin solicitar el relato de lo sucedido evitando la revictimización y estigmatización, manteniendo la confidencialidad, favoreciendo el contacto con las redes de apoyo social con las que cuente la mujer. Si durante esta atención surge la sospecha de riesgos para la mujer en el entorno familiar, se adoptarán medidas tendientes a la protección.

La referencia coordinada y/o asistida al programa de acompañamiento del nivel secundario de especialidad, Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) o nivel de especialidad obstétrica acorde a su seguro de salud o las Urgencias Gineco-Obstétricas, **debe realizarse antes de las 24 horas** (Ver Capítulo “Programa de acompañamiento”).

Concurrencia de los hechos que constituyen la tercera causal

La concurrencia de los hechos será evaluada por los equipos de salud sobre la base de las siguientes consideraciones:



Análisis de la plausibilidad del relato.

Idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo.

Concordancia estimada entre la fecha de la violación y la edad gestacional informada.

La Ley N° 21.030 en el inciso tercero, del artículo 119 bis establece que: “un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional”, es decir, estará conformado por el equipo biopsicosocial de cada establecimiento, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- En el caso de víctimas menores de 18 años: Se debe recordar la entrada en vigencia de la **Ley N° 21.057 que regula entrevistas grabadas en video** y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales. Esta ley tiene por objeto evitar la victimización secundaria de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de este tipo de delito.
- En lo relativo a la atención de salud, la ley implica un cambio de paradigma que impacta desde aquellas atenciones que se realizan sea o no de manera urgente y en la cual se conoce o sospecha de la existencia de un delito sexual, hasta la realización de pericias médico legales. Por lo que también ha de afectar el análisis de la plausibilidad del relato para efectos de la constitución de la tercera causal.
- La Ley N° 21.057 establece que la obtención del relato de los hechos debe recabarse, como regla general, mediante una entrevista investigativa videograbada, realizada por un entrevistador acreditado. Fuera de dicha instancia, no se puede interrogar al niño, niña o adolescente para establecer los hechos o sus responsables. En la etapa de la denuncia, los antecedentes pueden ser consultados al adulto acompañante o a las policías, debiendo el funcionario limitarse a registrar únicamente las manifestaciones espontáneas del menor y resguardar que éste no sea expuesto a interrogatorios ni a la reiteración del relato.
- Así las cosas, en el caso de las menores de 14 años, se debe prescindir del relato para corroborar la concurrencia de la causal ya que la edad de consentimiento sexual en la legislación chilena es de 14 años o más.
- En el caso de víctimas mayores de 14 años y menores de 18 años: Con el objeto de evitar la victimización secundaria, si ya ha denunciado el delito de violación, el equipo de salud incorporará copia del documento si tuviere acceso a él. De lo contrario podrá obtener antecedentes de quien acompaña a la víctima, si ello fuere factible. En este último caso, debe evitarse que la adolescente escuche lo narrado por esta persona.
- En caso que la víctima de forma espontánea y voluntaria de un relato, no se le debe hacer preguntas sobre los hechos ni las personas que participaron en ellos.



- Para evitar formular preguntas prohibidas por la ley, se deben utilizar preguntas que favorezcan el relato de la víctima, sin profundizar más allá en sus dichos. Por ejemplo, ¿Qué me quieres contar? ¿Hay alguna cosa más que quieras decirme?
- En el caso de víctimas mayores de 18 años: Con el objeto de evitar la revictimización, si ya ha denunciado el delito de violación, el equipo de salud puede, con consentimiento previo de la mujer, incorporar la declaración que ésta haya dado en el contexto de la denuncia para evitar que deba repetir el mismo relato.

Es importante precisar que **el equipo de salud no tiene competencias investigativas y no sustituye al Ministerio Público o a los Tribunales en la comprobación de la concurrencia del delito de violación ni en la determinación del/los victimarios/s.** Por tanto, brindará los servicios conforme a la plausibilidad del relato voluntario de la víctima y no podrá en caso alguno cuestionarlo. Lo anterior puesto que la única evaluación para que el equipo biopsicosocial está habilitado legalmente es determinar si existe concordancia entre la fecha estimada de la violación y la edad gestacional.

Valoración de la edad gestacional

La edad gestacional debe estar dentro de los plazos establecidos por la ley: **12 semanas y seis días** para la adolescente o mujer de 14 años y más; **14 semanas y seis días** para adolescentes menores de 14 años.

En el caso de una adolescente embarazada de 14 años, en que la violación hubiera ocurrido cuando tenía 13 años, el plazo a considerar para la interrupción voluntaria del embarazo corresponde a la edad en que se perpetró el delito, por lo tanto, el límite de interrupción es 14 semanas y 6 días.

La valoración de la edad gestacional se realizará a través de ecografía obstétrica. Siempre se debe consultar a la mujer si desea ver y escuchar la ecografía, explicándole que es su derecho, pero no su obligación. Si ella no lo desea, el/la profesional a cargo del procedimiento deberá apagar el monitor y poner en silencio el sonógrafo, con el objeto de que se respete su decisión y no se transforme en un elemento que afecte su estado emocional.

Es importante destacar que la ecografía tiene un tiempo de dispersión que debe ser evaluado. A continuación, se detalla el tiempo de dispersión ecográfica según la última publicación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia 2017 y refrendado el 2022.



Tabla N°1: Métodos de estimación de edad gestacional

Rango de edad gestacional	Método de medición	Discrepancia entre la ecografía y la FUR
$\leq 13 + 6$ semanas • $\leq 8 + 6$ semanas • $9 + 0$ semanas a $13 + 6$	LCN	Más de 5 días. Más de 7 días.
$14 + 0$ a $15 + 6$ semanas	DBP, CC, CA, LF.	Más de 7 días.
$16 + 0$ a $21 + 6$ semanas	DBP, CC, CA, LF.	Más de 10 días.
$22 + 0$ a $27 + 6$ semanas	DBP, CC, CA, LF.	Más de 14 días.
$28 + 0$ y más semanas*	DBP, CC, CA, LF.	Más de 21 días.
Abreviaciones: CA: circunferencia abdominal; DBP: Diámetro biparietal; CC: Circunferencia craneana; LF: longitud femoral. LCN: longitud céfalo nalgas. *: sobre las 28 semanas se debe evaluar con precaución considerando la amplia dispersión de tamaño y edad gestacional.		

Fuente: Tabla traducida de: Pettker, C. M., Goldberg, J. D., & El-Sayed, Y. Y. (2017). Methods for Estimating the Due Date Committee on Obstetric Practice American Institute of Ultrasound in Medicine Society for Maternal-Fetal Medicine. In Replaces Committee Opinion Number Vol. 700 (24).

En situaciones en que la edad gestacional exceda el plazo permitido por la ley, el equipo de salud deberá coordinarse para que la mujer pueda acceder a nuevas alternativas de apoyo en la red de salud e intersectorial, durante el desarrollo de su embarazo, y posterior al parto.

Una vez analizada la plausibilidad del relato y valoración de la edad gestacional por parte del equipo de salud de especialidad, se puede confirmar la concurrencia de los hechos que lo constituyen. Posteriormente se debe informar por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción debiendo entregar su informe escrito. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la gestante un trato confidencial, oportuno, digno y respetuoso.

Constitución de la causal

Una vez realizada detección del caso, la entrega de información, acogida y concurrencia de los hechos, el/a médico/a responsable debe constituir la causal y registrar en la ficha clínica. Para ello se sugiere el siguiente texto:

“Contando con la valoración de todos los antecedentes, cumpliendo con lo establecido por la Ley N°21.030, se configura la constitución de la causal 3 de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo.”



TRAS LA CONSTITUCIÓN DE LA CAUSAL SE DEBERÁ ACORDAR CON LA ADOLESCENTE MAYOR DE 14 AÑOS Y MENOR DE 18, CUÁL ES EL MOMENTO APROPIADO PARA INFORMAR A SU REPRESENTANTE LEGAL, COMO DISPONE LA LEY. NO ES UN REQUISITO PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN, SI ESA ES LA DECISIÓN DE LA ADOLESCENTE.

Atención clínica de la gestante víctima de violación

Si la mujer decide acceder al proceso de interrupción voluntaria del embarazo según los criterios establecidos por Ley N°21.030 para causal 3, se debe decidir la técnica de interrupción considerando:

- Edad gestacional al momento de definirse la interrupción.
- Condición de salud de la mujer.
- Condiciones obstétricas (Revisar capítulo: Métodos de interrupción del embarazo).

Denuncia o comunicación al ministerio público

Cuando la víctima de **violación es menor de 18 años, el delito es de acción penal pública** (artículo 53, inciso segundo, del Código Procesal Penal), en concordancia con el inciso cuarto del artículo 119 bis del Código Sanitario, se dispone que los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares en que se solicite la interrupción del embarazo procederán de oficio a realizar la denuncia para que se proceda a investigar. Además, en caso de que corresponda deberá notificar al Servicio Nacional de Menores.

Cabe aclarar que, de acuerdo con la ley, el Ministerio Público la denuncia -obligatoria en los casos de menores de edad-, deberá realizarse ante la autoridad correspondiente:

- El funcionario de Carabineros de Chile destinado al recinto asistencial.
- El funcionario de Carabineros de Chile destinado a las dependencias del Servicio Médico Legal.
- Policía de Investigaciones de Chile.
- Ministerio Público respectivo.
- Juzgado de Garantía correspondiente al territorio.
- Tribunal de Juicio Oral en lo Penal correspondiente al territorio.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del del Código Procesal Penal es de “veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho criminal”. En torno a esto, quien omita realizar la denuncia —conforme lo dispone el artículo 177— incurre en las penas previstas en el artículo 494 del Código Penal (multa de 1 a 4 Unidades Tributarias Mensuales) o en las que señalen disposiciones especiales, en lo que correspondiere (25).



La denuncia deberá estar dirigida al Ministerio Público que corresponda, según el territorio en que se encuentre el establecimiento de salud. Puede realizarse por diversas vías, tales como: carta certificada u oficio. En ella deberá indicarse que se ha invocado el delito de violación, el nombre y RUT de la requirente mayor de edad.

Para mayores de edad, según el artículo 369 inciso primero del Código Penal (20), se trata de una acción penal pública previa instancia particular, implica que no se puede perseguir el delito si la víctima no denuncia o ratifica la denuncia presentada por otro. Sin embargo, la Ley N°21.030 establece una norma especial en caso de la mujer embarazada víctima de violación: "Tratándose de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que investigue de oficio al o los responsables".

Lo anterior refiere que, una vez conocido los hechos y no consta que se haya presentado una denuncia, el obligado a realizarla o a comunicar la causal, según corresponda, es el **jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular**, por lo que se debe coordinar internamente el flujo de la información para que se realice hacia el Ministerio Público. Es él quien siempre conocerá los hechos que fundan la causal. Esto no es requisito para practicar la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que dichos procesos pueden realizarse con posterioridad a la intervención.

LA REALIZACIÓN DE LA DENUNCIA O COMUNICACIÓN POR PARTE DE LA VÍCTIMA O SU REPRESENTANTE LEGAL NO CONDICIONA EL ACCESO A LA ATENCIÓN POR ESTE MOTIVO.

En caso de mujer mayor de 18 años, deberá informarle sobre el deber de denunciar. Cuando la víctima es interdicta "por demencia", se informará también a, siempre y cuando éste/a no haya sido señalado como el/la agresor/a por la víctima.

Si el equipo de salud tiene sospechas fundadas de que su representante legal puede ser el agresor/a, ya sea de manera directa o a través de la negligencia, además de la denuncia al Ministerio Público, es recomendable compartir los fundamentos de la sospecha. Esto se refiere a la solicitud de medidas de protección en Tribunales de Familia buscando poner fin a la violencia sexual. Si la sospecha se refiere a exposición a explotación sexual comercial, también se realizará la denuncia pertinente.

El deber del equipo de salud se agota con la denuncia o la comunicación del delito, ya que la comprobación es función de la investigación dirigida de manera exclusiva por el Ministerio Público. No obstante, existe la posibilidad de que el Ministerio Público o el Tribunal respectivo, solicite la información del caso, como la declaración de integrantes del equipo o el acceso a la ficha clínica y documentos anexos, conforme al artículo 13 de la Ley N°20.584.



Toma de muestra para análisis médico legal y cadena de custodia

El inciso primero del artículo 198 del Código Procesal Penal, en el caso de los delitos sexuales señala que *“los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho punible y a identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras”* (25). La recolección de los materiales biológicos, con cadena de custodia, puede permitir establecer la vinculación del agresor con la víctima y la identificación del agresor mediante la recuperación de ADN.

El **sistema de cadena de custodia** tiene el propósito de garantizar la trazabilidad, integridad de la muestra, conservación e inalterabilidad de los elementos materiales de prueba, desde el momento que son obtenidos en el centro de atención, hasta que son incorporados como prueba en un Tribunal, para así obtener los resultados periciales correspondientes. El formulario de **cadena de custodia** debe ser observada, mantenida y documentada hasta que son entregados a algún/a funcionario/a de Fiscalía o de alguna Policía, según corresponda.

Características del sistema:

- Control de cada paso del material biológico.



- Permite conocer en cualquier etapa, en dónde se encuentra la evidencia, quién la tiene, su estado y motivo de la tenencia.



- Se expresa en un Formulario que acompaña en todo momento a la evidencia, de forma ininterrumpida, llamado Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia el cual tiene asociado un número único de la evidencia (N.U.E.) otorgada por el Ministerio Público.



- Cada persona que tuvo la evidencia en su poder tiene la obligación de registro, cuidado y vigilancia de ella.



Con respecto a la toma de muestras, se debe distinguir la de restos fetales, obligatoria según el artículo 198 del Código de Procesal Penal, que será informada respetuosamente a la mujer, pero no requiere su autorización o consentimiento.

Por el contrario, la muestra de sangre que se requiere para cotejar el ADN de la víctima se rige por el inciso segundo del artículo 197 del Código Procesal Penal, por lo que requiere de autorización para realizarla, informándole a la mujer su derecho a negarse. Sin embargo, eventualmente en el



transcurso de la investigación, el Juez a instancias del/la Fiscal, podrá ordenar que se le practique el examen igualmente.

Por su parte, el artículo 11 de la Ley N°19.970 que crea el Sistema Nacional de Registros de ADN (26), dispone que “toda persona que intervenga en la toma de muestras, obtención de evidencias y determinación de huellas genéticas, deberá mantener la reserva de los antecedentes y la integridad de la cadena de custodia, de acuerdo con las exigencias que imponga el reglamento a que se refiere el artículo 21 de esta ley” (Decreto N°634, del 2008, del Ministerio de Justicia, que aprueba Reglamento de la Ley N°19.970, que crea el Sistema Nacional de registros de ADN).

El médico del equipo debe tener clara la importancia de este hecho en la atención de una paciente que concurra por la tercera causal, para evitar que el material biológico se extravíe, se altere el proceso de cadena de custodia o sufra algún daño, afectando la posterior investigación y la administración de justicia.

En caso de que la víctima fuere mayor de 18 años, haya o no presentado una denuncia, igualmente se deben tomar las muestras y guardar en un lugar previamente determinado, bajo medidas de seguridad, hasta por 1 año ¹ (5). Además, cabe indicar que contar con la huella genética indubitada² de la víctima cobra gran importancia en la realización de los peritajes de ADN, ya sean estos comparativos o bien para búsquedas en la base de datos del Sistema Nacional de Registros de ADN que dispone el Servicio Médico Legal, en adelante SML.

En cada Centro Asistencial donde se realiza cualquier procedimiento que requiera tomar muestra y custodiarla, deberá haber un **profesional a cargo de Cadena de Custodia**. Éste es responsable de que se lleve a cabo el proceso en todo momento, recolección, resguardo y traslado de este tipo de material biológico. (Ley N°19.970 y su reglamento). Asimismo, estos centros que manejarán muestras biológicas para ADN, deberán disponer de un refrigerador con freezer, que permita mantener las muestras congeladas entre -15 y -20°C, el cual también deberá disponer de un sistema de cerradura con llave. Este refrigerador debe quedar en un lugar protegido del tráfico o en el laboratorio del dispositivo de salud.

¹ El Código Procesal Penal establece en su artículo 198 que las muestras obtenidas deben ser custodiadas y bajo estricta reserva en la dirección del hospital, clínica o establecimiento de salud, “por un período no inferior a un año”, para ser remitidos al Ministerio Público.

² El inciso segundo del artículo 1° de la Ley N°19.970: “... Por huella genética se entenderá, para estos efectos, el registro alfanumérico personal elaborado exclusivamente sobre la base de información genética que sea polimórfica en la población, carezca de asociación directa en la expresión de genes y aporte sólo información identificatoria”. Asimismo, en el inciso tercero dispone que “La obtención de la huella genética se realizará por profesionales y técnicos que se desempeñen en el Servicio Médico Legal, o en instituciones públicas o privadas que se encontraren acreditadas para tal efecto ante dicho servicio...”.



La muestra de sangre para cotejar ADN de la víctima, previo a su consentimiento, debe ser indubitada en un tubo con sistema TAPVAL (27) con EDTA (ácido etilendiaminotetraacético), el que debe ser procesado preferentemente antes de 6 meses, con el fin de evitar fenómenos de degradación del ADN y asegurar la determinación de una huella genética fiable.

Toma de muestra

El profesional capacitado deberá identificar y recolectar una muestra de restos fetales en un envase plástico de tapa rosca con capacidad de hasta 100 ml, con cierre hermético (frasco de toma de muestra de orina estéril). La cantidad para recolectar deberá ser como mínimo un tercio de la capacidad del contenedor. Si hubiera menos cantidad de restos fetales, se recolectará lo que se encuentre en su totalidad.

El frasco se debe sellar con "sello parafilm" o cinta adhesiva para evitar derrames y rotular como: "restos fetales". Además, debe consignar el nombre de la víctima y adherir a dicho frasco una lengüeta autoadhesiva, de las que van adheridas en la parte superior del Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia (R-FUCC).

Posteriormente, este frasco se deposita en una bolsa plástica transparente (contenedor secundario o de traslado) y se sella con la parte adhesiva del reverso del Rótulo. Es importante cautelar que en la sección de eslabones o Cadena de Custodia (bajo el prepicado), se registre claramente la descripción de la especie, que debe ser igual a la descripción hecha en el Rótulo. El médico que inicia la cadena de custodia debe quedar correctamente identificado en la sección "Entrega" del primer eslabón.

En caso de no disponer de la bolsa plástica transparente, se podrá usar un contenedor de papel Kraft, tomando la precaución de adherir una segunda lengüeta autoadhesiva a este sobre. Si la muestra no es entregada inmediatamente por indicación del/la Fiscal, se debe congelar a una temperatura entre -15 y -20°C en un refrigerador con freezer destinado exclusivamente a muestras biológicas en cadena de custodia en el centro asistencial.

Para efectos de la toma de muestras fetales el procedimiento realizado por AMEU (aspiración endouterina) permite revisión inmediata de la muestra y selección de los restos ovulares. En caso de que éste sea realizado por medicamentos y la gestante evacúe los restos en el centro asistencial, se recomienda colocar una bandeja estéril bajo las nalgas que permita recoger los fluidos y restos, con bandeja disponible para intercambiar. Al verificar la expulsión de restos embrionarios o fetales, éstos se deben depositar en el frasco seleccionado, separándolos del resto de los fluidos.



Formulario de Cadena de Custodia

El formulario denominado *Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia* debe acompañar en todo momento a la evidencia (muestra) y debe individualizar inequívocamente la especie, así como registrar e identificar en forma completa e ininterrumpida, a todas las personas que estuvieron o están a cargo de la custodia de ésta.

En el *Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia*, sólo se pueden ingresar evidencias o muestras biológicas **de una misma naturaleza de origen** y relacionadas con un mismo procedimiento.

Cada formato cuenta con un “Número Único de Especie o Evidencia”, denominado N.U.E. Este corresponde a un número que viene foliado, irrepetible (entre diferentes formularios) y universal, lo que permite codificar el material biológico o no biológico desde el primer momento. También individualizar a los intervinientes de todas las instituciones afines a una investigación, facilitando a la vez la comunicación entre ellos.

El *Formulario Único de Cadena de Custodia con NUE*, consta de tres secciones o pasos: Rótulo, Sellado e Inicio de la Cadena de Custodia. Así se garantiza que toda evidencia cuente con su rótulo y cadena y número único. Además, se diseñó un formulario de continuación de cadena de custodia (segundas hojas) de ser necesario.

El formulario cuenta, en su parte superior, con 4 estampillas o lengüetas prepicadas con el NUE correspondiente. Estas estampillas se adhieren a cada contenedor (envases primarios) de las evidencias, que deben ser de una misma especie. En el caso de muestras biológicas indubitadas se adhieren según el procedimiento específico para este caso, según el manual de toma de muestras del Registro Nacional de ADN del SML.

Las Instrucciones para el llenado de estos formularios se encuentran detalladas en la Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual, 2016(5).

1. Hoja Nº ____ / del Formulario de Cadena de Custodia (segundas hojas).
2. Anexo Complementario del Formulario de Cadena de Custodia para grandes volúmenes de evidencia.
3. Sello de la Evidencia para el caso de restos fetales/Sello de la toma de muestra biológica para muestras indubitadas (víctima).



Para más información, consulte: “Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual”. Disponible en el siguiente link: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf.



LAS PERSONAS QUE TOMEN CONTACTO CON EL SISTEMA DE CADENA DE CUSTODIA Y NO ESTÉN A CARGO DE PROCESAR LA MUESTRA, NUNCA DEBEN ROMPER LOS SELLOS O LOS EMPAQUES, SÓLO DEBEN RECIBIR EL CONTENEDOR Y VERIFICAR QUE ESTÉ EN BUEN ESTADO, CORRECTAMENTE SELLADO Y GUIARSE POR LO ESTAMPADO EN EL "RÓTULO Y FORMULARIO ÚNICO DE CADENA DE CUSTODIA" (6).

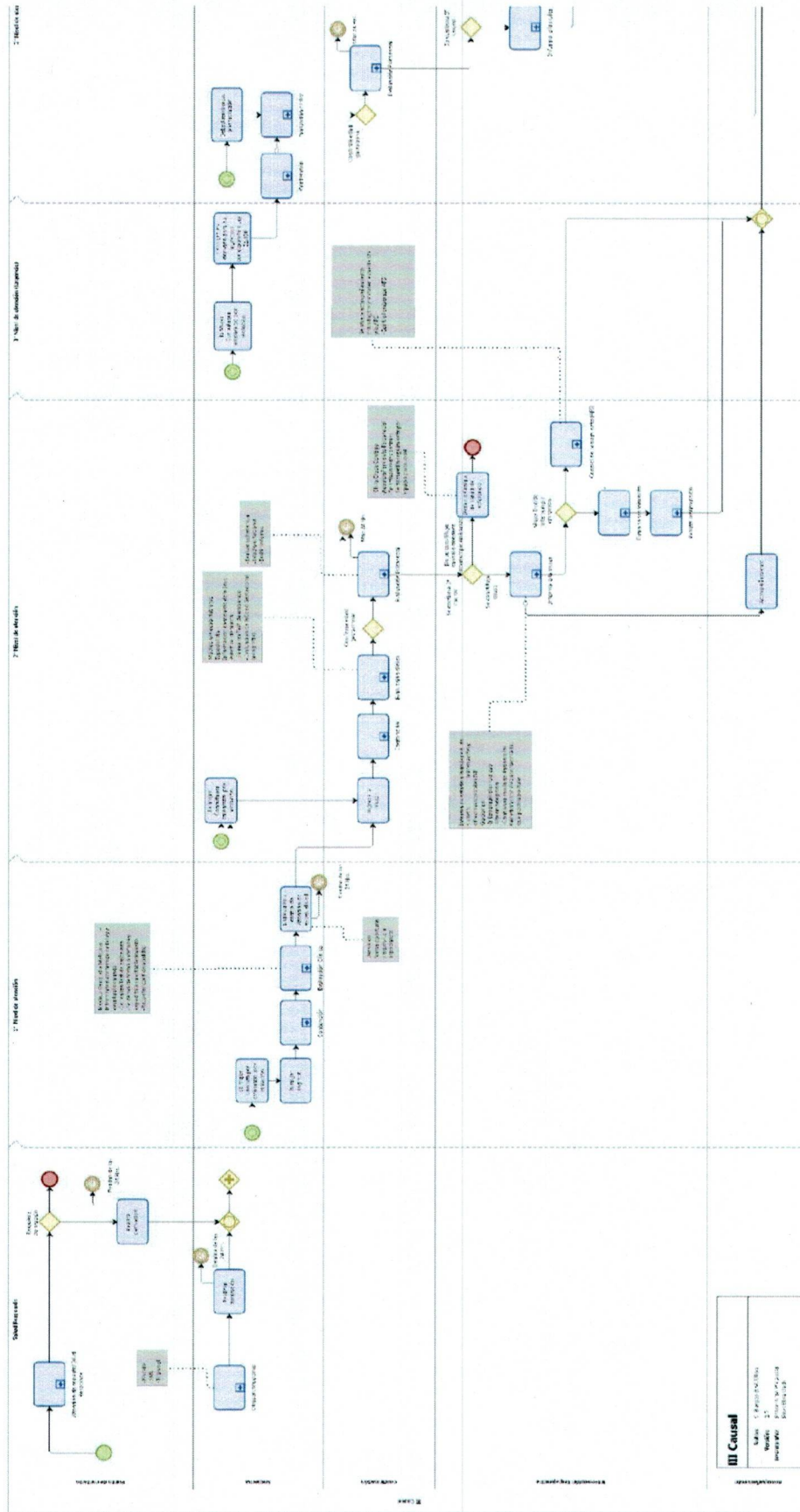
Consideraciones

Es importante comprender que es responsabilidad de todo funcionario o profesional capacitado de una institución del Estado que toma contacto con el material biológico el de resguardar, así como completar el Formulario *ad hoc*, mientras esté transitoriamente en su poder. El desconocimiento de las Normas para el manejo de la Cadena de Custodia no exime de responsabilidad legal y administrativa al miembro de la institución que deba asumir este rol.

1. La Cadena de Custodia se inicia en el mismo lugar de la obtención del material biológico, por el funcionario o profesional que realiza dicho procedimiento de toma de muestra.
2. Los procedimientos de manejo de la Cadena de Custodia deben aplicarse a toda evidencia cualquiera sea su naturaleza (papel, arma, bala, ropa, cadáver, vehículo, etc.), en este caso es material biológico.
3. El registro de antecedentes solicitados debe hacerse con puño y letra, sin enmiendas, por todos los funcionarios que han tomado contacto con este tipo de muestra biológica o evidencia, ya sea para tomarla u obtenerla, trasladarla, custodiarla o periciarla. (Artículo 16, del Decreto N° 634, de 2008, del Ministerio de Justicia, que aprueba Reglamento de la Ley N° 19.970, que crea el Sistema Nacional de Registro de ADN).
4. Es muy importante dejar en claro que el Formulario de Cadena de Custodia acompaña en todo momento al material biológico, no existiendo copias ni recibos ni documentos que lo sustituyan. Evidentemente, el extravío del Formulario puede generar consecuencias similares al extravío de la Evidencia.



FLUJOGRAMA DEL PROCESO CLÍNICO EN LA TERCERA CAUSAL – INTERUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)



MÉTODOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En la selección del método a utilizar en la interrupción voluntaria del embarazo, se deben considerar algunos factores relevantes:

☐	La causal invocada	
☐	La edad gestacional	
☐	Las condiciones de salud de la mujer (sana o con morbilidad)	
☐	La condición del embarazo (presencia complicaciones)	
☐	Las condiciones del embrión o feto (estado vital – tamaño)	

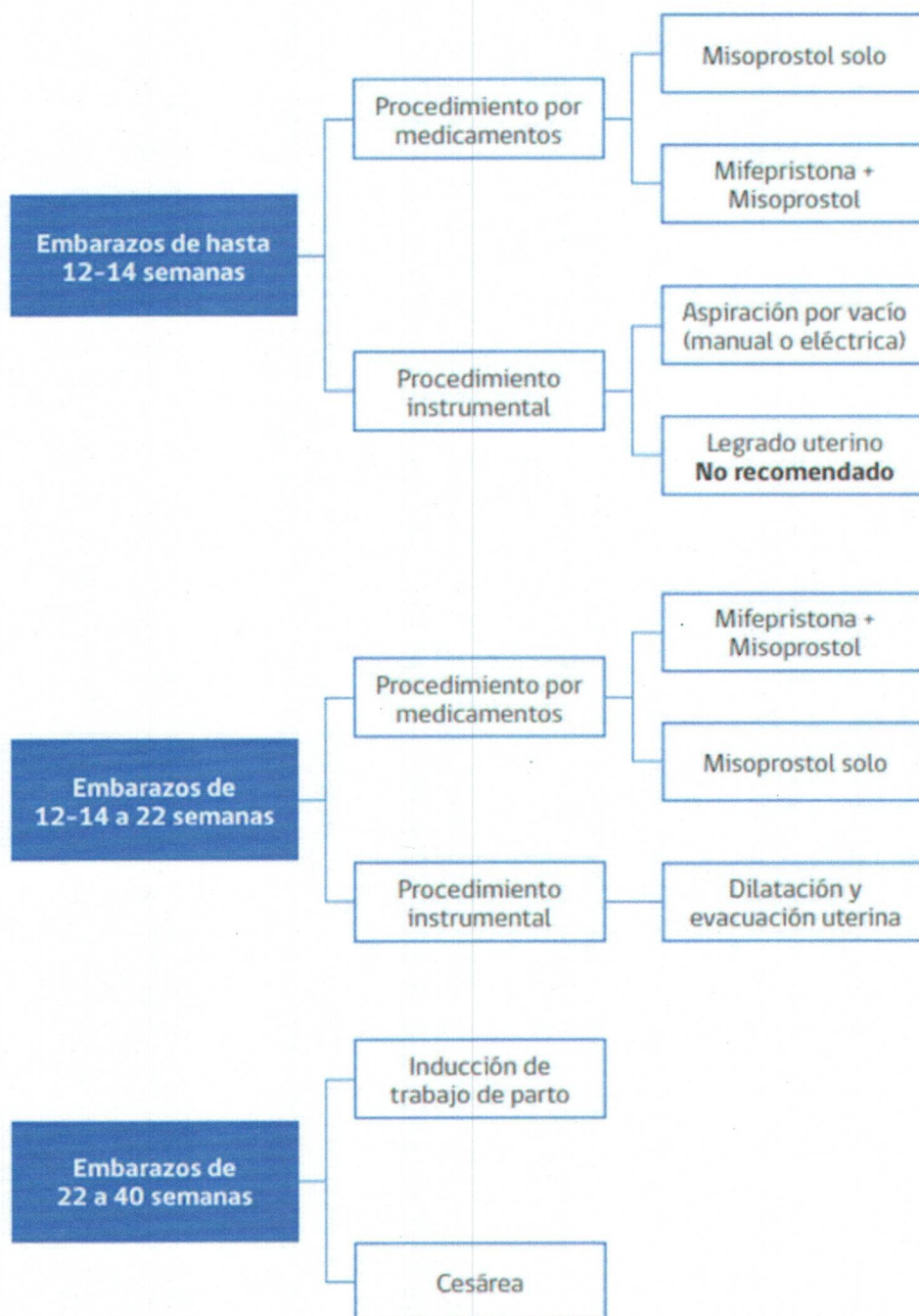
Una vez establecida la causal que fundamenta la interrupción, se requiere la decisión informada de la mujer y su consentimiento informado. Además, considerar las condiciones locales de la red asistencial y las competencias de los profesionales en el método a utilizar.

Sobre la base de la evidencia internacional disponible en distintas circunstancias, se recomienda la utilización de métodos que proporcionen **mayor seguridad, menores complicaciones y con menor invasión instrumental** sobre la mujer.

EN LA ACTUALIDAD, LOS MÉTODOS RECOMENDADOS SON EL USO DE MEDICAMENTOS Y LA ASPIRACIÓN POR VACÍO. LA TÉCNICA DE DILATACIÓN Y LEGRADO O CURETAJE ES UNA TÉCNICA NO RECOMENDADA.

Los procedimientos descritos en el presente capítulo son utilizados tanto en abortos espontáneos (aborto incompleto, aborto retenido, muerte fetal in útero), como en las interrupciones voluntarias de embarazo por las tres causales aprobadas en la Ley N°21.030.

ESQUEMA N°4: Métodos de interrupción según edad gestacional, basados en protocolos establecidos y utilizados mundialmente.



Condiciones generales

Las condiciones básicas en las cuales se debe desarrollar el procedimiento de Interrupción del embarazo en las mujeres en los centros de salud de especialidad son:

Citar a la mujer en ayunas si se programa pabellón y con una comida ligera en casos de inducción de aborto o parto farmacológico.

Se sugiere idealmente venir acompañada.

En el centro de salud contar con una sala de espera y de atención que permita la privacidad y confidencialidad de la atención. (28)

Contar con una sala o lugar diferenciado para realizar el proceso de atención.

Establecer un monitoreo de signos vitales periódica que permita la pesquisa precoz de sangrado excesivo o dolor.

Contar con los fármacos que le permitan tratar los efectos secundarios esperados (antiinflamatorio, antiespasmódico, antitérmicos, etc.)

Si se decide realizar el procedimiento de **vaciamiento por aspiración endouterina** (sea manual o eléctrica):

La mujer deberá ingresar al pabellón ambulatorio acompañada por un/a matró/a que deberá estar permanentemente a su lado, cuya función principal será contener emocionalmente a la mujer, y explicar el procedimiento realizado, si ella lo desea.

Puede ser acompañada por un adulto significativo según lo establecido en la normativa (29).

La iluminación del pabellón deberá ser tenue, con luz potente sólo en la zona genital en la cual deberá trabajar el equipo obstétrico.

Se recomienda contar en el pabellón con métodos farmacológicos los que deben estar protocolizados y no farmacológicos de manejo del dolor tales como: modificación del ambiente, música, relajación, imágenes, calor local, entre otras (30). Manteniendo una atención integral, respetuosa y centrada en las necesidades de la persona.



Métodos de interrupción del embarazo con medicamentos

La interrupción del embarazo con medicamentos es el procedimiento que logra el vaciamiento uterino completo mediante el uso sólo de medicamentos. Es un método seguro y eficaz, **de elección a cualquier edad gestacional**, si las condiciones clínicas del caso lo permiten y la mujer lo decide, tratando de evitar el uso de los procedimientos quirúrgicos.

Si no se produce el vaciamiento total y se mantienen restos ovulares en el interior del útero, se deberá completar el procedimiento con el método instrumental que se considere más adecuado según las condiciones locales existentes (profesionales capacitados). En este caso, las alternativas a considerar son aspiración manual o eléctrica (33).

Los medicamentos utilizados en la interrupción medicamentosa de un embarazo son:

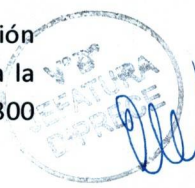
- Mifepristona.
- Misoprostol.
- Oxitocina (inducción de parto).

El uso —solas o acompañadas de otras acciones, primaria o secundaria a ellas— y las dosis respectivas variarán según la edad gestacional.

Por su mayor eficacia, la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, recomienda utilizar el régimen combinado de **mifepristona seguida de misoprostol**; también se ha descrito el uso de misoprostol solo, pero su eficacia es inferior y los efectos colaterales son mayores (34). Ambos productos están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS (35). Será responsabilidad de los directores de servicio y directores de hospital de garantizar los insumos necesarios para las prestaciones de la ley.

Consideraciones previas al procedimiento

- Se debe confirmar un embarazo normotópico, su edad gestacional y descartar un embarazo ectópico concomitante (embarazo heterotópico, de muy rara frecuencia, 1 de cada 1.800 a 2.600 embarazo). Utilizar los medios diagnósticos disponibles, incluida la ecografía transvaginal y/o abdominal (36).
- La mujer debe ser informada de todas las opciones disponibles para la interrupción de embarazo para que pueda tomar una decisión libre e informada (64).
- Si la mujer estaba en control prenatal, verificar clasificación de grupo sanguíneo y factor Rh, y valores de hematocrito, hemoglobina para la detección de anemia. Si no están disponibles, se solicitan antes de realizar el procedimiento, siempre que la espera del resultado no signifique sobrepasar la edad gestacional límite establecida para la interrupción de embarazo (en especial, en la tercera causal).
- La determinación de factor Rh (RhD) y la administración de profilaxis para evitar sensibilización a factor RhD (inmunoglobulina anti-D o anti-Rh) no constituyen requisitos para acceder a la prestación. Diversas guías internacionales han demostrado la utilidad de usar IG anti-Rh-D 300



mg. IM como el mejor método de isoinmunización en mujeres Rh (-) no sensibilizadas, después de las 12 semanas. (37)

- Se recomienda actualizar la toma de exámenes de infecciones de transmisión sexual como VDRL y VIH según norma vigente. (38)
- Si hay signos clínicos de infección, la mujer deberá recibir tratamiento de inmediato y derivación a UNACESS.

Esquemas recomendados para interrupción de embarazo con medicamentos

La recomendación que se debe seguir en los establecimientos de la red pública y privada está basada en un modelo centrado en la atención en el nivel de especialidad, de acuerdo con la estructura de salud del país y los requerimientos que implica la implementación de la Ley N° 21.030. A continuación, se detallan los esquemas de interrupción con medicamentos en las distintas edades gestacionales.

Tabla N°2: Régimenes de administración de medicamentos (37)

Recomendación	Régimen Combinado		Solo misoprostol
	Mifepristona 1-2 días antes.	Misoprostol	Misoprostol
Aborto <12 semanas	200 mg VO.	800 ug. VV, SL o Buc.	800 ug. VV, SL o Buc. *
Aborto >12 semanas	200 mg. VO.	400 ug. VV, SL o Buc. Cada 3 horas. *	400 ug. VV, SL o Buc. Cada 3 horas. *
Aborto Retenido <14 semanas	200 mg. VO.	800 ug. VV, SL o Buc *	800 ug. VV, SL o Buc. *
FMIU 14-28 semanas	200 mg VO	400 ug VV, SL, Buc. Cada 4-6 horas	400 ug. CVV; SL, Buc. Cada 4-6 horas
Aborto Incompleto, con tamaño uterino <14 semanas	Usar Régimen de misoprostol solo.		600 ug. VO o 400 ug. SL.
Aborto Incompleto con tamaño uterino >14 semanas	Usar Régimen de misoprostol solo.		400 ug. SL, Buc. cada 3 horas

VO: Vía Oral, VV. Vía Vaginal, SL: Sublingual, Buc.: Bucal

*Repetir la dosis cada 3 horas si no se ha iniciado el proceso. Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2022 (n.d.). *Directrices sobre la atención para el aborto Resumen ejecutivo* (WHO, Ed.). <http://apps.who.int/bookorders>.

Inducción de parto con medicamentos

La inducción de trabajo de parto prematuro en la primera y segunda causal requiere considerar que la respuesta uterina a los fármacos que estimulan la contractilidad uterina (prostaglandinas,



oxitocina) es menor en comparación a lo requerido en un embarazo de término. La evidencia disponible, señala que la mejor alternativa es el uso de misoprostol oral; es más efectivo que la dinoprostona, lo cual favorece el parto vaginal y reduce las tasas de cesárea. A medida que se acerca el término del embarazo, disminuyen las dosis (39).

Para la inducción con feto vivo no se utiliza mifepristona. Las dosis de misoprostol son de 25-50 ug cada 4 horas vía vaginal o 50-100 ug cada 2 horas vía oral, sobre las 25 semanas. La vía sublingual y bucal no deben utilizarse por el riesgo de taquisistolia (40).

Una vez iniciado el trabajo de parto activo (BISHOP>7) para la mantención y progresión del trabajo de parto, se recomienda seguir con una infusión endovenosa continua de oxitocina.

La inducción farmacológica del parto con misoprostol en portadoras de cicatrices de cesárea anteriores en embarazos menores de 28 semanas no está contraindicada. Sin embargo, requiere una monitorización estricta por posibles riesgos de rotura uterina (41).

Contraindicaciones para interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos (42)

Las contraindicaciones absolutas para una interrupción del embarazo con medicamentos son escasas; en la tabla N°3 se plasman las condiciones en las que debe tenerse especial precaución.

Tabla N°3: Precauciones para una interrupción del embarazo con medicamentos

- Anemia con Hb menor a 9,5 g/dl. (corregir antes del procedimiento)
- DIU in situ (extraerlo antes de iniciar tratamiento).
- Embarazo ectópico.
- Terapia prolongada con corticoesteroides. (usar solo misoprostol)
- Insuficiencia suprarrenal crónica. (usar solo misoprostol)
- Coagulopatías conocidas o tratamiento anticoagulante en curso. (revertir anticoagulación)
- Intolerancia o alergia a la mifepristona.
- Insuficiencia hepática y/o renal severa.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- Hipertensión descompensada.
- Enfermedad cardiovascular descompensada (angina de pecho, enfermedad valvular, arritmia o falla cardíaca).
- El *misoprostol* no debe ser usado en mujeres con alergia o intolerancia al misoprostol. El asma no es una contraindicación para su uso (43).

Efectos colaterales

Las mujeres que opten por un vaciamiento uterino farmacológico antes de las 12 semanas, se espera un sangrado un poco mayor que una menstruación. Tanto la mifepristona como el misoprostol producen contracciones uterinas y sangrado similar a una menstruación prolongada (33).



El primer día es esperable fiebre y dolor abdominal por el efecto de las prostaglandinas. Otros efectos colaterales asociados al uso de mifepristona y misoprostol incluyen náuseas, vómitos, diarrea, cefalea y mareos (44). Estos síntomas deben ser advertidos a la mujer y en general son bien tolerados con tratamiento sintomático con antitérmicos y analgésicos (ketoprofeno o ibuprofeno vía oral Ibuprofeno), antieméticos (metoclopramida - ondansetrón) en caso de náuseas y antiespasmódicos. Se recomienda que los días de tratamiento se mantenga en reposo relativo y con régimen liviano.

Los profesionales deben ofrecer a las mujeres las distintas vías de administración del misoprostol, informando sobre la eficacia, el intervalo de tiempo y los efectos adversos. Diversas investigaciones han mostrado que las mujeres informadas prefieren la vía oral por sobre la vaginal (45).

Régimen de misoprostol solo

Por sus efectos uterotónicos y de modificación del cuello uterino, el uso del misoprostol es útil y seguro en obstetricia y ginecología.

El uso del misoprostol solo, sin mifepristona, tiene menor eficacia.

El régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de 72% a 91% a las 24 horas y tasas de complicaciones graves de menos del 1%. El intervalo promedio hasta la finalización del aborto es de 10 a 15 horas después de iniciar el misoprostol, aunque algunas personas necesitan varios días para lograr aborto completo (Ipas 2023). El tiempo para completar la evacuación uterina es más prolongado, el procedimiento es más doloroso y está asociado a más efectos gastrointestinales que cuando se asocian ambos medicamentos (46). Las tasas de eficacia del misoprostol en vaciamiento uterino hasta las 12 semanas sobrepasan el 85%.

El misoprostol puede administrarse por 5 vías (Esquema N°4): oral, bucal, sublingual, vaginal y rectal; cada una tiene sus particularidades, tanto farmacocinéticas como en eficacia y posibles efectos (47).



Esquema N°5: Vías de administración de misoprostol

Oral	•Es rápidamente absorbido, sin embargo, se acidifica rápidamente por el efecto del primer paso hepático. En el plasma los niveles se elevan rápidamente, llegando al peak alrededor de los 30 minutos, declinando rápidamente a los 120 minutos, manteniéndose bajo desde ahí.
Vaginal	•Se encontró que sería más efectiva que la administración oral ya que la concentración plasmática aumenta gradualmente, llegando al peak alrededor de los 70-80 minutos, disminuyendo lentamente, encontrándose presente 6 horas después. El problema es que su coeficiente de variación es muy alto y por lo tanto la absorción de misoprostol se vuelve inconsistente y podemos encontrar tabletas completas muchas horas después. Influye el pH vaginal y el sangrado.
Sublingual	•Se disuelve y absorbe rápidamente y alcanza el peak más alto de todas las vías de administración alrededor de los 30 minutos, pero también es el que decae más rápidamente. Lo que se asocia a más efectos adversos.
Bucal	•Mantener los comprimidos entre las mejillas y las encías; es muy similar a la vía vaginal, con un peak a los 75 minutos y mantención de los niveles 50% más bajos, la efectividad en relación con la vía sublingual fue algo menor, los síntomas adversos fueron similares en ambos grupos excepto en la fiebre y escalofríos donde la vía bucal fue significativamente menor (48).
Rectal	•Utilizada comúnmente para manejo de la hemorragia post parto. Su curva es similar a la vaginal, y su biodisponibilidad es 1/3 menor y su absorción es errática, con un peak entre los 20 minutos en casos de compromiso de conciencia puede ser preferible a la vía sublingual (49).



El régimen de misoprostol en primer trimestre recomendado por los organismos internacionales especializados (OMS, FIGO, FLASOG) es de 800 µg, administrados por vía vaginal, sublingual o bucal (vestibular). Si no se logra la evacuación uterina completa, se puede repetir la dosis con un intervalo de 3 horas o más, no existen dosis máximas recomendadas de misoprostol (50).

En edades gestacionales más avanzadas las dosis deben ser repetidas hasta la expulsión completa. Existen reportes clínicos donde se puede lograr la expulsión completa sin comprometer la salud materna hasta en 72 horas (41).

Teratogenicidad

Hasta la fecha no existe evidencia de un efecto teratogénico de la mifepristona (51).

En relación con el misoprostol, la evidencia sugiere que puede causar anomalías congénitas cuando se usa en el primer trimestre del embarazo, posiblemente por contracciones uterinas que reducen el flujo sanguíneo durante la organogénesis. Las malformaciones descritas asociadas incluyen defectos de los huesos frontales o temporales y anomalías de las extremidades con o sin síndrome de Möbius (52).

La exposición al misoprostol está asociada con un pequeño aumento en el riesgo de malformaciones si la persona continúa con el embarazo y decide no interrumpirlo. A las personas cuyo embarazo continúa después de administrado el misoprostol se les debe ofrecer consejería sobre el riesgo de anomalías congénitas si deciden llevar el embarazo a término. Aunque la tasa de exposición al misoprostol es más alta en niños que nacen con defectos característicos, como el síndrome de Möbius, dado que las anomalías son tan raras, existe en general un bajo riesgo de que una mujer que toma misoprostol antes de las 13 semanas de gestación y lleva su embarazo a término tenga un hijo con una malformación congénita relacionada con la exposición al misoprostol. El riesgo de malformación relacionada con la exposición al misoprostol es menor de 10 por cada 1000 exposiciones.

Consideraciones posteriores

Tener en cuenta las siguientes consideraciones clínicas:

- Todas las mujeres deben recibir medicación para el dolor. Los antiinflamatorios no esteroidales inhiben la síntesis de prostaglandinas, pero no bloquean la acción de los receptores de prostaglandinas, por lo que no inhiben su acción para que éstas interrumpen el embarazo con medicamentos. Entre los antiinflamatorios no esteroidales, el ibuprofeno es el medicamento de elección para el manejo del dolor en una interrupción de embarazo con medicamentos, siendo más eficaz que el paracetamol (83).
- La infección uterina después de una interrupción de embarazo con medicamentos es infrecuente (0,9%) por lo tanto, no se recomienda realizar profilaxis antibiótica (53).
- Las mujeres deben acceder a asesoramiento y atención de urgencia ante sospecha de posibles complicaciones (hemorragia, fiebre, dolor).



- Se debe realizar consejería en anticoncepción si no se realizó previamente (37).

No es necesario realizar un seguimiento sistemático después de un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones, si la persona dispone de información adecuada sobre cuándo debe solicitar atención y ha recibido los suministros o la información adecuados para satisfacer sus necesidades en materia de anticoncepción. No obstante, puede ofrecerse una visita de seguimiento opcional entre 7 y 14 días después de la intervención, para ofrecer servicios de anticoncepción, apoyo emocional y gestión de cualquier problema médico.

Si la mujer decide acudir a la cita de seguimiento, debe utilizarse ese contacto para:

- Evaluar recuperación e indagar sobre cualquier signo o síntoma de embarazo en curso.
- Revisar todos los historiales médicos y documentos de derivación disponibles.
- Preguntar sobre los síntomas experimentados desde el procedimiento.
- Realizar un examen físico específico si es necesario para evaluar cualquier tipo de dolor o molestia.
- Evaluar los objetivos de fertilidad de la paciente y la necesidad de anticoncepción.
- Si no se proporcionó ni se inició ningún método anticonceptivo en el momento del aborto, es necesario proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, ofrecer asesoramiento y prestar los servicios necesario en la materia, si así lo desea la mujer. Si ya ha empezado a utilizar un método anticonceptivo, es necesario evaluarlo y resolver cualquier duda o reabastecer los suministros requeridos.

Fertilidad futura

La evidencia no muestra diferencias significativas en relación con el riesgo de parto prematuro y recién nacidos con bajo peso al nacer, cuando se compara entre las mujeres que tuvieron una interrupción del embarazo con medicamentos con las que utilizaron métodos quirúrgicos. Además, paradójicamente se evidenció que mujeres con aborto previo con mifepristona tuvieron menos probabilidades de tener un parto prematuro en comparación con aquellas que nunca habían estado embarazadas (54).



Protocolo para el uso de medicamentos

- Informar a las mujeres la condición que constituye la causal de interrupción de embarazo en su caso, indicando los métodos de interrupción disponibles.
- La decisión sobre su gestación (ya sea continuar el embarazo u optar a la interrupción de éste por medicamentos) es autónoma, y debe adoptarse de manera informada, a partir de información clara y oportuna, libre de coerción, entregada por el equipo de salud tratante y del acompañamiento brindado por la dupla psicosocial,
- Una vez confirmada la decisión de la mujer, se le debe solicitar la firma del consentimiento informado.
- Régimen de mifepristona y misoprostol: es eficaz y seguro para la interrupción voluntaria del embarazo el régimen combinado es el "Gold standard", pero en ausencia de mifepristona el misoprostol solo es una alternativa también segura y eficaz.
- La mujer puede retirarse a su casa poco después de recibir mifepristona, informada que, una vez iniciada la ingesta misoprostol, no se recomienda suspenderlos por los posibles efectos teratogénicos de los medicamentos utilizados.
- En aquellas mujeres en que el Establecimiento de Salud se encuentre lejos de su domicilio, o se consideren situaciones sociales particulares, se recomienda su hospitalización para entregar una atención oportuna y adecuada en caso de producirse un sangrado mayor al esperado, o cualquier otra sintomatología asociada.
- Toda interrupción de embarazo con medicamentos, de segundo y tercer trimestre se realizará con hospitalización.
- Se debe informar en forma verbal y escrita los síntomas que deben hacer consultar a la mujer en caso de alguna complicación.



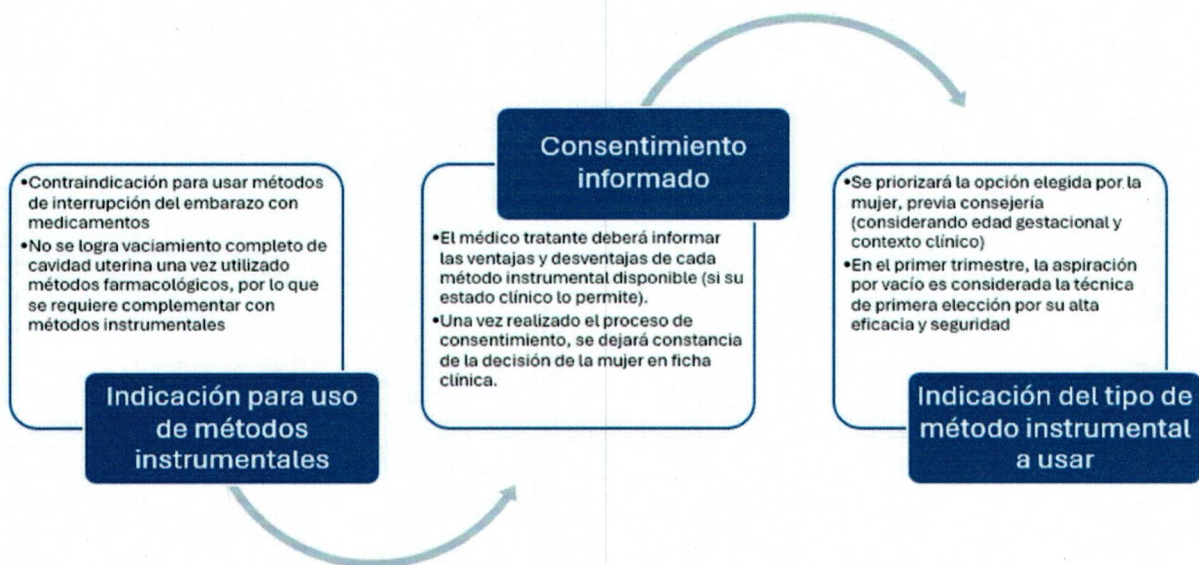
Métodos quirúrgicos de interrupción del embarazo

Los métodos instrumentales para el vaciamiento uterino son: aspiración manual o eléctrica, y dilatación y evacuación (D&E), que se realizan a través del cuello uterino. A estos se suma, en el tercer trimestre, la cesárea.

La interrupción del embarazo instrumental consiste en el vaciamiento del útero mediante aspiración por vacío (usando jeringa manual, o bomba eléctrica). **La OMS recomienda la aspiración por vacío como la técnica quirúrgica de primera elección para la interrupción del embarazo de primer trimestre por su alta eficacia y seguridad (37).**

La dilatación y curetaje (D&C), de acuerdo con la evidencia científica disponible, es un procedimiento de mayor riesgo, más traumático para la mujer, eventualmente puede dejar más secuelas a nivel cervical (34). Por ello no se recomienda su uso y se hace necesario su reemplazo por aspiración manual o eléctrica.

Esquema N°6: Criterios para usar un método instrumental.



JEFFERSON
D. PRECE

1. Aspiración por vacío

La aspiración por vacío consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica, unida a una fuente de vacío. En el caso de la aspiración manual, el vacío se genera mediante un aspirador plástico (jeringa) de 60 ml, sostenido y activado manualmente por el operador. Los aspiradores disponibles se ajustan a distintos tamaños de cánulas de plástico y para cada procedimiento, se debe elegir la cánula de tamaño adecuado según la edad gestacional y la dilatación del cuello uterino.

La indicación de la aspiración por vacío es un procedimiento seguro y eficaz cuando se utiliza dentro de los rangos gestacionales indicados bajo los criterios clínicos apropiados.

Un grupo de especial cuidado son las personas menores de 17 años en quienes, si bien se ha descrito que la aspiración por vacío es eficaz y segura, se ha descrito un mayor riesgo de lesión cervical durante el procedimiento, por lo que se recomienda considerar la preparación adecuada del cuello uterino previo a la aspiración, conforme a las recomendaciones clínicas vigentes (55).

Examen bimanual (tacto ginecológico)

El examen bimanual es un paso rutinario antes de cualquier procedimiento intrauterino y es recomendado por la OMS. El examen bimanual informa sobre el estado del embarazo, la edad gestacional, la presencia de infección, anomalías anatómicas y la posición uterina, que influyen en la toma de decisiones durante los procedimientos intrauterinos.

Se puede realizar un ultrasonido para ayudar a definir la edad gestacional, pero éste no sustituye el examen bimanual antes de un procedimiento intrauterino. La determinación del tamaño uterino puede mejorar la técnica de aspiración pues permite determinar mejor el tamaño de la cánula a utilizar, el conocimiento de la posición uterina ayuda al operador a evitar complicaciones, en especial una perforación.



Dilatación cervical

La preparación del cuello es una intervención previa, para su reblandecimiento y dilatación, con agentes farmacológicos como la mifepristona o el misoprostol, que facilita la aspiración, reduciendo la necesidad de dilatación mecánica y permitiendo que el procedimiento sea más rápido y sencillo (56).

Resulta especialmente beneficioso para mujeres adolescentes, jóvenes, nulíparas, con anomalías cervicales, con cirugía previa del cuello uterino, por el alto riesgo de complicaciones que podrían presentarse. También podría facilitar el procedimiento en profesionales que tienen menos experiencia (57).

Para los abortos quirúrgicos durante el primer trimestre, la dilatación cervical puede realizarse en forma eficaz con la administración de 400 µg de misoprostol por vía vaginal 3 horas antes del procedimiento, o por vía bucal (vestibular) o sublingual entre 1 a 3 horas antes (56). Se prefiere la vía sublingual por su eficacia y menor latencia, aun cuando presenta más efectos colaterales gastrointestinales.

No se recomienda la administración oral del misoprostol para la preparación cervical, por el hecho de que, a pesar de su eficacia, se requieren dosis más elevadas y períodos de tratamiento más prolongados (8-12 horas).

El uso de 200 mg. de mifepristona 1 a 2 días antes de la aspiración tiene mayor eficacia que el misoprostol solo, pero añade tiempo y costos al procedimiento.

El uso de dilatación muestra similares tasas de eficacia que el misoprostol, pero la colocación de estos elementos implica más dolor, es un procedimiento más largo y reduce la satisfacción de las mujeres (58).

Tabla N°3: Recomendaciones para la preparación cervical.

Alternativas recomendadas para la preparación cervical antes de las 12 semanas de gestación.			
Medicamento	Dosis	Vía	Tiempo de administración
Mifepristona	200 mg	Oral	24 a 48 horas antes
Misoprostol	400 µg	Sublingual	1 a 2 horas antes
Misoprostol	400 µg	Vaginal o bucal	2 a 3 horas antes
- La vía sublingual es más eficaz para la administración de misoprostol. - Debe administrarse la medicación adecuada para el dolor.			

Fuente: OMS, 2022(59).



Para los abortos quirúrgicos en edades gestacionales mayores.

- Para el aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas: Se sugiere la preparación del cuello uterino antes del procedimiento.
- Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas: Se sugiere la preparación del cuello uterino solamente con medicación (se prefiere una combinación de mifepristona y misoprostol).

Profilaxis antibiótica

La administración de profilaxis antibiótica antes de la aspiración uterina en el primer trimestre disminuye considerablemente el riesgo de infección postaborto (60). La OMS y otras organizaciones científicas (61,62) recomiendan el uso profiláctico de antibióticos en todas las gestantes a quienes se les va a practicar un aborto quirúrgico.

La profilaxis antibiótica ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir el riesgo de infección asociado a los procedimientos de interrupción del embarazo. En este contexto, se recomienda su administración previa al procedimiento, no siendo necesario prolongar el tratamiento antibiótico más allá del período inmediato posterior su realización (63). Asimismo, debe resguardarse que la disponibilidad de estos fármacos no condicione ni retrase el acceso oportuno a la atención.

En relación con los esquemas de profilaxis antibiótica (Tabla N°4), se recomienda la administración de una dosis única de nitroimidazoles (metronidazol o tinidazol), tetraciclinas (doxiciclina) o macrólidos (azitromicina), considerando su eficacia clínica, disponibilidad por vía oral y adecuado perfil de seguridad (63).

Si al momento de realizar el procedimiento, se pesquisan signos de infección de transmisión sexual, la mujer debe tener acceso inmediato a confirmación diagnóstica y tratamiento de acuerdo con las Normas de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (38). El tratamiento de estas infecciones no debe retrasar el vaciamiento uterino.



Tabla N°4: Regímenes recomendados para la profilaxis antibiótica del aborto quirúrgico.

Regímenes Comunes	Recomienda
Doxiciclina 200 mg VO. ó Azitromicina 500 mg VO. ó Metronidazol 500 mg VO. previo al procedimiento	Federación Americana de Planificación Familiar (PPFA), 2016
Doxiciclina 200 mg. VO no más de 2 horas antes del procedimiento.	Colegio Real de Obstetricia y Ginecología (RCOG), 2022
Doxiciclina 200 mg VO dentro de 1 hora antes del procedimiento.	Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, ACOG, 2018

Fuente: Elaboración propia MINSAL 2023.

Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres que se someten a una aspiración uterina sienten dolor durante el procedimiento, el cual podría ser subestimado por el personal de salud. El grado del dolor varía según la edad, la paridad, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la mujer. Condiciones como edad y paridad, así como mayor experiencia por parte del profesional disminuyen el dolor durante la evacuación uterina. Un procedimiento más breve está asociado con menos dolor.

a) Manejo no farmacológico del dolor

El asesoramiento y un tratamiento comprensivo (acompañamiento) podrían reducir los temores y la percepción de dolor de la mujer, como se ha informado en el caso de mujeres tratadas por un aborto incompleto. Las técnicas de relajación no farmacológicas pueden conducir a procedimientos más breves y a una menor necesidad de medicamentos para el dolor. Escuchar música o la aplicación de calor local, podría reducir el dolor durante el procedimiento quirúrgico de evacuación (64). La persona que realiza el procedimiento y el personal presente deben mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. En lugares donde sea posible, y si la mujer lo desea, también puede ayudar la compañía de quien la apoye, como el esposo o pareja, un miembro de la familia, una amiga o quien desee, la acompaña durante el procedimiento.

Las mujeres califican positivamente a las intervenciones no farmacológicas y recomiendan su uso, en particular las que incluyen a personas dedicadas a brindar apoyo (65).

No obstante, lo anterior, los enfoques no farmacológicos no reemplazan las medidas de alivio farmacológico del dolor cuando la mujer lo solicite, son complementarias entre sí.



b) Manejo farmacológico del dolor

El uso de antiinflamatorios no esteroideos, como el Ibuprofeno, 30 minutos previo a la aspiración, administrados por vía oral o intramuscular (66), disminuye el dolor (incluidas las contracciones uterinas) durante y después del procedimiento. El uso previo de analgésicos narcóticos también alivia el dolor, pero es probable que sea menos eficaz que los antiinflamatorios no esteroideos y podrían aumentar las náuseas posoperatorias. Los ansiolíticos usados por vía oral podrían disminuir la ansiedad relacionada con el procedimiento, pero no alivian el dolor y pueden provocar amnesia en algunas mujeres.

• Anestesia para aborto quirúrgico

De manera similar al aborto médico, la OMS propone para el tratamiento del dolor en el aborto quirúrgico, **independiente de la edad gestacional**, lo siguiente:

La anestesia general se ha asociado previamente a mayores riesgos clínicos. En comparación con la anestesia local, se han evidenciado mayor tasa de hemorragias, mayores costos de atención, una mayor estadía hospitalaria y un aumento de la morbilidad (67). Si el cuadro clínico o la paciente lo ameritan, lo ideal sería considerar una anestesia en base a Propofol y un opioide de corta acción (como fentanilo), en lugar de una anestesia inhalatoria con gases halogenados, pues esta última podría aumentar las pérdidas hemáticas (62,68).

Para el tratamiento del dolor en caso de aborto quirúrgico **antes de las 14 semanas**:

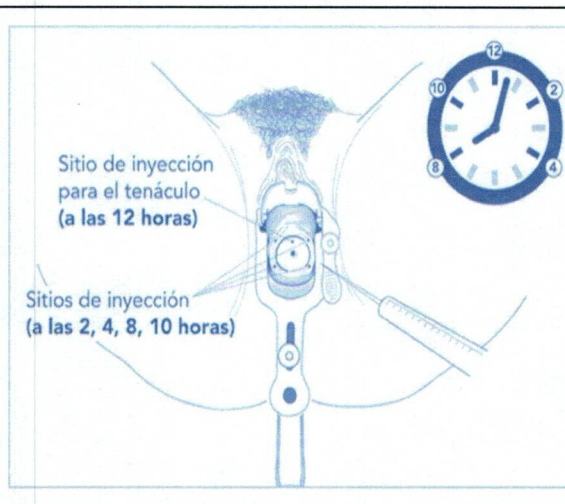
El uso de anestesia cervical tiene suficiente evidencia para recomendarse en sus alternativas con o sin anestesia, tiene la ventaja adicional y el efecto analgésico es que se le dé sin el apoyo de anestesista. La recomendación de OMS recomienda su uso para los abortos quirúrgicos y la preparación cervical previo a la intervención (69). La técnica de anestesia para cervical, los medicamentos y las dosis a utilizar pueden ser potencialmente mortales si son usados de manera excesiva o por profesionales no capacitados en las potenciales complicaciones, por lo que cuando se realiza una infiltración cervical deberá ser realizado por médicos capacitados, se deben seguir los siguientes pasos:



Esquema N°7: Técnica de anestesia paracervical.

Realizar el bloqueo para cervical

- Es necesario colocar el bloqueo para cervical antes de realizar la AMEU.
- Realice el bloqueo para cervical con 20 ml de solución de lidocaína al 1%, o 10 ml de solución de lidocaína al 2%. Inyecte una pequeña cantidad de lidocaína (1 o 2 ml) en el cérvix, donde se colocará el tenáculo (a las 12 horas). Inyecte la lidocaína restante en cantidades iguales en la unión cervicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas. Aspire siempre antes de inyectar para evitar la inyección intravascular de lidocaína.



Fuente: Actualizaciones clínicas de Ipas. Disponible en el siguiente link: <http://www.ipas.org/actualizacionesclinicas> (33)

Tabla N°5: Anestésicos Locales

Medicamento	Potencia	Concentración (%)	Dosis máxima (mg)	Duración (min)
Lidocaína	Intermedia	0,5 - 1,0	300	30-60
Bupivacaína	Alta	0,25-0,50	175	120-240

Fuente. Tabla confeccionada a partir de: Philipp Lirk y Charles B. Berde. (2021). Anestésicos Locales. En: Miller, Anestesia (9na ed., pp. 865-890), Elsevier España (70)

Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico a **partir de la semana 14:**

La dilatación y evacuación es la técnica quirúrgica más segura y eficaz para el aborto de segundo trimestre. Esto requiere la preparación del cuello del útero mediante dilatadores o agentes farmacológicos, y la evacuación del útero principalmente con pinzas no traumáticas. Esto conlleva un aumento tanto en la intensidad como duración del dolor asociado al procedimiento, lo que se traduce en la necesidad de mayor analgesia y una variación en las técnicas requeridas para esto. Sin embargo, la evidencia es escasa respecto al manejo del dolor en este grupo, por lo que expertos recomiendan adaptar las medidas aplicadas para el manejo quirúrgico de abortos de primer trimestre en los casos de aborto de segundo trimestre.

- **Sedación**

La decisión de uso de sedación se basa en las condiciones de la mujer y debe ser parte de un manejo personalizado y las habilidades que tengan para el manejo por parte del equipo de salud.

Se ha asociado el uso de sedación con puntuaciones medias de dolor más bajas y un mayor grado de satisfacción en este grupo de pacientes. Sin embargo, su uso puede conllevar un mayor riesgo cuando no se administran de manera segura o por un profesional no entrenado para el manejo de eventuales complicaciones (71).

La guía de la Federación Nacional del Aborto (NAF) 2020(71)) plantea lineamientos con respecto al uso de sedación en el manejo de un aborto, basándose principalmente en el grado de depresión que estos medicamentos generan en el sistema nervioso central (SNC). Plantean además que tanto la sedación profunda como la anestesia general, debieran ser ofrecidas por proveedores equipados con medicamentos y equipos de emergencia para el manejo de complicaciones derivadas de la anestesia, apegándose a lineamientos publicados por organizaciones como la Sociedad Canadiense de Anestesiólogos (CSA) o la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA).

Esta última define la sedación como un continuo, cuyos niveles serán definidos por el nivel de respuesta, la mantención de la vía aérea y la ventilación espontánea, y la función cardiovascular.

Tabla N°6: Continuo de Sedación propuesto por la Sociedad Americana de Anestesiología.

	Sedación Mínima ("Ansiolisis")	Sedación/Analgesia Moderada ("Sedación Consciente")	Sedación/ Analgesia Profunda	Anestesia General
Respuesta a estímulos	Respuesta normal al estímulo verbal.	Respuesta deliberada* al estímulo táctil o verbal.	Respuesta deliberada* ante un estímulo reiterado o doloroso.	No despierta incluso con estímulos dolorosos.
Vía Aérea	No afectada.	No requiere intervención.	Puede requerir intervención.	Con frecuencia requiere intervención.
Ventilación Espontánea	No afectada.	Adecuada.	Puede ser inadecuada.	Frecuentemente inadecuada.
Función Cardiovascular	No afectada.	Usualmente mantenida.	Usualmente mantenida.	Puede estar deteriorada.

*El reflejo de retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta deliberada.

Fuente: Tabla traducida de: American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation, definitions of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. 2019 (72).



Para propósitos de esta norma técnica las recomendaciones se centran en la provisión segura de métodos farmacológicos por no anestesiólogos y en establecimientos donde la atención es ambulatoria. Como la sedación es un proceso continuo, no siempre es posible predecir cómo responderá una paciente en particular. Por tanto, los proveedores que buscan cualquier nivel de sedación deberían también poder rescatar a pacientes cuyo nivel de sedación sea más profundo del que se pretendía lograr originalmente. Entre las complicaciones asociadas a esto están principalmente la hipoventilación, la hipoxia o la hipotensión.

Se recomienda utilizar el siguiente cuadro como guía para el empleo de medicamentos usados comúnmente en la sedación moderada.

Tabla N°7: Sedación Moderada

Medicamento	Dosis inicial habitual	Dosis inicial máxima	Dosis en aumento habitual	Dosis en aumento máxima
Fentanilo	50-100 mcg.	200 mcg	50-100 mcg	100 mcg
Midazolam	1-3 mg	4 mg	1-2 mg	2 mg

Fuente: Tabla extraída de: *Guía de Prácticas clínicas para la Atención del Aborto de la National Abortion Federation* (71)

Este esquema de sedación junto con un bloqueo para cervical es superior en el manejo del dolor que el bloqueo por sí solo (73).

Con el fin de que la sedación sea segura es importante considerar:

- Informar a la paciente los riesgos, beneficios y posibles efectos adversos de los medicamentos que se van a utilizar.
- Evaluación previa de la paciente: historia clínica relevante, medicamentos de uso habitual y un examen físico integral que considere examen cardiovascular, pulmonar y de vía aérea. Si se anticipa que el manejo de la vía aérea será complejo, o que las comorbilidades del paciente podrían dificultar la sedación, se recomienda delegar ésta a un Anestesiólogo u otro especialista entrenado en reanimación.
- Riesgo de aspiración y necesidad de ayuno previo: Si el riesgo de aspiración es bajo y la sedación será moderada, el tiempo de ayuno no debe retrasar el procedimiento.
- Debe monitorizarse con oximetría de pulso y proporcionar oxígeno suplementario.
- Debe monitorizarse la función cardiovascular, respiratoria y neurológica.
- El proveedor a cargo de la sedación no debe ser el mismo que realiza el aborto. Debe estar capacitado para monitorear adecuadamente los parámetros fisiológicos y no desempeñar ninguna otra responsabilidad mientras se realiza.
- Contar con fármacos que contrarresten el efecto de los medicamentos usados; es decir, naloxona y flumazenil.



Protocolo de Aspiración manual endouterina (AMEU)

Criterios de Inclusión de AMEU

- Paciente con consentimiento informado firmado y que acepte el procedimiento.
- Presencia de profesional médico entrenado en la técnica del AMEU.
- Edad gestacional hasta las 13 + 6 semanas.
- En edad gestacional mayor a 14 semanas debe realizarse la evacuación farmacológica y en caso de sospecha de aborto incompleto se puede completar mediante aspiración.
- Paciente con diagnóstico de mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino.
- Paciente con diagnóstico de aborto séptico, con cobertura antibiótica.

Criterios de Exclusión de AMEU

- Paciente no acepta el procedimiento o no firma el consentimiento.
- Falta de profesional médico entrenado en la técnica del AMEU.
- Paciente con edad gestacional mayor de 14 semanas sin expulsión fetal previa.

Condiciones para realizar un AMEU

El procedimiento de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) lo deberá realizar un médico Ginecobstetra capacitado en esta técnica. Se deberá realizar en un pabellón, lo que dependerá del número de semanas de la gestación y de las condiciones clínicas de la paciente.

Deberá contar con un equipo conformado por un/a matró/a que asista y apoye directamente a la mujer, y un/a auxiliar de pabellón que asista al médico/a en el procedimiento y el equipo de anestesia. Idealmente se contará de un profesional de anestesia que realice sedación de la mujer, en particular en los casos de Tercera causal en que sea evaluado como necesario. La paciente deberá estar en ayunas de a lo menos 4 horas, y deberá contar con una vía venosa permeable.

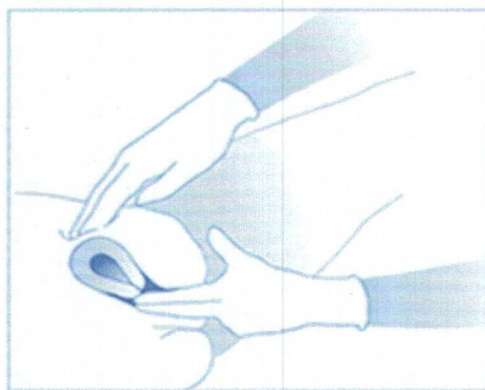


Procedimiento AMEU

- **Paso 1: Preparar a la paciente**

1. Administre medicamentos para el dolor antes del procedimiento, de manera que tengan efecto máximo cuando inicie el procedimiento.
2. Administre profilaxis antibiótica a todas las mujeres o terapéuticos en caso de aborto séptico.
3. Pida a la mujer que vacíe la vejiga.
4. Realizar examen bimanual para confirmar el tamaño y la posición del útero.
5. Excepcionalmente, puede utilizarse como apoyo una ecografía intraoperatoria.
6. Introduzca el espéculo de manera suave e identifique el cuello uterino.

Imagen N°1: Referencia de examen bimanual

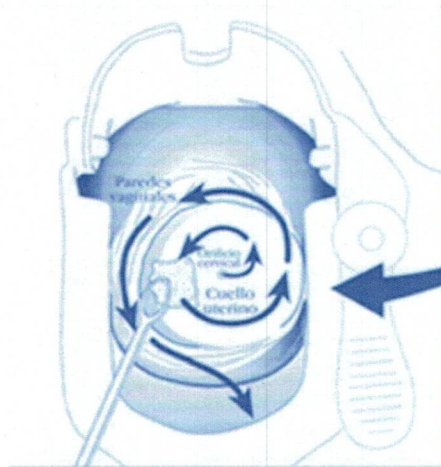


Fuente: IPAS, actualizaciones clínicas en salud reproductiva, 2023 (74)

- **Paso 2: Aseptización cervical**

1. Utilice una gasa empapada en antiséptico para limpiar el orificio cervical.
2. Comience en el orificio cervical con un movimiento en espiral hacia fuera sin volver sobre las mismas áreas. Continúe hasta que el orificio cervical esté completamente cubierto de antiséptico.

Imagen N°2: Referencia de aseptización cervical



Fuente: IPAS, actualizaciones clínicas en salud reproductiva, 2023 (74)

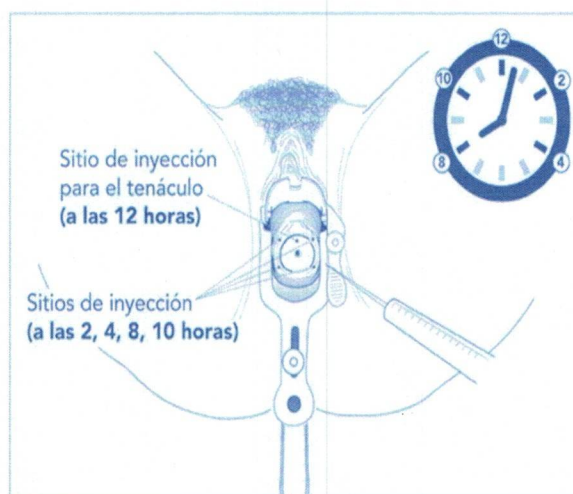
- **Paso 3: Uso de anestesia regional**

Los establecimientos deben establecer protocolos para mitigar el dolor; considerando dentro las alternativas anestesia neuroaxial, endovenosa o paracervical.

Bloqueo paracervical: Es necesario colocar el bloqueo para cervical antes de realizar la AMEU.

1. Realice el bloqueo para cervical con 20 ml de solución de lidocaína al 1%, o 10 ml de solución de lidocaína al 2%. Inyecte una pequeña cantidad de lidocaína (1 o 2 ml) en el cérvix, donde se colocará el tenáculo (a las 12 horas). Inyecte la lidocaína restante en cantidades iguales en la unión cervicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas. Aspire siempre antes de inyectar para evitar la inyección intravascular de lidocaína.

Imagen N°3: Referencia de bloqueo paracervical



Fuente: IPAS, actualizaciones clínicas en salud reproductiva, 2023 (74)

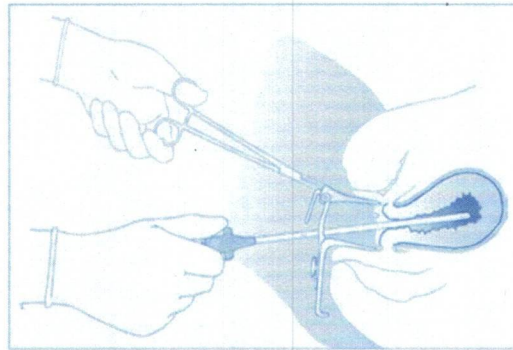
- **Paso 4: Dilatar el cérvix**

2. Utilizar medicamentos para la preparación cervical para evitar la dilatación mecánica.
3. Use la técnica de no tocar cuando dilate el cérvix y durante la aspiración. Los instrumentos que se introducen en la cavidad uterina no deben tocar, la piel de la paciente, las paredes vaginales de la mujer o partes no estériles de la bandeja de instrumental antes de su inserción a través del cérvix.

- **Paso 5: Introducir la cánula**

2. A medida que ejerce tracción usando el tenáculo, introduzca la cánula a través del cérvix, hasta justo un poco más allá del orificio cervical interno y dentro de la cavidad uterina.
3. No introduzca la cánula de manera forzada.

Imagen N°4: Referencia de introducción de cánula

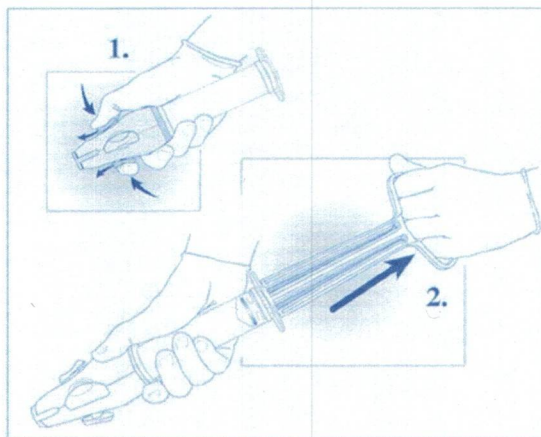


Fuente: IPAS, actualizaciones clínicas en salud reproductiva, 2023 (74)

● **Paso 6: Preparar el aspirador**

1. Coloque el émbolo completamente dentro del cilindro.
2. Ponga el aro de seguridad en su lugar con las trabas metidas en los respectivos orificios del cilindro.
3. Oprima los botones de la válvula hacia abajo y hacia delante hasta que cierren (1).
4. Tire del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia fuera y se enganchen en la base del cilindro (2).

Imagen N°5: Referencia de preparación del aspirador

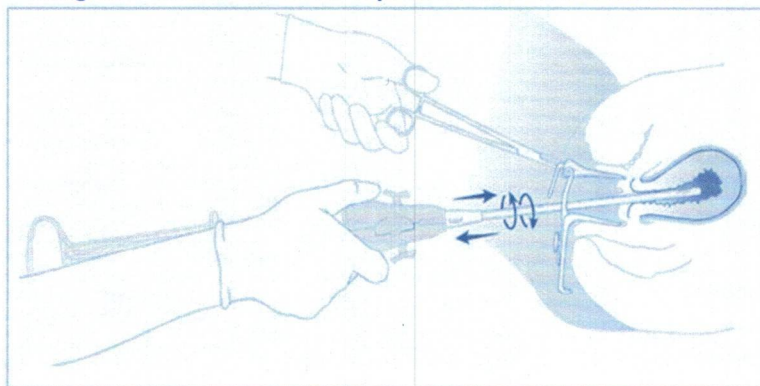


Fuente: IPAS, actualizaciones clínicas en salud reproductiva, 2023 (74)

- **Paso 7: Aspirar el contenido uterino**

1. Conecte el aspirador preparado a la cánula, dirigiendo la cánula a la jeringa y no la jeringa a la cánula.
2. Suavemente llegue hasta el fondo.
3. Oprima ambos botones para liberar el vacío.
4. Evacúe el contenido del útero desplazando suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación de 180° en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento de adentro hacia fuera, y en forma rotatoria.
5. Al finalizar el procedimiento, oprima los botones hacia dentro y hacia delante y desconecte la cánula del aspirador. Otra opción es retirar la cánula y el aspirador sin oprimir los botones.

Imagen N°6: Referencia de aspiración del contenido uterino



Fuente: IPAS, actualizaciones clínicas en salud reproductiva, 2023 (74)

- **Paso 8: Indicios de que el útero se ha vaciado:**

1. Se observa el paso de espuma roja o rosa sin restos ovulares a través de la cánula.
2. Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del útero vacío.
3. El útero se contrae alrededor de la cánula o agarra la cánula.
4. La paciente aqueja cólicos o dolor, lo cual indica la presencia de contracciones uterinas.

- **Paso 9: Efectuar cualquier procedimiento complementario**

Cuando haya concluido el procedimiento, continua con anticoncepción u otros procedimientos, como la inserción de un DIU.

- **Paso 10: Inmediatamente después del procedimiento**

1. Asegúrele a la mujer que el procedimiento ha finalizado.
2. Asegúrese de que alguien la acompañe a la sala de recuperación.
3. Procese el instrumental, o deséchelo, según los protocolos locales.
4. Registre en Ficha Clínica.
5. Informe a la mujer y a su acompañante significativo.



2. Dilatación y Evacuación (D&E)

La D&E consiste en la dilatación del cuello del útero para la evacuación uterina mediante pinzas no-traumáticas (Sopher, o Blumenthal) (75), no es un procedimiento rutinario en nuestro país, he ahí que no existan muchos profesionales capacitados en este procedimiento por lo que después de las 14 semanas y en profesionales no capacitados se sugiere el aborto con medicamentos después de las 14 semanas. El procedimiento requiere de profesionales con experiencia y habilidad, y que dispongan del equipamiento adecuado. Puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo paracervical, antiinflamatorios no esteroideos, o sedación consciente.

Las complicaciones severas con la D&E son raras, el riesgo de perforación del útero es menor del 0,1%. El uso de ultrasonido durante el procedimiento puede reducir el riesgo de perforación, especialmente durante la capacitación en la técnica. Otras complicaciones como hemorragia o infección son poco frecuentes. Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos.

La primera etapa de la D&E es la preparación cervical para lo cual se pueden usar dilatadores o medicamentos como el misoprostol. mientras que el misoprostol se puede usar 3-4 horas antes. La dosis de misoprostol recomendada es 400 mcg. vía bucal o vaginal, y se puede repetir la dosis si la dilatación no es suficiente. Con el misoprostol, con frecuencia hay que usar dilatadores rígidos para llegar a la dilatación necesaria. En la segunda etapa del procedimiento se usan pinzas no-traumáticas para remover el tejido a través del cérvix. Las complicaciones severas con la D&E son raras, el riesgo de perforación del útero es menor del 0.1%. El uso de ultrasonido durante el procedimiento puede reducir el riesgo de perforación, especialmente durante la capacitación inicial del proveedor.

3. Cesárea

Cuando en un embarazo de tercer trimestre existen contraindicaciones formales para una inducción medicamentosa, o esta fracasa dentro de los plazos aceptables, se realiza una operación cesárea. Por tratarse de una técnica de uso frecuente en obstetricia, su descripción excede del marco de la presente normativa.



USO DE LOS MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD POST INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO

Una mujer puede ovular en los 10 días siguientes a la evacuación uterina, por lo que es importante el inicio inmediato del método anticonceptivo que la mujer escoja, previa entrega de orientación e información (76).

En comparación con los métodos de corta duración, tales como los métodos anticonceptivos orales o inyectables, los métodos anticonceptivos de larga duración, como los implantes y los dispositivos intrauterinos (DIU), tienen tasas más altas de continuidad de uso, satisfacción de la usuaria y tasas más bajas de embarazos repetidos y abortos que otros métodos (77).

Las mujeres que usaron implantes anticonceptivos inmediatamente después de un aborto muestran altas tasas de continuidad de uso con este método (78).

La inserción del DIU inmediatamente después de terminado el vaciamiento uterino o de un aborto completo, es segura y práctica no encontrándose ninguna diferencia en eventos adversos serios, tales como infección o perforación, entre la inserción inmediata y la inserción diferida (79). Las tasas de expulsión fueron levemente más altas con la inserción inmediata del DIU, pero las tasas de continuidad de uso fueron mayores después de la inserción inmediata del DIU. Aquellas mujeres que escogen inserción posterior son menos propensas a concurrir para la inserción del dispositivo y más propensas a tener otro embarazo (80). En algunas realidades geográficas (ruralidad), derivar a las mujeres a una consulta de seguimiento para la inserción del DIU, constituye una barrera significativa e innecesaria para obtener el método.

SE RECOMIENDA PREVIO AL ALTA HOSPITALARIA LA ENTREGA DE CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA Y ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EL CUAL SERÁ ELEGIDO POR LA MUJER.

ADEMÁS, SE DEBERÁ ENFATIZAR LA IMPORTANCIA DE CONTINUIDAD DE CONTROLES DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTO DE APS.

Anticoncepción después de una interrupción del embarazo con medicamentos

En toda mujer que se realiza una interrupción voluntaria del embarazo por cualquiera de las tres causales, previo al procedimiento de vaciamiento, se debe realizar orientación sobre métodos anticonceptivos, para que ella pueda elegir el método que le parece más aceptable; el inicio del



método queda sujeto a decisión de la mujer: en el momento de realizar la interrupción del embarazo, o en forma diferida, en su centro de salud.

En la interrupción voluntaria del embarazo por la tercera causal, junto con alejarla de un potencial nuevo riesgo de violencia sexual, se debe ofrecer a la mujer anticoncepción e iniciar el método si ella lo estima necesario. El método a utilizar debe considerar los Criterios de Elegibilidad de la OMS (CME), con especial consideración a su edad y crecimiento y desarrollo, en el caso de las adolescentes (81).

De acuerdo con los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS todos los métodos anticonceptivos disponibles pueden iniciarse inmediatamente después de una interrupción del embarazo del primer trimestre con medicamentos (82). Los anticonceptivos orales combinados y de progestina sola, los inyectables combinados y de progestina sola, y los implantes subdérmicos, pueden iniciarse el mismo día que se administra el misoprostol. En el caso específico de método inyectable con acetato de medroxiprogesterona o de implante subdérmico, estos podrían interactuar con la mifepristona y disminuir su eficacia, por lo cual se recomienda postergar su inicio y hacerlo junto con la primera dosis de misoprostol (24 a 48 horas después de la mifepristona) en el centro de salud junto a la inserción del implante (83).

En relación con los dispositivos intrauterinos (DIU), debe evaluarse el momento óptimo para su inserción pues no pueden iniciarse antes de constatar la evacuación uterina completa. La evidencia sugiere que la inserción temprana, en los primeros 7 días después de una interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos, no presenta diferencias significativas en cuanto a tasas de expulsión comparada con la inserción tardía (entre 4 a 6 semanas después de una interrupción del embarazo con medicamentos). Sin embargo, las tasas de expulsión son más altas -7% a 11%- en mujeres con inserción tardía, comparadas con las mujeres con inserción inmediata después de una interrupción del embarazo con métodos quirúrgicos. El riesgo de expulsión de un DIU debe ser sopesado con el riesgo de que la mujer no regrese para una inserción tardía (84).

Los métodos basados en los síntomas deben iniciarse «con precaución» (puede ser necesario un asesoramiento especial para garantizar el uso correcto del método en esta circunstancia) y el uso de los métodos basados en el calendario debe retrasarse (hasta que se evalúe el estado; deben ofrecerse métodos anticonceptivos temporales alternativos).

La esterilización quirúrgica, previa solicitud y consentimiento de la mujer, puede realizarse una vez confirmada la evacuación uterina completa.

TODO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEBERÁ ESTAR BASADO EN LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD ESTABLECIDOS POR LA OMS Y EN LA NORMA MINISTERIAL VIGENTE "NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD" DEL AÑO 2017 Y LA ELECCIÓN SERÁ CRITERIO DE LA MUJER CONSIDERANDO LA ADECUADA REALIZACIÓN DE UNA CONSEJERÍA PREVIA.



Tabla N°8: Resumen de las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de OMS 2018.

Método anticonceptivo	Clasificación CME
DIU con cobre (DIU-Cu) o DIU con Levonorgestrel (DIU-LNG)	
Aborto 1er trimestre	1
Aborto 2do trimestre	2
Aborto séptico	4
Implante anticonceptivo subdérmico	
Postaborto	1
Acetato de medroxiprogesterona subcutánea (AMPD-SC)	1
Anticonceptivos orales solo de progestina (POP)	1
Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (orales, vaginales, parches e inyectables)	1

Fuente: World Health Organization. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2018. Para más información revisar la "Norma de regulación de la fertilidad 2017" (81).



SISTEMA DE INFORMACIÓN

Se entiende como “Sistema de Información en Salud” un conjunto de elementos que abarcan desde el diseño de información, la estandarización de datos y el soporte tecnológico hasta la optimización de procesos de trabajo, orientados a recopilar, almacenar, procesar y analizar datos para generar información relevante para la toma de decisiones en las diferentes instancias del sistema de salud. También se consideran funciones de administración centralizadas para velar por la calidad y seguridad de la información, y comunicarla a los grupos de interés correspondientes, para el monitoreo de la implementación de la política pública y el cumplimiento de la ley.

En términos de la confidencialidad y privacidad de la información, cualquier sistema de información se rige por las normas y políticas generales de tratamiento de datos privados que emanan de la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada; de la Ley N° 19.799, sobre Documentos Electrónicos, Firma Electrónica y Servicios de Certificación de dicha firma y la Normativa Técnica de Seguridad de la Información del Sector de la Salud, además de la Ley N° 21.096, que consagra el Derecho a la Protección de los Datos Personales, entre otros cuerpos normativos sobre la especie. A lo anterior, se suman aspectos específicos de la confidencialidad que requiere esta política en particular.

Dada la trascendencia que implica la implementación de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales, es necesario contar con un sistema de información robusto, de cobertura nacional (sistema de salud público y privado), que permita monitorear todos los aspectos relevantes de la implementación de esta política pública, tanto a nivel de proceso de atención, como los resultados obtenidos.

Objetivo general del Sistema de Información

El objetivo del Sistema de Información es recopilar información relevante para la gestión de las redes de atención y el monitoreo y evaluación de la política, identificando claramente la causal de concurrencia de la IVE, la decisión de la mujer, los procedimientos aplicados y los resultados de dichos procedimientos tanto en la mujer como en el feto o recién nacido. Todo ello a través de la captura de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que permiten construir los indicadores de monitoreo y evaluación.

Objetivos específicos del Sistema de Información

De acuerdo con los flujos de atención y necesidades de gestión e información de los diferentes actores del sistema de salud, el Sistema de Información tiene los siguientes objetivos específicos:

- Capturar datos relevantes para caracterizar a la población objetivo que recibe los servicios.
- Identificar y caracterizar los hitos del proceso de atención, incluyendo los puntos de contacto más relevantes: Puertas de Entrada y medir los resultados obtenidos.
- Generar análisis de datos consolidados desde diferentes fuentes complementarias, y así lograr una visión holística y con enfoque de determinantes sociales de la salud para una óptima implementación de la política.



- Producir información de alta calidad para el monitoreo de la política, en base a procesos estandarizados de gestión de información en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
- Poner a disposición información para la gestión de las redes de atención del sistema público y privado de manera oportuna.
- Generar información para el seguimiento de los procesos de atención y resultados a nivel nacional.
- Avanzar en la estandarización de la información para el sector, para facilitar la gestión integrada de los servicios de salud.

Datos a capturar

Según el objetivo del sistema de información, los procesos de atención y el monitoreo de la aplicación de la política, se definió un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que recopila desde los prestadores públicos y privados.

Este CMBD es un subconjunto de los datos que deben registrarse en las fichas clínicas de los centros de atención, conforme a las recomendaciones y procedimientos descritos en los capítulos previos de esta Norma Técnica. La recopilación centralizada de este CMBD responde a las funciones rectora, reguladora y de vigilancia sanitaria del Ministerio de salud, con foco en el monitoreo y evaluación de la política, medición y gestión de la calidad de los servicios, medición de los resultados, análisis de determinantes sociales de la salud e integrales y perfilamiento de riesgos, entre los más importantes.

Los datos que componen el CMBD son los siguientes³:

- A) Proceso de atención: se refiere a un conjunto de datos que deben permitir la trazabilidad de la mujer que solicita una interrupción del embarazo, por cualquier puerta de entrada al sistema de salud público o privado, es evaluada y se enfrenta a la decisión de una interrupción voluntaria del embarazo por alguna de las tres causales. Estos datos incluyen:
- 1) Cumplimiento de criterios de concurrencia de cada Causal:
 - a. Diagnóstico de la mujer para la primera causal (ver capítulo V., 2.)
 - b. Diagnóstico del producto de la gestación para la segunda causal (ver capítulo V., 3.).
 - c. Relato de concurrencia de causal 3 y semanas de gestación (<12 semanas para mujeres de 14 y más años, <14 semanas para mujeres de menos de 14 años) para la tercera causal (ver capítulo V., 4.).
 - 2) Causal que se constituye:
 - a. Causal 1: Riesgo Vital de la mujer: se distingue el riesgo vital inminente y no inminente.
 - b. Causal 2: Embrión o feto con patología incompatible con la vida extrauterina.

³ Esta lista de datos no pretende ser exhaustiva y puede variar conforme se avance en la implementación de la política, pudiendo requerirse y/u omitirse otros datos en el mediano plazo.



- c. Causal 3: Embarazo resultado de una violación.
- 3) Cartera de servicios: realización de las prestaciones protocolizadas por Causal de interrupción del embarazo.
 - a. Biomédicas: Procedimientos, exámenes, imagenología, etc.
 - b. Psicosociales: atenciones por psiquiatra, psicólogo/a y/o trabajador/a social.
- 4) Decisión de la mujer, o de quien la represente legalmente (menores de 14 años), de continuar o interrumpir el embarazo.
- 5) Decisión de la mujer, o de quien la represente legalmente (menores de 14 años) respecto del acompañamiento psicosocial

Prestaciones realizadas: se refiere a los datos que representan las prestaciones biomédicas y psicosociales protocolizadas para cada causal de interrupción del embarazo:

Prestaciones específicas asociadas a los protocolos de atención de cada causal:

- a. Atención integral a la mujer y su entorno más cercano:
 - (i) Procedimientos diagnósticos para la 2° causal.
 - (ii) Atención de acompañamiento psicosocial:
 - (a) Atención por duplas.
 - (b) Atención por psicólogo/a.
 - (c) Atención psiquiátrica.
 - (iii) Prestaciones sociales:
 - (a) Atención por trabajador/a social.
- b. Procedimiento o método de interrupción del embarazo.

Resultados del proceso de atención: se refiere al desenlace del proceso de atención derivado de la decisión de la mujer:

Resultados en torno a la mujer:

- a. Condición de la mujer viva o fallecida.

Fuentes de Datos

Para la captura del CMBD la fuente más importante es la ficha clínica en que se consigna el proceso de atención asociado a la interrupción del embarazo.

Si el centro de atención cuenta con registro clínico electrónico (RCE), éste deberá adoptar el marco normativo de la información (Norma de Estándares en Salud 820) en sus formularios locales y deberá tributar al MINSAL de acuerdo con un protocolo de traspaso especialmente diseñado para ello.

Si el centro de atención no cuenta con RCE, deberá tributarla información a través del registro directo de los datos en un formulario especialmente diseñado para estos fines. Éste considerará los niveles de atención y responsables de cada uno de los procesos definidos para cada causal, las redes de derivación y contra derivación de los servicios de salud y macro redes.



Dado que el proceso puede ocurrir secuencialmente en diferentes puntos de contacto y establecimientos de la red, cada instancia deberá hacer la tributación de datos o usar el formulario ad hoc, según corresponda a su realidad local, trazando el caso a través de un identificador único

Información para el monitoreo

Las mediciones iniciales para el monitoreo y evaluación de la política, así como para la gestión local de los casos, se refieren a:

A) Indicadores orientados a la medición de la implementación de la política:

- 1) Caracterización sociodemográfica de los casos constituidos por cada causal: región, tipo de establecimiento (público-privado), previsión de salud, país de origen, pueblos originarios y edad.
- 2) Caracterización de los casos constituidos por diversas variables del proceso de atención (decisión de la mujer respecto de la IVE, decisión sobre el acompañamiento psicosocial, número de atenciones de acompañamiento, etc.).
- 3) Calidad de los datos tributados por los referentes de registro IVE:
 - a. Completitud del dato.
 - b. Consistencia del dato.
 - c. Oportunidad del dato.



ANEXO 1. CERTIFICACIÓN DE LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA LEY N°21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES.

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar que un médico-cirujano realice la interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N°21.030. Por lo mismo, que tengo derecho a recibir toda la información referente al programa de apoyo social, económico y de adopción disponibles. Así como también, que tengo derecho a acceder a un programa de acompañamiento en este proceso, desde la toma de decisiones hasta posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso, siempre que yo lo desee.

En relación con lo anterior, certifico que me han informado sobre (marcar con una X la información recibida):

Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.	
El Programa de acompañamiento al que tengo derecho.	
La atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda.	
La denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y mi derecho a comparecencia voluntaria.	
El procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.	

MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD DE ACCEDER A LAS PRESTACIONES OFRECIDAS

En resumen, certifico que:

1. He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social y de adopción disponibles.
2. He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas claramente.
3. He recibido información sobre mi derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso y que puedo cambiar de opinión durante el proceso respecto al acceso o continuidad.
4. De acuerdo con lo que me han explicado, puedo cambiar de opinión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

De acuerdo con la información recibida, manifiesto que mi voluntad es: (marque con una X)

PROCEDIMIENTO	SI	NO
Acceder al Programa de acompañamiento		
Solicitar la interrupción voluntaria del embarazo		



Identificación de la persona	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Fecha de nacimiento: _____	

Acompañante y/o facilitador/a (si procede; Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda/Otro).	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Teléfono: _____ Función de su participación: _____	

Profesional que realiza el proceso entrega de la información	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Profesión: _____	

Establecimiento de Salud: _____ Ciudad/Región: _____ Fecha: _____

NOTA: Si en el proceso de firma del formulario que certifica la recepción de la información y manifestación de voluntad participa una tercera persona, ya sea como ministro de fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, esa persona debe quedar individualizada.

- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- El presente documento, se extiende en duplicado, un original debe incorporarse a la Ficha Clínica y el otro se entrega para que quede en poder de la persona.



ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: MUJER O PERSONA ADULTA, ADOLESCENTE ENTRE 14 Y MENOR DE 18 AÑOS Y PERSONA ADULTA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL NO DECLARADA INTERDICTA.

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste para que sea realizada por un médico-cirujano, según lo previsto en la Ley N°21.030 y, por ello, vengo a manifestar mi consentimiento para que se me efectúe este procedimiento. Recibí toda la información sobre el programa de acompañamiento y el procedimiento para la interrupción del embarazo, lo que certifiqué en el documento de Certificación de la entrega y recepción de la información sobre la Ley N°21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimientos(s) que corresponda(n) y completar la información pertinente según norma)

Procedimiento con medicamentos (farmacológico)	
Procedimiento quirúrgico (con intervención en pabellón)	

Entiendo que la forma en que se realizará el procedimiento puede cambiarse por decisión médica durante su realización, por razones imprevistas presentadas en el momento y con el fin de resguardar mi salud.

Información sobre el procedimiento: Sobre el procedimiento que se me realizará, he recibido la siguiente información (marque lo que corresponda):

Molestias más frecuentes que se pueden producir con el procedimiento	SI	NO
Complicaciones posibles y qué se deberá hacer si se presentan	SI	NO

Se me ha explicado el tipo de anestesia que se utilizará, incluidos sus riesgos de cada una y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.



FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Sí, otorgo mi Consentimiento Informado para la realización de la interrupción voluntaria de mi embarazo según el procedimiento antes descrito.

Identificación de la persona	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Fecha de nacimiento: _____	
Acompañante y/o facilitador/a (si procede; Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda/Otro).	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Teléfono: _____ Función de su participación: _____	

Profesional que realiza el proceso de Consentimiento Informado	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Profesión: _____	

Establecimiento de Salud: _____ Ciudad/Región: _____ Fecha: _____

NOTA: Si en el proceso de firma del formulario que certifica el consentimiento informado y manifestación de voluntad participa una tercera persona, ya sea como ministro de fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, esa persona debe quedar individualizada.

- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.

- El presente documento, se extiende en duplicado, un original debe incorporarse a la Ficha Clínica y el otro se entrega para que quede en poder de la persona.



ANEXO N°3: ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y MUJERES O PERSONAS SIN CAPACIDAD DE CONSENTIR LEGALMENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

ASENTIMIENTO DE LA ADOLESCENTE O DE LA MUJER SIN CAPACIDAD DE CONSENTIR LEGALMENTE

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N°21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento. Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el asentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimientos que corresponda/n)

Procedimiento con medicamentos (farmacológico)	
Procedimiento quirúrgico (con intervención en pabellón)	

Comprendo que el procedimiento que se me realizará puede ser cambiado por decisión médica mientras lo realizan, si en ese momento presento alguna situación de salud imprevista, con el fin de resguardar mi salud.

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su tratamiento	

Se me ha explicado el tipo de anestesia que se utilizará, incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo necesite. He comprendido la información que se me ha entregado y que está también en un documento informativo que recibí, sobre el procedimiento que se me realizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han respondido claramente. Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este asentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho. **Se me ha explicado también que, debido a mi edad, además de manifestar mi voluntad para la interrupción del embarazo, se requiere solicitar la autorización de mi representante legal⁴**

☐	Sí asiento a que se me realice el procedimiento de interrupción del embarazo.
--------------------------	---

Identificación de la persona	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Fecha de nacimiento: _____	

⁴ Se requiere la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. Ante la negación del representante legal, o si éste no es habido, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal.



Acompañante y/o facilitador/a (si procede; Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda/Otro).	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Teléfono: _____ Función de su participación: _____	

Profesional que realiza el proceso de asentimiento	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Profesión: _____	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA SIN CAPACIDAD LEGAL DE CONSENTIR

Estoy en conocimiento de que la persona a quien represento presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N°21.030 y estoy en conocimiento de su voluntad firmada en su Asentimiento.

☐	Sí consiento a que se le realice el procedimiento de interrupción del embarazo a la persona a la cual represento.
--------------------------	---

Representante legal de la persona	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Teléfono: _____ Relación con la persona: _____	

Establecimiento de Salud: _____ Ciudad/Región: _____
 Fecha: _____

NOTA: Si en el proceso de firma del formulario que certifica el asentimiento, consentimiento informado y manifestación de voluntad participa una tercera persona, ya sea como ministro de fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, esa persona debe quedar individualizada.

- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- El presente documento, se extiende en duplicado, un original debe incorporarse a la Ficha Clínica y el otro se entrega para que quede en poder de la persona.



ANEXO N°4: REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Habiendo comprendido la información que se me ha entregado sobre mi derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, entendiendo los riesgos y beneficios de cada uno de éstos, he decidido **cambiar mi decisión expresada anteriormente**, estando aún en los plazos para manifestar mi cambio de opinión.

Prestación ofrecida	Consentimiento
Procedimiento de interrupción del embarazo	Consiento: SÍ - NO

Identificación de la persona	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Fecha de nacimiento: _____	

Representante legal de la persona (*en caso de menores de 14 años y mujeres o personas sin capacidad legal de consentir)	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Teléfono de contacto: _____ Relación con la persona: _____	

Acompañante y/o facilitador/a (si procede; Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda/Otro).	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Teléfono: _____ Función de su participación: _____	

Profesional que realiza el proceso de Revocación de la decisión	FIRMA
Nombre completo: _____ RUN: _____ Profesión: _____	

Establecimiento de Salud: _____ Ciudad/Región: _____ Fecha: _____

NOTA: -Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
-El presente documento, se extiende en duplicado, un original debe incorporarse a la Ficha Clínica y el otro se entrega para que quede en poder de la persona.



ANEXO N°5: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE DERIVACIÓN A LA PERSONA A PRESTADOR NO OBJETOR DE CONCIENCIA INDIVIDUAL.

Con la intención de salvaguardar el derecho de las pacientes a tener acceso completo a la información y derecho a una atención en salud oportuna el/la profesional tratante tiene la obligación de informar y derivar de **manera dirigida y oportuna en el caso de objeción de conciencia**.

Por la presente, se informa que su profesional tratante es **objeto de conciencia individual** para interrumpir el embarazo por alguna de las tres causales descritas en la Ley N° 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Sólo en el caso que usted requiera atención inmediata e impostergable, y se encontrare en la causal del N°1 (mujer en riesgo vital), quien haya manifestado la objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo, cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la misma intervención.

Por lo tanto, con fecha _____, en la Ciudad de: _____, comprendo que el/la profesional declarado como objeto de conciencia individual tiene el deber de ofrecer realizar una derivación con otro profesional, sin alterar los plazos de tiempo de atención.

Identificación de la persona que necesita la atención.	FIRMA
Nombre completo: _____	
Número de identificación: _____	
Fecha de nacimiento: _____ N° de Ficha Clínica: _____	

Identificación del profesional que deriva	FIRMA
Nombre completo _____	
Profesión: _____ RUN: _____	

Establecimiento de Salud: _____ Ciudad/Región: _____ Fecha: _____

NOTA: Si en el proceso de firma del formulario que certifica la derivación participa una tercera persona, ya sea como ministro de fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, esa persona debe quedar individualizada.

- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.

- El presente documento, se extiende en duplicado, un original debe incorporarse a la Ficha Clínica y el otro se entrega para que quede en poder de la persona .

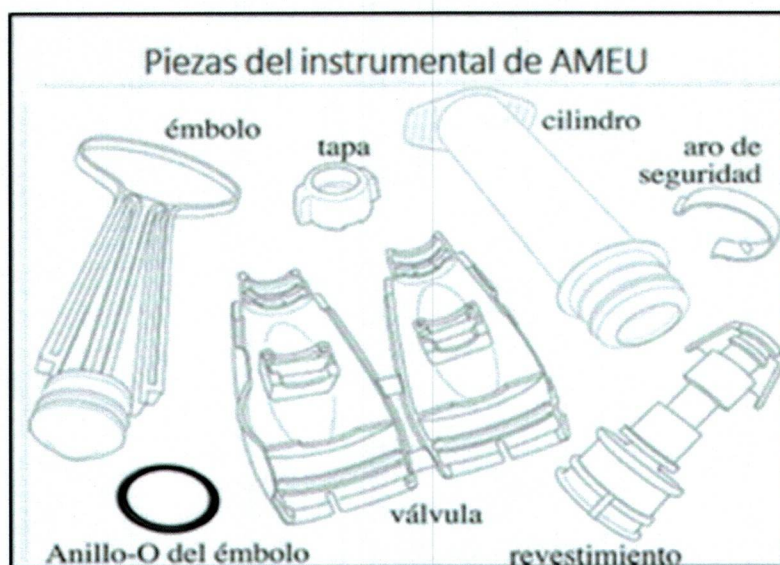


ANEXO N°6: Instructivo para esterilización del instrumental de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La técnica de AMEU, es una técnica mecánica de vaciamiento intrauterino, rápida y segura, que requiere de capacitación, entrenamiento y preparación de los instrumentos e insumos a utilizar. Dado el carácter invasivo del procedimiento en que el instrumental estará en contacto directo o indirecto con mucosas que pueden no estar indemnes y sitios normalmente estériles, si el material no está correctamente preparado puede causar infecciones.

El equipo de AMEU está formado por dos partes:

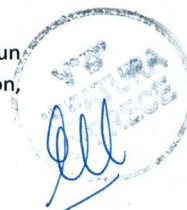
- Una jeringa de 50 cc con abertura ancha, que al “cargarla de aire” crea el vacío necesario para aspirar el contenido uterino.
- Un set de tubos plásticos o cánulas de diferentes lúmenes (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm). Cada una de éstas capaz de conectarse a la jeringa manteniendo el circuito de vacío aspirativo.



De acuerdo con la normativa nacional vigente, ambas partes, son dispositivos reutilizables clasificados como “críticos” de acuerdo con la clasificación Spaulding, por lo que deben estar estériles al igual que pinzas, jeringas para administración de analgesia para-cervical, guantes y campo quirúrgico que requerirá el operador. En general ambas partes del equipo AMEU son esterilizables y el número de veces que puede ser procesado será de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Algunas instrucciones e identificación de puntos críticos del procedimiento de AMEU son:

Antes del Procedimiento

- El procesamiento y manejo de este material debe ser establecido en conjunto con los responsables de los procesos de esterilización del establecimiento.
- El establecimiento proveerá material estéril, sea adquirido estéril desde el productor o procesado en un establecimiento de salud, de acuerdo con la normativa vigente. Las etapas del proceso son: lavado, preparación,



empaques, exposición al agente esterilizante y almacenamiento. Además, su manejo durante el procedimiento clínico debe ser con técnica aséptica para evitar su contaminación.

- De procesarse en el establecimiento, la jeringa para AMEU debe ser sometida a proceso de esterilización y de acuerdo con su material e instrucciones del fabricante: autoclave de vapor o si el material es termolábil, por óxido de etileno.

Durante el Procedimiento

- Durante el procedimiento se cumplirán las precauciones estándares de prevención de IAAS de acuerdo con la normativa vigente en el país.
- La cánula, una vez introducida en la cavidad uterina, no se desplazará hasta que haya finalizado el procedimiento. Lo anterior será observado en particular cuando se requiera recargar la jeringa de aspiración para continuar el vaciamiento.

Post Procedimiento

- Una vez terminado el procedimiento, los dispositivos deben ser colocados inmediatamente en agua, a modo de remover precozmente por arrastre los restos biológicos, facilitando así su posterior lavado y esterilización. Se recomienda que el contenedor este ubicado cerca de donde se realiza el procedimiento de AMEU.
- Posteriormente se enjuagará la cánula y el aspirador juntos, con abundante flujo de agua, hasta que la cánula se vea limpia.
- Si el proceso de lavado y esterilización no será inmediato, se recomienda mantener los dispositivos en remojo inmersos en agua potable sin soluciones cloradas. Para este remojo se desmontará completo el sistema. Si el modelo en uso contempla un anillo O, éste debe removerse hacia abajo hasta colocarlo en la ranura del embolo, apretándolo por los lados.
- Las cánulas de aspiración serán empacadas individualmente y se abrirán de acuerdo a la necesidad. Si se preparan empaques con más de una cánula, todas se considerarán contaminadas una vez abierto el empaque y serán reprocesadas antes de usar en otra paciente.
- Durante el procesamiento de esterilización en la central de esterilización, el lavado debe ser minucioso, con uso de detergente enzimático.
- Durante la etapa de exposición al método de esterilización se utilizarán sólo ciclos descritos en la norma vigente. No se usarán métodos de esterilización por vapor para uso inmediato de los materiales, o periodos abreviados en alta temperatura en autoclave, o "esterilización flash".

Los ciclos de exposición al método de esterilización son:

Método	Temperatura	Otro Parámetro	Tiempo de exposición al agente esterilizante*
Calor Húmedo	• 134 °C	• Presión: 3,1 bar	• 3 minutos
	• 126 °C	• Presión: 2,4 bar	• 10 minutos
	• 121 °C	• Presión: 2,0 bar	• 15 minutos
Óxido de Etileno	• 35 °C	• concentración: 450-740 mg/l	• 5 horas**
	• 55 °C	• humedad: > 40%	• 1 horas**

*El tiempo de exposición se evalúa una vez que los todos parámetros se hayan alcanzado, por lo que la duración total del ciclo puede variar de acuerdo a los tiempos de vacío de la cámara, tiempos de secado u otros.

** Requiere adicionalmente 8 a 12 horas aireación



ANEXO N°7: MARCO LEGAL: DEFUNCIONES FETALES Y DE RECIÉN NACIDOS.

En caso de un recién nacido fallecido, el artículo 40 del Decreto N°161, de 1982, Ministerio de Salud, aprueba Reglamento de hospitales y clínicas, indica que corresponderá al médico tratante o al profesional que asistió el parto según el caso extender el certificado médico de defunción o el de defunción y estadística de mortalidad fetal, según corresponda.

A su vez, la Resolución Exenta N°517, de 2006, que aprueba Norma General Técnica N°86, Normas y Procedimientos para el Registro de las Defunciones Fetales y de Recién Nacidos, señala que “los(as) médicos(as) y las(os) matronas(es) que atiendan partos o abortos en cualquier lugar del país, deberán extender Comprobante de Atención del Parto”, que permitirá la inscripción del nacimiento en las oficinas del Servicio de Registro Civil e Identificación, la que deberá practicarse si el recién nacido sea pequeño e incluso, si fallece a los pocos minutos de haber nacido. De hecho, desde mediados del 2002 el Servicio de Registro Civil e Identificación practica inscripción automática del nacimiento en los casos en que la inscripción de la defunción de un recién nacido o lactante revele que no existe inscripción previa del nacimiento.

Asimismo, se deberá entregar la “Estadística de Mortalidad Fetal” (en la práctica es el Certificado de Defunción) a todos los deudos que soliciten los restos dentro del plazo de 72 horas posteriores al parto para su inscripción en el Servicio de Registro Civil e Identificación. En caso de que los restos no sean retirados, el Certificado será enviado al Departamento o Unidad de Estadísticas del Servicio de Salud correspondiente que despachará mensualmente las Estadísticas de Mortalidad Fetal que reciba al Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS), para su procesamiento. La Dirección del establecimiento deberá hacerse cargo de inscribir en el Registro Civil los Certificados de Defunción respectivos, dentro del plazo de 72 horas posteriores a la defunción, rigiéndose por lo establecido en virtud del artículo 181 del DFL N°2.128, de 1930, del Ministerio de Justicia, que aprueba Reglamento Orgánico del Servicio de Registro Civil, que establece que “pasados tres días desde la fecha de una defunción, no se podrá proceder a inscribirla sin decreto de la justicia ordinaria”.

La misma norma especifica que las defunciones de recién nacidos de muy bajo peso y de muy baja edad gestacional deberán ser igualmente certificadas por el médico, señalando los datos de edad en minutos, horas, días o meses. Se indica expresamente que los cuerpos de estos recién nacidos muy pequeños fallecidos deberán ser tratados según lo dispuesto en el artículo 147 del Código Sanitario. Se recomienda en todo caso ceñirse al plazo de 72 horas y no de 24, en señal de voluntad humanitaria y de apoyo a los deudos.

Por su parte, el Decreto N°161, de 1982, en el inciso segundo, del artículo 40 señala que “dicha certificación se extenderá cuando el producto de la concepción sea identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario, cualquiera sea su peso o edad gestacional y será entregada a sus progenitores, quienes dispondrán del plazo de 72 horas para solicitar la entrega de los restos con fines de inhumación”, , , corresponderá al médico tratante o profesional que haya asistido el proceso, extender el Certificado Médico de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal.. En el caso de que dicho producto no sea reclamado es aplicable el Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), según lo establecido en el Decreto N°6, de 2009, del Ministerio de Salud.



¿Cuáles son los métodos para la interrupción de la gestación?

Existen diversas alternativas y la elección de la más adecuada dependerá de tu estado de salud, semanas de gestación y tus preferencias basadas en la información que debe entregarte el equipo de salud.

FARMACOLÓGICO

Es la interrupción de la gestación mediante el uso de medicamentos por diferentes vías. Son tratamientos efectivos en más del 95% de los casos. Si bien se trata de una intervención menor en comparación a los métodos quirúrgicos, pueden tardar más tiempo y en caso de que la interrupción no se complete, se necesitará un procedimiento quirúrgico.

Alivio del dolor: Toda gestante que curse una pérdida reproductiva, trabajo de parto, parto o puerperio que solicite o tenga indicación clínica tiene derecho al acceso a técnicas de alivio del dolor farmacológicas y no farmacológicas, lo cual es una **Garantía Explícita en Salud (GES 54)**.

QUIRÚRGICO

Son métodos más complejos que implican que los profesionales realicen la intervención más adecuada según tu estado de salud dentro de un pabellón quirúrgico.

- » **Aspiración:** Es un procedimiento realizado por ginecólogo/a hasta las 14 semanas de gestación, en donde se aspira el contenido del útero. El procedimiento puede ser más rápido y es efectivo en un 99% de los casos.
- » **Cesárea:** Es una cirugía abdominal que se realiza según indicación médica, en la que se extrae el feto por el abdomen. Al ser una cirugía esta asociada a mayores riesgos.

Con cualquier intervención ya sea farmacológica o quirúrgica tienes derecho a tener un acompañante ya sean tus padres, madres, tutores o personas significativas durante tu atención de salud, según lo estipulado en la Ley 21.372 (Ley Mila).



Si tienes dudas puedes informarte en

LLAMA A SALUD RESPONDE
600-360-7777

En caso de Reclamos, Felicitaciones o Superencias, éstas deben realizarse a través de la plataforma de OIRS o en la Superintendencia de Salud.

oirs.minsal.cl
www.superdesalud.gob.cl

TIENES DERECHO A LA INTERRUPTCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN 3 CAUSALES



La Ley 21.030 de Despenalización de la Interrupción voluntaria de embarazo (LIVE) garantiza la interrupción de la gestación, primando la voluntad de la mujer, en estas situaciones:

- 1. RIESGO DE VIDA DE LA MUJER**
Sin límite de semanas de gestación para solicitar la interrupción.
- 2. FETO CON PATOLOGÍA NO COMPATIBLE CON LA VIDA FUERA DEL ÚTERO**
Sin límite de semanas de gestación para solicitar la interrupción.
- 3. EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN**
 - Si tienes 14 años o más la interrupción puede realizarse hasta las 12 semanas de gestación.
 - Si tienes menos de 14 años, la interrupción puede realizarse hasta las 14 semanas de gestación.

En ambos casos, las semanas de gestación se confirmarán por ecografía.

DATOS DE CONTACTO DEL EQUIPO BIOPSIOSOCIAL

NOMBRE _____

TÉLEFONO _____





INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CAUSAL 3

EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN

- No es necesario haber realizado una denuncia para acceder a la atención de salud.
- Tratándose de una niña o adolescente menor de 18 años, la dirección del hospital debe hacer la denuncia en caso de no haberse realizado.
- En caso de una persona mayor de 18 años, se informará a la justicia para su investigación pero la continuidad del proceso es voluntaria.
- Se tomará una muestra genética que en caso de ser necesario pueda ser utilizada como medio de prueba para la justicia.

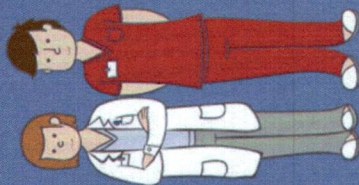
PUEDES DECIDIR:

1. Interrumpir la gestación, según los métodos recomendados por el equipo de salud.
2. Continuar la gestación y quedarte con el/la recién nacido/a. Puedes ser apoyada en este proceso por el equipo psicosocial para acceder a beneficios sociales.
3. Continuar la gestación y dar al recién nacido/a en adopción. Contarás con el apoyo continuo del equipo psicosocial que te acompañará y asesorará durante el proceso.

Si eres menor de 14 años, necesitarás la autorización de tu representante legal para realizar la interrupción. En caso de que tu representante legal se oponga a tu decisión de interrumpir, un Tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo.

Tienes derecho a:

- Ser derivada desde el centro de salud de manera coordinada y asistida en **máximo 24 horas**, a modo que sepas dónde dirigirte, a qué hora y con quién.
- Ser escuchada de manera atenta, respetuosa y libre de prejuicios. No se pueden hacer comentarios que busquen influir en tu decisión.
- Que se garantice tu autonomía para tomar decisiones sobre tu cuerpo y futuro.
- Ser acompañada para que se cumplan de manera integral todos tus derechos.
- Que se garantice tu participación significativa, a través de información pertinente a tus necesidades, que permita expresar tus opiniones y se respete tu voluntad.
- Resolver tus dudas respecto del proceso.



¿Dónde puedes solicitar la interrupción de un embarazo en las 3 causales señaladas?

- En el Sistema Público: a través de tu matrona/ón de atención primaria o la urgencia ginecológica.
- En el Sistema Privado: con tu médico/a tratante.

En el caso de que el profesional o la institución se declaren objetores de conciencia deberás ser derivada de manera inmediata. El costo debe ser asumido por la institución que deriva.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO?

La Ley contempla un programa de acompañamiento biopsicosocial para facilitar la toma de decisión sobre seguir con la gestación o no. Podrás encontrar un/a psicólogo/a y trabajador/a social que te brindarán atención para asegurar tu bienestar, a través de:

- Acogida y apoyo emocional.
- Conocer tus alternativas mediante información clara, precisa, oportuna y de calidad.
- Atención durante el proceso de decisión y posterior a éste.
- Programa de adopción en caso de decidir continuar con la gestación.

El programa es voluntario y puedes acceder gratuitamente en el servicio público de salud.

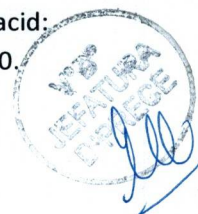
Si no quieres acceder al programa en un establecimiento público, existen programas de acompañamiento de la sociedad civil acreditados por el Ministerio de Salud. Estos programas tienen distintas modalidades (presencial/en línea) y oferta territorial, que puedes consultar en sus sitios web:

- Corporación Miles.
- APROFA.
- Fundación Chile Unido: sólo en caso de decidir continuar la gestación.



BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAL. Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. 2018.
2. MINSAL. Manual aplicación de fiscalización Ley N° 21.030: consideraciones para la inspección sanitaria y pauta de chequeo. 2023.
3. MINSAL. Modelo de atención integral en salud [Internet]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Vol. 4. Washington DC.: OPS; 2010.
5. MINSAL. Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual. 2016.
6. Sotelo J. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana. 1993 [cited 2023 Dec 16]; Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16274/v114n4p289.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. IPPF, Iniciativas Sanitarias. Pautas para la toma de decisiones clínicas cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. 2018.
8. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Feb;192(2):342–9.
9. PAHO. Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. 2016.
10. Ministerio de Salud. Ley 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental [Internet]. 2021.
11. Pardo Vargas RA, Aracena M, Aravena T, Cares C, Cortés F, Faundes V, et al. Consenso de la Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría sobre las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV). *Rev Chil Pediatr*. 2016 Sep;87(5):422–31.
12. MINSAL. Instruye sobre directrices para la constitución de las causales contempladas en la ley 21.030 [Internet]. 2019.
13. Cortés F, Mellado C, Pardo RA, Villarroel LA, Hertrampf E. Wheat flour fortification with folic acid: Changes in neural tube defects rates in Chile. *Am J Med Genet A*. 2012 Aug 18;158A(8):1885–90.



14. Haro SA, Gützlaff DU, Jara MA. Caracterización de la Proporcionalidad Terapéutica desde una perspectiva Bioética: Una revisión bibliográfica. Vol. 13, Rev Chil Estud Med.
15. MINSAL. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. 2011.
16. Randall F, Downie RS. Palliative Care Ethics: a Good Companion. J Med Ethics [Internet]. 1997. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1377283/>
17. Bruera Eduardo, Portenoy RK. Topics in pall[i]ative care. Volume 5. 2001. Disponible en: <https://global.oup.com/academic/product/topics-in-palliative-care-9780195132205>
18. MINSAL. Orientación técnica para la auditoría y vigilancia de la mortalidad materna. 2016.
19. Ministerio de Salud. Ley 21.030 regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. 2017.
20. Ministerio de Justicia. Código Penal [Internet]. 1874.
21. Ministerio de Salud. Problemas de Salud - AUGE[Internet]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/86>
22. Ministerio de Salud. Pauta de Riesgo Psicosocial Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). 2010.
23. Ministerio de Salud. Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales [Internet]. Santiago de Chile; 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/OT-Acompan%CC%83amiento-Psicosocial-IVE-Resoluci%C3%B3n-Exenta-401.pdf>
24. Pettker CM, Goldberg JD, El-Sayed YY. Methods for Estimating the Due Date Committee on Obstetric Practice American Institute of Ultrasound in Medicine Society for Maternal-Fetal Medicine. Vol. 700, Replaces Committee Opinion Number. 2017.
25. Ministerio de Justicia. Ley 19.696, establece código procesal penal [Internet]. 2000.
26. Ministerio de Justicia. Ley 19.970. Crea el Sistema Nacional de Registros de ADN [Internet]. 2004.
27. Tubo para extracciones Tapval™, AQUISEL® [Internet]. Disponible en: <https://www.ictsl.net/productos/plastico/tuboparaextraccionestapval.html>
28. Ministerio de Salud. Ley 21.371, establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal. 2021.
29. Ministerio de Salud. Ley 21.372, Modifica la Ley N°20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes que se indican. [Internet]. 2021.



30. Lewis MJM, Kohtz C, Emmerling S, Fisher M, Mcgarvey J. Control del dolor e intervenciones no farmacológicas. Nursing (Brux) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-control-del-dolor-e-intervenciones-S0212538219300743>.
31. Akkurt MO, Akkurt I, Yavuz A, Yalcin SE, Coskun B, Sezik M. The Utility of Feticide Procedure to Shorten the Induction-to-Abortion Interval in Medical Abortion. Gynecol Obstet Invest. 2019;84(1):64–70.
32. REDAAS. El aborto en el segundo trimestre. 2019.
33. IPAS. Actualizaciones clinicas en salud reproductiva [Internet]. Chapell Hill, Carolina del Norte. 2021. Available from: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1590>.
34. OMS. Aborto seguro Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra. 2014.
35. WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. [Internet]. Geneva; 2023. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>.
36. Bracken H, Clark W, Lichtenberg ES, Schweikert SM, Tanenhaus J, Barajas A, et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02753.x>.
37. World health Organization. Abortion care guideline [Internet]. Geneva; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942>.
38. MINSAL. Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [Internet]. 2016.
39. Kerr RS, Kumar N, Williams MJ, Cuthbert A, Aflaifel N, Haas DM, et al. Low-dose oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 Jun 22. 2021.
40. FIGO. Tablas de dosificación FIGO de mifepristona y misoprostol y solo misoprostol. 2023. Disponible en: <https://www.figo.org/es/tablas-de-dosificacion-figo-de-mifepristona-y-misoprostol-y-solo-misoprostol-2023>.
41. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2017 Sep 23;138(3):363–6.
42. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. Obstetrics and Gynecology. 2013;121(1):166–71.
43. Use of Misoprostol for Labor Induction in Patients With Asthma [Internet]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/491697>.



44. Dzuba IG, Winikoff B, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2008. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2008/12000/two_distinct_oral_routes_of_misoprostol_in.18.aspx.
45. Arvidsson C, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2005.
46. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
47. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2007.
48. Sheldon WR, Durocher J, Dzuba IG, Sayette H, Martin R, Velasco MC, et al. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. *Contraception*. 2019.
49. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 17]. Disponible en: <http://iris.paho.org>.
50. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022.
51. Creinin MD, Grossman DA. Medical management of first-trimester abortion. *Contraception*. 2014.
52. Shroukh WA, Steinke DT, Willis SC. Risk management of teratogenic medicines: A systematic review. *Birth Defects Res*. 2020.
53. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: A review of the literature. *Contraception*. 2004.
54. Oliver-Williams C, Fleming M, Monteath K, Wood AM, Smith GCS. Changes in Association between Previous Therapeutic Abortion and Preterm Birth in Scotland, 1980 to 2008: A Historical Cohort Study. *PLoS Med*. 2013.
55. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.
56. Allen RH, Goldberg AB. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (< 14 weeks' gestation). *Contraception*. 2016.
57. Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, Steinauer JE, Meckstroth K, Drey EA. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.



58. MACISAAC L. A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 1999.
59. health Organization W. Abortion care guideline [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942>.
60. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012.
61. ACOG. Practice Bulletin No. 104: Antibiotic Prophylaxis for Gynecologic Procedures. *Obstetrics & Gynecology*. 2009.
62. RCOG's global initiative to advocate for women's health. Best practice in abortion care [Internet]. London; 2022. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/mas>.
63. Caruso S, Di Mari L, Cacciatore A, Mammana G, Agnello C, Cianci A. [Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: a randomized controlled trial]. *Minerva Ginecol*. 2008.
64. Renner RM, Jensen JTJ, Nichols MDN, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009.
65. Tschann M, Salcedo J, Kaneshiro B. Nonpharmaceutical Pain Control Adjuncts During First-Trimester Aspiration Abortion: A Review. *J Midwifery Womens Health*. 2016.
66. Braaten KP, Hurwitz S, Fortin J, Goldberg AB. Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2014.
67. Köhnenkamp R, Nazar C, Lacassie HJ. Artículo de Revisión anestesia general para operación cesárea: beneficios, riesgos y complicaciones asociadas. 2011.
68. Katherine W. Arendt, Margaret E. Long, Chestnut. *Problemas al principio del embarazo*. 6th ed. Elsevier, editor. España; 2020.
69. Mark A, Henderson J, Rodriguez M, Edelman A. Abortion research that matters: Using core outcomes to enable systematic review. *Contraception*. 2022.
70. Philipp Lirk y Charles B. Berde. *Anestesia de Miller*. In: 9th ed. 2021.
71. National Abortion Federation. *Guía de Práctica Clínica para la atención del aborto*. 2020.
72. Statement on Continuum of Depth of Sedation: Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia [Internet]. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia>.



73. Costescu D, Guilbert É. No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29861084/>.
74. IPAS. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/>.
75. ACOG. Practice Bulletin No. 135. Obstetrics & Gynecology. 2013.
76. Stoddard A, Eisenberg DL. Controversies in family planning: timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. Contraception. 2011.
77. Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J. Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: a longitudinal study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016.
78. Madden T, Eisenberg DL, Zhao Q, Buckel C, Secura GM, Peipert JF. Continuation of the Etonogestrel Implant in Women Undergoing Immediate Postabortion Placement. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2012 Disponible en: [/pmc/articles/PMC3711380/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25101364/).
79. Okusanya BO, Oduwale O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25101364/>.
80. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. New England Journal of Medicine [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011600>.
81. MINSAL. Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. 2017.
82. Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de Elegibilidad Para El USO de Anticonceptivos. 4th ed. Ginebra; 2012.
83. Douthwaite M, Candelas JA, Reichwein B, Eckhardt C, Ngo TD, Domínguez A. Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2016.
84. Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of Copper Intrauterine Device Insertion After Medical Abortion. Obstetrics & Gynecology. 2011.
85. Mendoza H. Bolivia: aborto en mujeres bisexuales y lesbianas y hombres. 2022. Disponible en: <https://corresponsalesclave.org/el-aborto-en-mujeres-bisexuales-y-lesbianas-y-hombres-trans-de-bolivia/>.
86. IPAS. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. 2023. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/>.

