

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud

Segunda edición



Organización
Mundial de la Salud

Capítulo 4	86
Consideraciones legales y políticas	87
4.1 La salud de la mujer y los derechos humanos	87
4.2 Las leyes y su implementación dentro del contexto de los derechos humanos	90
4.3. Creación de un entorno propicio	98
Anexo 1	
Brechas en la investigación identificadas durante la consulta técnica	105
Anexo 2	
Preguntas y resultados finales relacionados con la GRADE	106
Anexo 3	
Criterios estándar de la GRADE para clasificar la evidencia	109
Anexo 4	
Participantes de la consulta técnica	110
Anexo 5	
Recomendaciones de la consulta técnica para la segunda edición de <i>Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud</i>	113
Anexo 6	
Elegibilidad médica posterior al aborto para el uso de anticonceptivos	120
Anexo 7	
Principales tratados regionales e internacionales de derechos humanos	122

RESUMEN EJECUTIVO

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. A pesar de estos avances, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres (1). Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. En prácticamente todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan la muerte y morbilidades que se convirtieron en la responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública.

En vista de la necesidad de prácticas recomendadas basadas en la evidencia para ofrecer atención para un aborto sin riesgos y proteger la salud de las mujeres,

la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha actualizado su publicación del año 2003 denominada *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2). En este proceso, se siguieron los estándares de la OMS para el desarrollo de la guía, entre los que aparecen: la identificación de preguntas y resultados prioritarios; la recuperación, evaluación y síntesis de la evidencia; la formulación de recomendaciones; y la planificación de la divulgación, implementación, evaluación del impacto y la actualización. Para las recomendaciones clínicas presentadas en el Capítulo 2, se prepararon perfiles de evidencia relacionados con las preguntas prioritarias sobre la base de las revisiones sistemáticas recientes. La mayor parte de estas se incluyeron en la *base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*. Asimismo, se revisaron los Capítulos 1, 3 y 4 de la publicación original de 2003 y se actualizaron para que reflejaran las estimaciones más recientes relacionadas con el aborto inseguro en todo el mundo, la nueva bibliografía sobre la prestación de servicios y los nuevos desarrollos en las leyes regionales, nacionales e internacionales referentes a los derechos humanos. Un grupo encargado de desarrollar la guía, compuesto por miembros de un panel internacional de expertos, repasó y revisó el borrador de las recomendaciones sobre la base de los perfiles de evidencia, mediante un proceso participativo e impulsado por el consenso.

La audiencia destinataria de esta guía son los formuladores de políticas, los directores de programas

CUADRO 1

Continuación de Cuadro 2

CUADRO 4

Continuación de Cuadro 4

CUADRO 5

CUADRO 6

|--|

CUADRO 7

de práctica clínica para la atención para un aborto sin riesgos para los profesionales que realizan abortos donde encontrarán información adicional sobre los detalles a la hora de implementar las recomendaciones de la guía para la atención clínica.

Las revisiones sistemáticas de Cochrane de ensayos clínicos aleatorizados fueron la fuente primaria de la evidencia para las recomendaciones. Sobre la base de la lista de preguntas prioritarias, que se identificaron según la descripción anterior, se reconocieron las revisiones sistemáticas de Cochrane pertinentes (3–14) y estas se ejecutaron o actualizaron usando las estrategias de búsqueda estándar específicas. Además, se realizaron tres revisiones sistemáticas por fuera de las *bases de datos Cochrane de revisiones sistemáticas* y se publicaron en revistas con revisión científica externa (15–17). Las estrategias de búsqueda y los criterios específicos para la inclusión y exclusión de los ensayos identificados mediante la búsqueda se presentan en las revisiones sistemáticas correspondientes. Se evaluó y calificó la evidencia disponible conforme al enfoque de GRADE (18–22), para reflejar las comparaciones y los resultados prioritarios. Se excluyeron las comparaciones y los resultados no pertinentes. Como resultado, se prepararon perfiles de evidencia (tablas según la GRADE) (disponibles en www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10). En el Anexo 3 se presentan los criterios estandarizados para clasificar la evidencia según la GRADE. Para cada comparación seleccionada, se evaluaron los datos disponibles para los resultados prioritarios y se presentan en los perfiles de evidencia (si los resultados prioritarios no estaban disponibles en comparaciones específicas, se omitieron de las tablas de GRADE). Según los perfiles de evidencia, la Secretaría de la OMS elaboró un borrador de las recomendaciones.

Para el Capítulo 3, que se refiere a establecer y fortalecer los servicios relacionados con el aborto sin riesgos, se identificaron dos cuestiones: indicadores de un aborto sin riesgos y competencias para ofrecer un aborto sin riesgos, para los cuales ya se disponía de una guía reciente de la OMS. En consecuencia, los pasos para tratar los temas del Capítulo 3 fueron adoptar y consultar la guía reciente de la OMS y realizar una revisión exhaustiva de la literatura sobre las cuestiones presentadas para las recomendaciones existentes en la primera edición del documento, a la vez que se actualizaron las referencias.

Para el Capítulo 4, que se refiere a las consideraciones legales y políticas, la OMS contrató al Programa Internacional de Derecho en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Derecho de la Universidad de Toronto, en Toronto, Canadá, para que ayudara con la revisión, e incluso propusiera cambios en el contenido existente, sobre la base de las disposiciones de los tratados regionales e internacionales de derechos humanos y el trabajo de los organismos regionales e internacionales de derechos humanos. El personal del programa también confeccionó una serie de sinopsis de investigación en la que se presentaron investigaciones y análisis de los derechos humanos y las leyes sobre cuestiones de interés particular (por ejemplo, la elaboración de la indicación sanitaria para un aborto sin riesgos, las objeciones de conciencia y los obstáculos legales y regulatorios).

A fin de revisar el borrador de las recomendaciones y la evidencia respaldatoria, se organizó una consulta técnica en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza. Se invitó a los miembros del grupo de desarrollo de la guía, un subgrupo del panel internacional que participó en la consulta en línea inicial y a otros expertos, para que participaran de esta consulta (ver el Anexo 4 para obtener una lista de los participantes y sus afiliaciones). Se repartieron el borrador de las recomendaciones, los capítulos revisados y los documentos respaldatorios entre los participantes antes de la consulta para que los revisaran.

Se obtuvieron las declaraciones de intereses de los participantes de la consulta técnica mediante un formulario estándar de la OMS antes de que formaran parte de la reunión. La Secretaría de la OMS revisó dichas declaraciones y, en los casos en que fue necesario, también fueron revisadas por la Oficina del Consejo Jurídico de la OMS antes de la consulta. Dos participantes de la consulta (la Dra. Laura Castleman y la Dra. Helena von Hertzen) declararon que eran empleadas de las organizaciones que tenían, o podrían tener, conflictos de intereses comerciales. Entonces, cuando se trataron las recomendaciones que eran directamente relevantes para el trabajo de sus organizaciones, abandonaron la sala durante

la implementación de la guía, instruir el seguimiento en los países que apliquen el Enfoque Estratégico y la cantidad de países que modifiquen la supervisión de su programa nacional de aborto para reflejar los indicadores para un aborto sin riesgos presentados en la Tabla 3.2 (página 75) de este documento. Asimismo, continuaremos con la supervisión de la cantidad de descargas del documento y la cantidad de copias de la guía en papel solicitadas y distribuidas.

12. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schünemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.

que cada año siguen produciéndose 22 millones de abortos inseguros, que provocan la muerte de alrededor de 47 000 mujeres (2).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos.

En casi todos los países desarrollados (según la clasificación de la División de Población de las Naciones Unidas), los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y para la mayor parte de las mujeres es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. Excepto en algunos países, el acceso a un aborto sin riesgos en los países en vías de desarrollo está limitado a una cantidad restringida de condiciones limitadas (3). En los países donde el aborto legal está sumamente restringido, es posible que se dé un acceso desigual a un aborto sin riesgos. En estos contextos, los abortos que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a profesionales no seguros, que provocan discapacidades y la muerte (4).

En este capítulo se presenta una reseña del contexto sanitario, demográfico, legal y político del aborto inducido con datos actualizados desde la publicación del documento de la OMS *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* en 2003 (5).

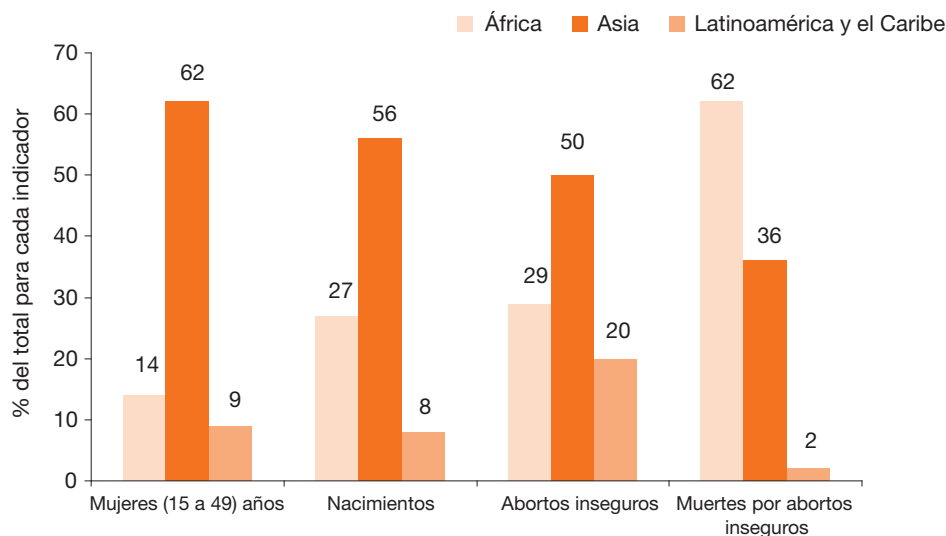
momento de tenerlos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo; el derecho de las mujeres de tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia; el derecho de los hombres y mujeres de elegir a su esposo y casarse solo de libre y pleno consentimiento; el derecho de acceder a la información de salud relevante; y el derecho de cada persona de disfrutar los beneficios de los avances científicos y sus aplicaciones (12). Con el objetivo de cumplir estos derechos, y de salvar las vidas de las mujeres, es necesario tratar adecuadamente los aspectos programáticos, legales y políticos que conllevan ofrecer un aborto sin riesgos, como se describe en los siguientes capítulos.

tal vez no relacionen su afección con una complicación de un aborto previo (19). Por lo tanto, la notificación de las muertes maternas causadas por abortos inseguros es terriblemente insuficiente. Las complicaciones del aborto inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales (20). Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior (21). Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (22). Por cada mujer que solicita atención posterior al aborto en un hospital, existen varias que se sometieron a un aborto inseguro pero que no procuran atención médica, ya sea porque consideran que la complicación no es algo serio o porque carecen de los medios económicos necesarios o porque temen al abuso, al maltrato o a una represalia legal (23–30). La evidencia demuestra

que los principales costos fisiológicos, financieros y emocionales son acarreados por las mujeres que sufren un aborto inseguro.

Las cargas del aborto inseguro y de las muertes maternas causadas por el aborto inseguro son desproporcionadamente mayores para las mujeres en África que en cualquier otra región en vías de desarrollo (31). Por ejemplo, si bien África representa el 27 % de los nacimientos anuales en todo el mundo y solo el 14 % de las mujeres de entre 15 y 49 años a nivel mundial, su participación en los abortos inseguros globales en 2008 fue del 29 % y, lo que es más serio, el 62 % de todas las muertes relacionadas con el aborto inseguro que se produjeron en África ese año (ver la Figura 1.1). El riesgo de muerte por un aborto inseguro varía entre las regiones en vías de desarrollo. La tasa de letalidad del aborto inseguro es 460 cada 100 000 procedimientos de aborto inseguro en África y 520 cada 100 000 en África Subsahariana, en comparación con 30 cada 100 000 en América Latina y el Caribe y 160 cada 100 000 en Asia (2).

Figura 1.1 Distribución porcentual de mujeres, nacimientos, abortos inseguros y muertes relacionadas, por región en desarrollo, 2008



Reproducido a partir de la referencia 31.

Cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América (EE. UU.), la tasa de letalidad es 0,7 cada

100 000 abortos legales (32). La tasa de letalidad del aborto legal tardío durante el segundo trimestre (33) es mucho más baja que la tasa más baja de los procedimientos de aborto inseguro (ver las Figuras 1.2 y 1.3).

Figura 1.2 Tasas de letalidad de abortos inducidos legales, abortos espontáneos o partos a término, cada 100 000 procedimientos, EE. UU.

Reproducido, con autorización, a partir de la referencia 32.

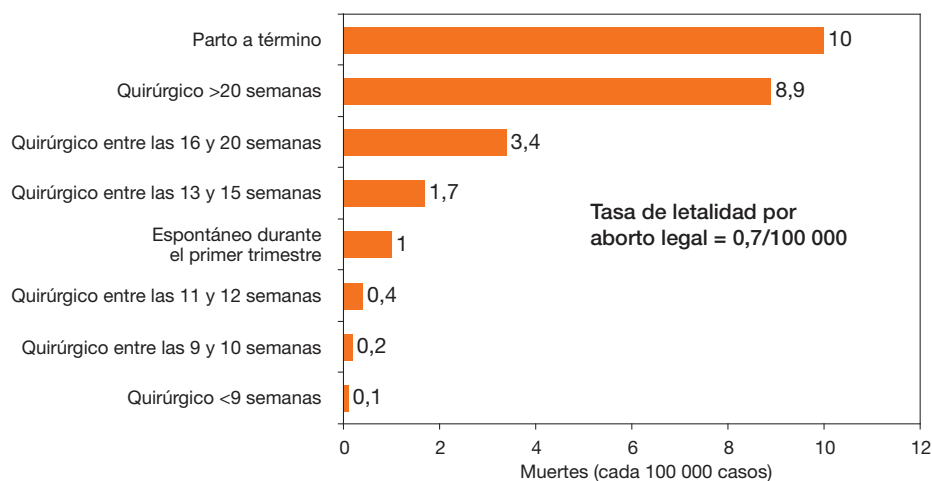
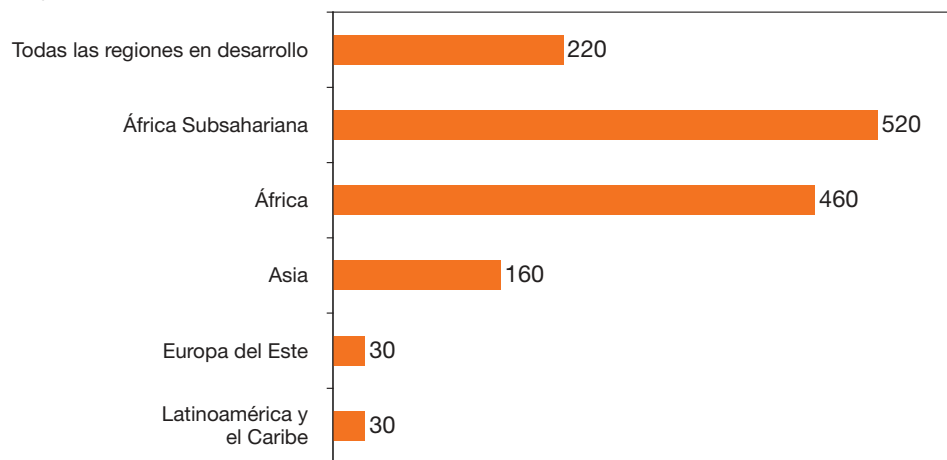


Figura 1.3 Tasas de letalidad cada 100 000 procedimientos de aborto inseguro, por región, 2008

Reproducido a partir de la referencia 2.



realizan abortos seguros pero ilegales en ese país, o a través del uso personal de misoprostol (47–49).

Además de las restricciones legales, otras barreras del aborto sin riesgos incluyen la imposibilidad de pagar, la falta de apoyo social, los retrasos en la procuración de atención médica, las actitudes negativas de los profesionales y la calidad deficiente de los servicios. Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables en los lugares donde los métodos anticonceptivos eficaces están disponibles solo para las mujeres casadas o donde la incidencia

de relaciones sexuales no consensuadas es alta. Casi el 14 % de todos los abortos inseguros en los países en vías de desarrollo se producen en mujeres menores de 20 años. En África, las mujeres jóvenes menores de 25 años representan prácticamente dos tercios de todos los abortos inseguros de la región (50). Un porcentaje mayor de mujeres jóvenes, en comparación con las mujeres adultas, tiende a realizarse abortos durante el segundo trimestre del embarazo, que son más riesgosas.

Tabla 1.1 Cantidad estimada de mujeres que utilizan un método anticonceptivo y cantidad que tiene un embarazo no deseado durante el primer año del uso del método anticonceptivo, por tipo de método anticonceptivo, datos globales, 2007

Método anticonceptivo	Tasa estimada de fracaso (uso típico), % ^a	Cantidad de usuarias, en miles ^b	Cantidad de mujeres con un embarazo accidental (uso típico), en miles ^c
Esterilización femenina	0,5	232 564	1163
Esterilización masculina	0,15	32 078	48
Inyectables	0,3	42 389	127
Dispositivo intrauterino (DIU)	0,8	162 680	1301
Pastillas	5,0	100 816	5041
Preservativo masculino	14	69 884	9784
Barrera vaginal	20	2291	458
Abstinencia periódica	25	37 806	9452
Coito interruptus	19	32 078	6095
Total	4,7	712 586	33 469

^a Los cálculos de Trussell (51) se basan en datos de EE. UU. Las tasas de fracaso estimadas en el uso típico cubren el fracaso del método y el fracaso del usuario que utiliza el método anticonceptivo en condiciones típicas.

^b Sobre la base de la cantidad estimada de mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o en concubinato en 2007 y del porcentaje que usa un método anticonceptivo específico (34).

^c Columna (4) = Columna (3) × (Columna (2)/100)

Tabla 1.2 Bases sobre las cuales se permite el aborto (% de países) por región y subregión, 2009

País o área	Para salvar la vida de la mujer	Para preservar su salud física	Para preservar su salud mental	Violación o incesto	Daño fetal	Razones sociales o económicas	A requerimiento	Cantidad de países
Todos los países	97	67	63	49	47	34	29	195
Países desarrollados	96	88	86	84	84	80	69	49
Países en vías de desarrollo	97	60	55	37	34	19	16	146
África	100	60	55	32	32	8	6	53
África Oriental	100	71	65	18	24	6	0	17
África Central	100	33	22	11	11	0	0	9
África Septentrional	100	50	50	33	17	17	17	6
África Meridional	100	80	80	60	80	20	20	5
África Occidental	100	63	56	50	44	6	6	16
Asia ^a	100	63	61	50	54	39	37	46
Asia Oriental	100	100	100	100	100	75	75	4
Asia Centromeridional	100	64	64	57	50	50	43	14
Sudeste asiático	100	55	45	36	36	27	27	11
Asia Occidental	100	59	59	41	59	29	29	17
América Latina y el Caribe	88	58	52	36	21	18	9	33
El Caribe	92	69	69	38	23	23	8	13
América Central	75	50	38	25	25	25	13	8
Sudamérica	92	50	42	42	17	8	8	12
Oceanía ^a	100	50	50	14	7	0	0	14

^a Se excluyeron Japón, Australia y Nueva Zelanda del recuento regional, pero se incluyeron en el total de los países desarrollados.

Adaptado a partir de la referencia 3.

21. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.
26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoul Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
29. Ferrando D. *El aborto clandestino en el Perú: hechos y cifras*. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
30. *Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study*. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:224–251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.

46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

En este capítulo se trata, en forma breve, el tratamiento clínico de las mujeres antes, durante y después de someterse a un aborto. En el documento de la OMS *Manual de práctica clínica para la atención para un aborto sin riesgos* se indica en detalle cómo ofrecer atención clínica a las mujeres que se realizan un aborto.

La base de la evidencia de las siguientes recomendaciones está disponible en forma de tablas según la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) y puede accederse a ella en línea. La descripción de la metodología de GRADE se presenta en la sección sobre Métodos de este documento (páginas 10–11). Las tablas de GRADE están disponibles en: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10.

Además de estimar la duración del embarazo, recabar los antecedentes clínicos debería servir para identificar las contraindicaciones de los métodos de aborto médico o quirúrgico y para identificar los factores de riesgo de las complicaciones del tratamiento. Cuando se recaban los datos de los antecedentes, se deben incluir: los antecedentes personales y familiares de enfermedades relevantes; los antecedentes ginecológicos y obstétricos, entre ellos, un embarazo ectópico previo; la tendencia a sufrir hemorragias o trastornos relacionados; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o presencia de estas; uso actual de medicamentos; alergias conocidas; y evaluación de riesgo de violencia o coerción. El profesional de la salud debe alertar sobre la posibilidad de que exista violencia o coerción en el contexto de un embarazo no deseado (ver la Sección 2.1.8.1).

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a un aborto requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médicas o quirúrgicas (ver la Sección 2.2.7.1). Existe la posibilidad de ofrecer la realización de pruebas para detectar el VIH, pero no es un requisito para que las mujeres reciban los servicios relacionados con el aborto.

o después del procedimiento. Siempre que sea posible, se debe realizar la prueba para determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh, para administrar inmunoglobulina Rh cuando esté indicado (ver la Sección 2.1.7).

las fechas de menstruación y la evaluación de la edad gestacional, hemorragia vaginal, embarazo en presencia de un dispositivo intrauterino [DIU], o dolor pélvico) generan la sospecha de un embarazo ectópico, deben realizarse investigaciones adicionales (14). Entre estas pueden incluirse una ecografía pélvica y medición seriada de la coriagonadotropina humana (hCG). Si no fuera posible, o si se diagnostica o sospecha fuertemente un embarazo ectópico, se debe derivar a la mujer a un centro adecuado para el tratamiento.

de un aborto con un embarazo más avanzado. Una vez que la mujer tomó una decisión, se le debe realizar el aborto tan pronto como sea posible (19). El profesional de la salud también debe ofrecer información y una derivación para recibir atención prenatal a las mujeres que decidan continuar con el embarazo a término o que consideren la adopción.

En algunas circunstancias, la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, un miembro de la familia, un profesional de la salud u otra persona para que se someta a un aborto. Las adolescentes solteras, las mujeres en relaciones abusivas y las mujeres con VIH pueden ser especialmente vulnerables a este tipo de presión. Si los profesionales de la salud sospechan de coerción, deberán hablar con la mujer a solas, o derivarla para que obtenga asesoramiento adicional. Si el personal sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, deberán derivarla a los servicios de asesoramiento y tratamiento que correspondan. Los directores deben asegurarse de que todo el personal sepa de la disponibilidad de dichos recursos en el sistema de salud y en la comunidad (ver Capítulo 3).

apropiado que cambie por un método distinto (para obtener un análisis más profundo, ver la Sección 2.3 y el Anexo 6). Sin embargo, la elección final del método debe realizarla solo la mujer.

La aceptación de un método anticonceptivo por parte de la mujer nunca debe ser una condición previa para realizar un aborto. Algunas mujeres tal vez prefieran analizar sus opciones de anticoncepción después de haber finalizado el aborto.

farmacológicos antes de un aborto quirúrgico durante el primer trimestre porque podría permitir que el procedimiento sea más rápido y sencillo al reducir la necesidad de una dilatación mecánica del cuello uterino (29, 30). La preparación del cuello uterino antes de un aborto quirúrgico resulta especialmente beneficiosa para las mujeres que presentan anomalías o una cirugía previa en el cuello uterino, para las adolescentes y en los casos de embarazos avanzados, ya que representan un riesgo alto de lesión del cuello uterino o perforación del útero que podría derivar en una hemorragia (31, 32). También podría facilitar el procedimiento de aborto para los profesionales que no tienen mucha experiencia. Sin embargo, la preparación del cuello uterino tiene ciertas desventajas, entre ellas, una molestia adicional para la mujer y el costo y tiempo adicionales para realizarla en forma eficaz. Por lo tanto, se recomienda para todas las mujeres con embarazos de más de 12 a 14 semanas de gestación (29, 30, 33), si bien podría considerarse su uso en mujeres con cualquier edad gestacional, en especial en aquellas con riesgo alto de lesión en el cuello uterino o perforación del útero.

La preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos requiere, por lo menos, 4 horas para que sea eficaz. Las investigaciones indican que, para los abortos quirúrgicos durante el primer trimestre, puede prepararse el cuello del útero en forma eficaz con la administración de 400 µg de misoprostol por vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento (29). Otro régimen farmacológico eficaz es la administración de 200 mg de mifepristona por vía oral 36 horas antes de una aspiración de vacío (29, 34). Para la preparación del cuello uterino antes de una DyE, la eficacia del misoprostol es inferior a una dilatación de un día para el otro con laminaria. A diferencia de la laminaria, no se ha estudiado el uso de misoprostol solo para la preparación del cuello uterino después de las 20 semanas de gestación. El uso de misoprostol combinado con dilatadores osmóticos de un día para el otro no produce un beneficio adicional para dilatar el cuello del útero antes de las 19 semanas de gestación (30).

durante el aborto, se utilizan tres tipos de fármacos, ya sea solos o combinados: analgésicos, que alivian la sensación de dolor; tranquilizantes, que reducen la ansiedad; y anestésicos, que disminuyen la sensación física durante el aborto quirúrgico. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local o una sedación leve complementada con apoyo verbal son suficientes. La mayoría de estos fármacos son comparativamente económicos.

Los analgésicos no narcóticos incluidos en la *lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*, por ejemplo, los antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno, reducen el dolor, incluidos los espasmos uterinos, asociado con los métodos de aborto médicos y quirúrgicos (42, 43). En tres ensayos controlados aleatorizados, se halló que el paracetamol no es eficaz para aliviar el dolor posterior al procedimiento después de un aborto quirúrgico (44–46) y fue igualmente ineficaz para reducir el dolor durante un aborto médico (47). Por lo tanto, no se recomienda el uso de paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.

En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tal como el diazepam, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil tanto para la mujer como para el profesional. Estos fármacos pueden provocar amnesia, lo que algunas mujeres podrían querer, pero también pueden inducir somnolencia y retrasar la deambulación (37). El uso complementario de analgésicos narcóticos también puede ser apropiado, pero dada la posibilidad de complicaciones, tal como la depresión respiratoria, es necesario disponer de agentes que reviertan el efecto narcótico y de medidas de resucitación.

experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía.

pélvica, hemorragia excesiva, lesión del cuello del útero, evacuación incompleta, perforación del útero, complicaciones con la anestesia y continuación del embarazo (1, 2). Con cualquier procedimiento de aborto se producen espasmos abdominales y hemorragia del tipo menstrual.

CUADRO 2.1

Los métodos médicos de aborto han demostrado ser aceptables en muchos entornos, incluidos los entornos de bajos recursos (76–78). Los medicamentos están cada vez más disponibles en todo el mundo, y la combinación de mifepristona y misoprostol para el aborto médico ahora forma parte de la *lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS* (73, 79). A medida que estos medicamentos estén cada vez más disponibles, los directores de los programas deben estar atentos a los requerimientos para incorporar los métodos médicos de aborto a los servicios de salud existentes (ver el Capítulo 3).

de 800 µg de misoprostol vaginal entre 36 y 48 horas después, administrado en un centro de salud. Es posible administrar un máximo de cuatro dosis adicionales de 400 µg de misoprostol con intervalos cada tres horas, por vía vaginal o sublingual (27, 28). Los regímenes durante este período del embarazo y el entorno en que pueden administrarse son objeto de investigaciones en curso.

Debido a la amplia disponibilidad y el bajo costo del misoprostol, y dado que en ciertos entornos se ha informado que su uso ampliado contribuye a reducir las complicaciones de un aborto inseguro (96), el uso de misoprostol solo parece ser frecuente cuando no se dispone de mifepristona.

Los regímenes recomendados de misoprostol son 800 µg administrados por vía vaginal o sublingual, con una dosis repetida en un intervalo no menor a 3 horas y durante no más de 12 horas con tres dosis como máximo. Este régimen es entre el 75 % y 90 % eficaz para completar el aborto. La administración sublingual es menos eficaz que la administración vaginal, salvo que se administre cada 3 horas, pero este régimen tiene índices altos de efectos secundarios gastrointestinales (4, 96, 97). No se recomienda la administración oral debido a su eficacia inferior.

de tipo menstrual con los métodos médicos de aborto. En promedio, el sangrado vaginal disminuye gradualmente a lo largo de, aproximadamente, las dos semanas posteriores al aborto médico, pero, en los casos individuales, la hemorragia y oligometrorragia pueden durar hasta 45 días. Este tipo de hemorragia raramente es lo demasiado intensa como para constituir una emergencia. La evacuación quirúrgica puede realizarse a pedido de la mujer o, en los casos en los que la hemorragia es intensa o prolongada y causa anemia o cuando hay evidencia de infección. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar a una mujer con hemorragia o derivarla tan pronto como sea posible (19).

general, el personal debe estar capacitado en el manejo de las convulsiones y en la resucitación cardiopulmonar. En los lugares donde se utilicen narcóticos, es necesario disponer fácilmente de agentes que reviertan el efecto de estos.

fluidos corporales o las membranas mucosas (124). Se deben usar guantes estériles o con un alto grado de desinfección y se deben reemplazar en cada contacto con distintas pacientes y en cada evaluación vaginal (o rectal) en la misma mujer. Después de finalizar la atención de una mujer y quitarse los guantes, el profesional de la salud debe siempre lavarse las manos, ya que los guantes podrían tener agujeros que no se detectan (124). Cabe destacar que el uso de accesorios auxiliares, como las botas estériles, no causa una diferencia significativa en el índice de infecciones, aunque sí aumenta los costos.

los contaminantes. Puede usarse un desinfectante como solución de cloro al 0,5 %. Los aspiradores deben desarmarse antes de limpiarlos o realizarles algún procedimiento adicional. Se deben separar los adaptadores desmontables de las cánulas.

Precaución: no es seguro manipular los aspiradores, las cánulas y los adaptadores con las manos sin protección hasta que estén limpios.

Después de poner el instrumental en remojo, lavar todas las superficies en profundidad con agua y detergente. Es preferible usar detergente en lugar de jabón, ya que este puede dejar residuos. Se debe esterilizar todo el instrumental (preferentemente) o

se debe desinfectar con un desinfectante de alto nivel (cuando no sea posible o viable llevar a cabo un proceso de esterilización). La esterilización mata todos los microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas como las que causan tétanos y gangrena gaseosa. Un alto nivel de desinfección (AND) destruye todos los microorganismos, incluidos el virus de la hepatitis B y el del VIH, pero no mata de manera confiable las endosporas bacterianas.

La mejor forma de esterilización se logra con vapor presurizado (autoclave) o con remojo durante varias horas (>5 horas) en una solución de glutaraldehído de preparación reciente (125). Es posible alcanzar un AND con remojos más breves en soluciones de glutaraldehído o cloro (hipoclorito sódico) (125).

Tabla 2.1 Procesamiento del instrumental

Método	Agente	Tiempo	Notas
Esterilización	Vapor presurizado (autoclave)	20 minutos a 121 °C y presión de 103,5 kPa a 140 kPa	Se supone que el vapor puede acceder a las áreas del equipo que se intenta descontaminar. Se debe incrementar el tiempo a 30 minutos en el caso de los objetos envueltos.
	Solución de glutaraldehído al 2 %	5 horas de contacto en una formulación alcalina activada al 2 % (pH = 7,5–9) a una temperatura entre 20 °C y 25 °C	Algunas fuentes o fabricantes recomiendan 10 horas para la esterilización.
Alto nivel de desinfección (AND)	Cloro (hipoclorito sódico)	5 minutos de contacto a una temperatura entre 20 °C y 25 °C con solución amortiguadora de hipoclorito (pH = 7–8) en una concentración de 5000 ppm de cloro disponible (una dilución de, aproximadamente, el 10 % del cloro hogareño, ya que puede ser corrosivo para los metales)	Algunas fuentes recomiendan 20 minutos en una dilución al 5 % si se prepara con agua del grifo o una dilución al 1 % si se prepara con agua hervida.
	Solución de glutaraldehído al 2 %	30 minutos de contacto en una formulación alcalina activada al 2 % (pH = 7,5–9) a una temperatura entre 20 °C y 25 °C	Algunas fuentes o fabricantes recomiendan 20 horas para alcanzar un AND.
	Hervido	20 minutos a “ebullición constante”	Se debe cubrir el recipiente; no es necesario sumergir por completo los objetos que flotan.

Nota: la eficacia de todas las técnicas de esterilización y AND depende de la limpieza previa para eliminar toda materia orgánica que se haya secado y adherido al equipo (123, 125, 126).

No sucede lo mismo con el fenol o los antisépticos. El instrumental procesado en frío (remojado en soluciones) debe enjuagarse perfectamente después del procesamiento. El instrumental sometido a un AND puede enjuagarse en agua hervida, mientras que el instrumental esterilizado debe enjuagarse en agua estéril (ver la Tabla 2.1 para obtener los detalles sobre el procesamiento del instrumental).

Algunos fabricantes producen aspiradores y cánulas hechos con plásticos de calidad superior diseñados para ser esterilizados en autoclave, mientras que otros instrumentos de plástico se rajan y derriten cuando se exponen a una temperatura alta para su esterilización. Los profesionales de la salud siempre deben recurrir a las instrucciones de uso de todos los materiales que se desinfecten de manera tal de asegurarse que se está usando el método apropiado de desinfección. Además, deben seguir las instrucciones del fabricante para todos los productos empleados en el proceso de desinfección.

y se debe considerar la posibilidad de ofrecérselos para que los conserven en su hogar para usarlos en el futuro, en especial a las mujeres cuyo método primario de anticoncepción es el condón y a quienes deciden no comenzar a utilizar un método anticonceptivo de rutina en forma inmediata.

Los profesionales deben analizar la prevención de las ETS, incluido el VIH, y la importancia de usar condones con las mujeres que elijan métodos anticonceptivos distintos a los condones (127). Se debe enfatizar particularmente la información sobre la prevención de infecciones para aquellas personas con mayor riesgo y en las áreas con un predominio alto de VIH y otras ETS. Se debe disponer de asesoramiento y pruebas de detección de VIH en el centro de salud o a través de una derivación a otros centros. Se debe promocionar la protección doble o el uso de un método como el condón o una combinación de métodos que protejan tanto contra embarazos como contra ETS.

Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, sencillas, oralmente y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud y cómo reconocer complicaciones que puedan requerir atención médica. Dichas instrucciones deben incluir lo siguiente: abstenerse de tener relaciones sexuales y de colocarse cualquier elemento en la vagina hasta que cese la hemorragia; la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluidos los de emergencia, evitar el embarazo (la fertilidad puede retornar solo dos semanas después del aborto) y la necesidad de regresar al centro de salud en caso de aumento del dolor pélvico, hemorragia intensa o fiebre (19). Mientras las mujeres esperan que se complete un aborto médico, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarles apoyo.

por razones médicas o como producto de una violación pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o tal vez deseen asesoramiento adicional.

25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinológica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. *Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.
45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.

47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
50. Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxim administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
56. Niinimäki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.
57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41–54.
63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.
66. Grimes DA, Hulka JF, McCuthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.
68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965.

70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. Mckinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
85. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738–742.
86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
88. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.
90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.

91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
102. Diniz E et al. Efietos sobre o concepto do metotrexato (ametofterina) administrado à mae. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina à Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286–290.
103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
104. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.
111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.

114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillières Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic-abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).
124. WHO guidelines on hand hygiene and health care. *First global patient safety challenge, clean care is safer care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.

Planificación y administración de la atención para un aborto legal y sin riesgos requiere tomar en cuenta distintas cuestiones del sistema de salud. Estas cuestiones tienen validez tanto para los servicios públicos como privados o sin fines de lucro. En la mayoría de los casos, modificaciones menores de los recursos ya existentes, la adquisición mínima de equipos y medicamentos adicionales o la provisión de una capacitación básica pueden permitir que estos servicios se presten en lugares donde previamente no existían o mejorar la calidad, seguridad, eficiencia y capacidad de los ya existentes. El establecimiento o el fortalecimiento de los servicios ya existentes debe basarse en una planificación minuciosa que abarque los siguientes principios y recomendaciones, que se han generado a partir de revisiones de la bibliografía científica pertinente, y en los recientes procesos de consultas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (indicados mediante vínculos a las publicaciones en línea).

Involucra la evaluación de la situación actual; la introducción de intervenciones y la comprobación de su factibilidad, aceptabilidad y eficacia a una escala pequeña y luego la adaptación a escala superior de las intervenciones exitosas de modo que los beneficios puedan tener un impacto más amplio en el desempeño del sistema de salud y la salud y el bienestar de las mujeres, sus familias y comunidades (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html).

CUADRO 3.1



de decisión, la ausencia de discriminación, y la confidencialidad y privacidad para todas las mujeres, incluidas las adolescentes (18). Estos derechos humanos están consagrados en los tratados de derechos humanos regionales e internacionales, así como en las leyes y constituciones nacionales.

información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara. Las adolescentes consideradas lo suficientemente maduras como para recibir asesoramiento sin la presencia de un padre u otra persona tienen el derecho a la privacidad y pueden solicitar tratamiento y servicios confidenciales (ver la Sección 3.3.5.2).

Los directores de servicios de salud deben asegurar que las instalaciones provean privacidad, tanto para conversar con la paciente, como para brindar los servicios. Por ejemplo, las salas de procedimiento deben estar divididas para proporcionar privacidad visual y auditiva, y solo el personal del centro que es necesario para el aborto inducido debe estar presente. Debe haber un lugar privado para desvestirse, ventanas con cortinas y paños de tela o de papel para cubrir a la mujer durante el procedimiento.

Tabla 3.1 Medicamentos, suministros y equipos para el cuidado del aborto sin riesgos

Paso del procedimiento	Medicamentos y suministros	Equipo
Evaluación clínica Procedimiento de aborto quirúrgico (equipo para dilatación y evacuación [DyE] resaltado en negrita)		

la capacitación de los profesionales para introducir nuevos servicios. Donde los servicios ya existen, las mejoras de la infraestructura pueden facilitar un flujo de pacientes más eficaz y aumentar la privacidad y la satisfacción de las usuarias, mientras que la introducción de métodos actualizados, como la aspiración de vacío y el aborto médico, puede mejorar la seguridad y reducir los costos (23, 24).

Además del entrenamiento de las habilidades, la participación en ejercicios de clarificación de valores puede ayudar a los profesionales a diferenciar sus creencias personales y actitudes de las necesidades de las mujeres en busca de los servicios de aborto (27). La clarificación de valores es un ejercicio que articula la manera en que los valores personales influyen en la forma en que los profesionales interactúan con las mujeres que buscan el aborto. A pesar de los intentos de objetividad de los profesionales, las creencias negativas y predefinidas sobre el aborto, y sobre las mujeres que se realizan abortos, a menudo influyen en el criterio profesional y la calidad de la atención (28, 29).

En muchos contextos, hacer que los servicios de aborto legal y sin riesgos sean fácilmente accesibles para todas las mujeres elegibles requerirá la capacitación de los profesionales de la salud de nivel medio (30–34). Estudios comparativos han demostrado que no hay diferencia en los índices de complicaciones entre las mujeres que se sometieron a abortos en el primer trimestre con AVM realizada por proveedores de salud de nivel medio y aquellas a quienes un médico les realizó el procedimiento (6). Las habilidades y las expectativas de desempeño establecidas en estándares y guías deben servir de base para la capacitación previa al servicio de todos los conjuntos de profesionales apropiados, y los proveedores de atención para el aborto deben recibir capacitación en el servicio para garantizar que mantienen sus habilidades para realizar sus trabajos de acuerdo con los estándares de la atención para el aborto.

CUADRO 3.2

diseñada permite a los directores de instituciones y supervisores de personal brindar retroalimentación al personal sobre los problemas e involucrarlo en un proceso participativo para implementar soluciones. En el ámbito de la institución, los mecanismos para supervisar los servicios incluyen el análisis de las estadísticas de rutina del servicio, la revisión de casos y registros, observación, listas de control, evaluaciones sobre las instalaciones y auditorías sobre cuasi pérdidas, y obtener retroalimentación de las usuarias del servicio para mejorar la calidad de la atención. Las estadísticas de rutina del servicio de aborto incluyen: la edad y el número de mujeres a las que se les realiza un aborto inducido por método (aspiración de vacío, aborto médico, dilatación y evacuación [DyE]) y la edad gestacional del embarazo.

La supervisión de los indicadores nacionales de aborto sin riesgos es importante y ha sido descuidada ampliamente (35). La introducción de indicadores específicos del aborto y las estadísticas del servicio se deben desarrollar en el contexto de la supervisión del programa nacional de salud materna y reproductiva. Los datos de las instituciones sobre los servicios de aborto se pueden integrar en sistemas de información de gestión existente (por ejemplo, formularios, libros de actividades, registros de reserva de suministros, listas de control, registros de las pacientes, registros de la actividad diaria) en lugar de crear sistemas independientes (36, 37). Los indicadores de la OMS para el cuidado del aborto sin riesgos (38) se muestran en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2. Indicadores para la atención para un aborto sin riesgos^a

Área	Indicador	Tipo de medida	Tipo de indicador (central ^b , adicional ^c)	Fuente de los datos
Acceso: disponibilidad	Número de instalaciones que ofrecen servicios de aborto sin riesgos cada 500 000 habitantes	Índice	Adicional	HIS ^d
	Proveedores de salud capacitados para proporcionar servicios de aborto sin riesgos con todo el alcance de la ley	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
	Población que vive dentro de las 2 horas de viaje de una instalación que presta servicios de aborto sin riesgos	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
Acceso: información	Población con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
	Personal de la salud con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Acceso: calidad	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el aborto inducido	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el tratamiento de las complicaciones del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Resultado/ impacto	Admisiones obstétricas y ginecológicas debido al aborto	Porcentaje	Central	HIS
	Índice de hospitalización para el aborto sin riesgos cada 1000 mujeres	Índice	Adicional	HIS
	Abortos cada 1000 nacidos vivos	Proporción	Central	HIS/encuesta (población)
	Muertes maternas atribuidas al aborto	Porcentaje	Central	HIS/encuesta (especial)/ registro vital

^a Otros indicadores relevantes para lograr el acceso universal a la salud reproductiva se pueden encontrar en la referencia 38.

^b Indicadores que todos los países deben informar.

^c Indicadores que los países podrían informar en función de sus necesidades especiales, características contextuales y capacidades (por ejemplo, cuando la cobertura de los datos centrales es alta).

^d Sistema de información de la salud.

Tabla adaptada de la referencia 38.

CUADRO 3.3

--

cuadro 3.3 continuación

--	--

cuadro 3.3 continuación

--	--

dentro del paquete de beneficios. Con frecuencia, se utilizan otras fuentes de financiamiento de los servicios de salud, entre ellas, solicitar contribuciones a los individuos que usan el sistema de salud. La OMS recomienda que los pagos de los individuos por los servicios de salud se recolecten como un tipo de prepago, en lugar de hacerlo al momento de la prestación del servicio (51). Sin embargo, en muchos lugares, habitualmente se cobran honorarios al usuario, los cuales pueden ser una barrera importante para acceder a los servicios para las mujeres de bajos ingresos y las adolescentes. Además, las mujeres que buscan un aborto pueden tener que pagar tarifas informales elevadas (cargos impuestos por los proveedores además de los cargos oficiales del sistema de salud), los cuales, cuando se combinan con los costos del pasaje y otros, como por ejemplo el tiempo perdido en empleos remunerados, constituyen una barrera para muchas mujeres. La barrera de los costos elevados para las mujeres posiblemente genere costos más altos para el sistema de salud al aumentar el número de mujeres que prueban el aborto autoinducido o concurren a proveedores inseguros y, como consecuencia, deben ser hospitalizadas por complicaciones graves (52, 53).

El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos demandan que las mujeres puedan acceder a los servicios de aborto legal independientemente de su capacidad de pago. Los mecanismos de financiamiento deben garantizar el acceso equitativo a servicios de buena calidad (54). Cuando se cobran honorarios a la usuaria por el aborto, los mismos deben estar al alcance de la mujer y se deben desarrollar procedimientos para exceptuar a las mujeres de bajos ingresos y las adolescentes del pago de los servicios. En la medida de lo posible, debería ser obligatorio que los servicios de aborto estén cubiertos por los planes de seguro. Nunca debería negarse o demorarse un aborto porque una mujer no puede pagarlo. Más aún, todos los centros deberían implementar procedimientos que aseguren que el personal no cobre gastos informales.

y los programas de salud sexual y reproductiva (55–60). El Enfoque Estratégico comienza con la creación de un equipo de evaluación que represente a una amplia gama de participantes, como los mencionados anteriormente, y que conduzca una evaluación de campo para identificar y priorizar las necesidades relacionadas con el acceso al aborto y los servicios anticonceptivos, la disponibilidad y la calidad del cuidado. En función de los hallazgos y las recomendaciones del equipo de evaluación, se implementa un paquete de intervenciones de políticas y programas a una escala limitada para proporcionar evidencia local de factibilidad, eficacia y aceptabilidad. En caso de tener éxito, las intervenciones luego se adaptan a una escala superior para tener un impacto más amplio.

Independientemente de los métodos utilizados, es importante que las acciones para fortalecer las políticas y los servicios estén basadas en una comprensión profunda del sistema de prestación de servicios, las necesidades de los proveedores, las necesidades de las mujeres y el contexto social, cultural, legal, político y económico existente. También es importante que se incorporen las múltiples perspectivas. Esto ayuda a asegurar que las recomendaciones y los planes basados en la evaluación sean ampliamente aceptados y, por ende, más factibles de ser implementados. Es de particular importancia incluir las perspectivas de las usuarias y potenciales usuarias sobre los servicios, dado que ellas son la principal fuente para identificar las barreras que existen para el uso de los mismos. Es también fundamental que la evaluación examine el acceso de las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva en general y, específicamente, su acceso a información, asesoramiento y métodos anticonceptivos, porque estos son determinantes importantes de la incidencia de embarazos no deseados.

más críticas. Una guía de campo está disponible con información más detallada sobre el proceso de conducción de una evaluación estratégica (61) (puede obtenerse en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11).

23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
25. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
26. *Model certificate of a pharmaceutical product*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
28. *The abortion option: a values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
29. Turner KL, Chapman Page K. *Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, Ipas, 2008.
30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
32. *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. New York, Population Council, 2000.
33. *PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH)*. Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
34. Yumkella F, Githiori F. *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
36. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010.
37. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2009.
38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.
39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
42. EngenderHealth, Ipas. *COPE® for comprehensive abortion care: a toolbook to accompany the COPE handbook*. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.
45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.

48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
53. Nagma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
55. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184-194.
58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133-143.
61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

y la seguridad de la persona, el derecho a no sufrir ningún tratamiento inhumano y degradante y el derecho a la educación y la información. Estos derechos se reconocen y se definen más extensamente en tratados regionales, promulgados en las constituciones nacionales y las leyes de muchos países.

Teniendo en cuenta estos derechos humanos, en el proceso de revisión y evaluación de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas de 1999 (ICPD+5), los gobiernos acordaron que “en los casos en los que el aborto no esté contra la ley, los sistemas de salud deben

capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean accesibles y sin riesgos. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres” (6). El documento original, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 se inició a partir de este mandato (7).

Durante los últimos 15 años, los organismos de derechos humanos internacionales y regionales y los tribunales nacionales han aplicado cada vez más los derechos humanos, entre estos organismos

CUADRO 4.1

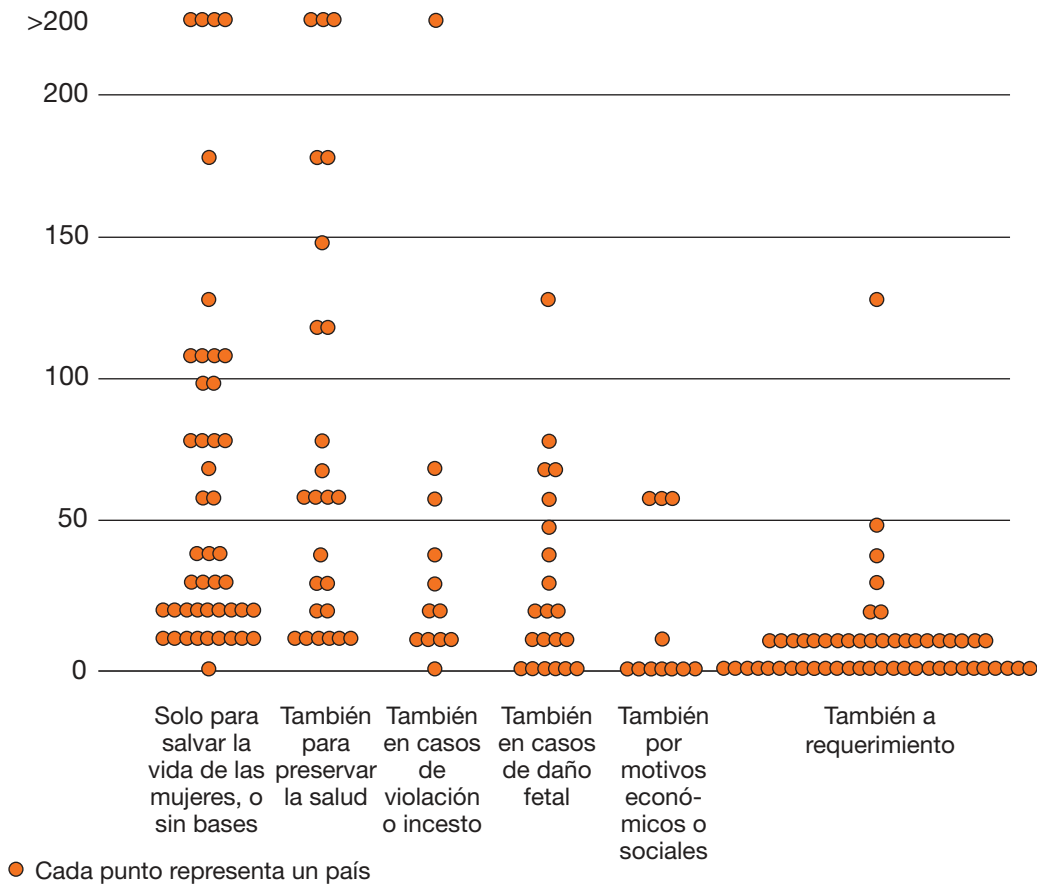
se incluyen los organismos de control de los tratados de las Naciones Unidas en el contexto del aborto (ver el Cuadro 4.1). Recomendaron que los Estados reformen las leyes que penalizan los procedimientos médicos que necesitan solo las mujeres y las leyes que castigan a las mujeres que se someten a estos procedimientos (8), ambos tipos de leyes se aplican en el caso del aborto. Con el fin de proteger la salud de la mujer y los derechos humanos, estos organismos de derechos humanos recomendaron que los Estados realicen todos los esfuerzos para garantizar que las mujeres no deban someterse a

abortos clandestinos y que el aborto debe ser legal como mínimo cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida (9) y la salud (10) de la mujer y en casos de violación e incesto (11). También recomendaron que los Estados deban garantizar un acceso oportuno y asequible a los servicios de salud de buena calidad. Este acceso se debe proporcionar de modo tal que asegure que la mujer da su consentimiento plenamente informado, respete su dignidad, garantice su confidencialidad y sea sensible a sus necesidades y perspectivas (8).

cuadro 4.1 continuación

Dado el vínculo claro entre el acceso al aborto sin riesgos y la salud de la mujer, se recomienda que las leyes y las políticas respeten y protejan la salud de la mujer y sus derechos humanos.

Figura 4.1 Muertes atribuidas a un aborto inseguro cada 100 000 nacidos vivos, según las bases legales para el aborto



Extraído de: *The World Health Report 2008 – primary health care now more than ever (Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca.)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

en la negación de los servicios a la mujer porque se han superado los límites de edad gestacional establecidos por las leyes. En muchos contextos, las mujeres que fueron víctimas de violación pueden tener miedo de ser estigmatizadas por la policía y otras personas. Por lo tanto, rehúyen de todos modos a realizar la denuncia por violación y, de esta manera, quedan imposibilitadas para acceder al aborto legal. Cualquiera de las dos situaciones puede llevar a las mujeres a recurrir a los servicios clandestinos e inseguros para finalizar con su embarazo.

Además, algunos contextos de prestación de servicios restringen los servicios que ofrecen según límites gestacionales que no están basados en la evidencia. Por ejemplo, algunos países ofrecen servicios de aborto ambulatorios solo hasta las ocho semanas de gestación cuando se podrían proveer de manera segura incluso después de 12 a 14 semanas de gestación (ver los Capítulos 2 y 3). Asimismo, algunos países ofrecen aspiración de vacío solo hasta las seis u ocho semanas, cuando el personal de salud capacitado puede proporcionarlo de manera segura hasta las 12 a 14 semanas de gestación. Estas políticas también promueven el uso continuo de procedimientos menos seguros, como la dilatación y curetaje.

(56, 57), a pesar de eso, muchos países aún no los han registrado o no los han colocado en su lista nacional de medicamentos esenciales. En ocasiones, también puede haber restricciones legales en la distribución de medicamentos después de su aprobación.

La información debe ser completa, precisa y fácil de entender, y debe estar dada de modo que ayude a la mujer a ser capaz de dar libremente su consentimiento plenamente informado, respete su dignidad, garantice su privacidad y confidencialidad y sea sensible a sus necesidades y perspectivas (8).

mencionados en la Sección 4.2.2 para garantizar que el aborto sea seguro y accesible. Deben examinarse las políticas preexistentes para determinar la presencia de brechas y dónde se requieren mejoras (ver también el Capítulo 3).

Las políticas deben apuntar a:

10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations; Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.

15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiác v. Poland*. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R., Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysiác v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):76–87.
28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178–188.

29. *Millennium development goals in Russia: looking into the future*. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
35. *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*. 20 March 2000. United Nations.
42. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
46. Cook RJ, Ngwenya CG. Women’s access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.

52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
56. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. *Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists*. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972
60. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontakt-information-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007*. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

ANEXO 1

ANEXO 2

5. ¿Cuál es el método recomendado de aborto después de las 12 semanas de gestación?
 - a. Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - b. Resultado 2: continuación del embarazo
 - c. Resultado 3: efectos secundarios (generales, individuales)
 - d. Resultado 4: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - e. Resultado 5: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento

6. ¿Cómo debe tratarse el aborto incompleto?
 - a. Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - b. Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - c. Resultado 3: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - d. Resultado 4: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento

7. ¿Qué método de aborto médico se debe utilizar después de las 12 semanas de gestación?
 - a. Resultado 1: aborto completo
 - b. Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - c. Resultado 3: complicaciones relacionadas con el procedimiento
 - d. Resultado 4: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento

8. ¿Cómo debe realizarse la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico?
 - a. Resultado 1: dilatación del cuello uterino satisfactoria
 - b. Resultado 2: grado (en mm) de dilatación del cuello uterino
 - c. Resultado 3: aceptación de la paciente
 - d. Resultado 4: duración del procedimiento
 - e. Resultado 5: intervalo desde el tratamiento al aborto completo
 - f. Resultado 6: efectos secundarios (generales, individuales)
 - g. Resultado 7: complicaciones

9. ¿A quiénes debe realizarse la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico?
 - a. Resultado 1: sin necesidad de más dilatación
 - b. Resultado 2: grado (en mm) de dilatación del cuello uterino
 - c. Resultado 3: preferencia de la paciente
 - d. Resultado 4: complicaciones

10. ¿Qué métodos de control del dolor se deben utilizar para el aborto médico?
- Resultado 1: efectos secundarios (generales, individuales)
 - Resultado 2: complicaciones
 - Resultado 3: intervalo de aborto desde el inicio del tratamiento
 - Resultado 4: eficacia en el alivio del dolor por el procedimiento
11. ¿Se debe recomendar que se realice una ecografía antes del aborto?
- Resultado 1: complicaciones
 - Resultado 2: no se puede finalizar el aborto
12. ¿Qué método de aborto quirúrgico se debe utilizar antes de las 12 semanas de gestación?
- Resultado 1: no se puede finalizar el aborto
 - Resultado 2: efectos secundarios (generales, individuales)
 - Resultado 3: otras complicaciones relacionadas con el procedimiento
13. ¿Debe realizarse un seguimiento de rutina a las mujeres después de un aborto inducido?
- Resultado 1: complicaciones
 - Resultado 2: costo
 - Resultado 3: aceptación de la paciente

¹ Obsérvese que en las recomendaciones (Anexo 5) esta pregunta se separó en dos recomendaciones en función de la edad gestacional de menos de 9 semanas y la edad gestacional entre 9 y 12 semanas.

ANEXO 3

ANEXO 4:

Dra. Anna Glasier

Dra. Helena von Hertzen

Notas

ANEXO 6

Tabla A2. Recomendaciones médicas de elegibilidad posterior al aborto para la esterilización quirúrgica femenina

Afección posterior al aborto	Esterilización quirúrgica femenina
Sin complicaciones	A
Septicemia o fiebre posterior al aborto	D
Hemorragia intensa posterior al aborto	D
Traumatismo grave en el tracto genital; desgarro del cuello uterino o vaginal en el momento del aborto	D
Perforación uterina	E
Hematometra aguda	D

ANEXO 7

Tabla A3. Principales tratados internacionales de derechos humanos	
Tratado internacional de derechos humanos (fecha de entrada en vigor)	Organismo de supervisión del tratado
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial contra la Mujer (ICERD) (1969)	Comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) (1976)	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR) (1976)	Comité de Derechos Humanos
Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1981)	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT) (1987)	Comité contra la Tortura
Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) (1990)	Comité sobre los Derechos del Niño
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (2003)	Comité sobre los Trabajadores Migratorios
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) (2008)	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Tabla A4. Tratado regional de derechos humanos	
Tratado regional de derechos humanos (fecha de entrada en vigor)	Organismo de supervisión del tratado
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (según las enmiendas en los Protocolos 1, 4, 6, 7, 12 y 13) (1953)	Corte Europea de Derechos Humanos
Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (1986)	Comisión Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belem do Para”) (1994)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Carta Social Europea (1961)/Carta Social Europea Revisada (1996)	Comité Europeo de Derechos Sociales
Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño (1999)	Comité Africano de Expertos sobre los Derechos y el Bienestar del Niño
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) (1999)	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (2005)	Comisión Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos
Carta Árabe de Derechos Humanos (2008)	Comité Árabe de Derechos Humanos
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2009)	Tribunal General/Tribunal de Justicia de la Unión Europea



Organización
Mundial de la Salud

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Organización Mundial de la Salud

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Fax: +41 22 791 4171

E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 354843 2

