



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Directrices sobre la atención para el aborto



Directrices sobre la atención para el aborto

Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]

ISBN 978-92-4-005792-0 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-005793-7 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ventas, derechos y licencias. Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descarga generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Nota de agradecimiento	vii
Acrónimos y abreviaturas	xi
Glosario	xiii
Resumen ejecutivo	xix
Capítulo 1. Introducción	1
1.1 Antecedentes y contexto	1
1.2 Objetivos, fundamentos, público destinatario, inclusividad y estructura de las directrices	3
1.2.1 Objective and rationale	3
1.2.2 Público destinatario	4
1.2.3 Equidad, inclusión y atención centrada en la persona	4
1.2.4 Estructura conceptual de las directrices	5
1.3 Un entorno propicio para la atención integral para el aborto	6
1.3.1 Los derechos humanos, incluido un marco legislativo y político de apoyo	8
1.3.2 Disponibilidad y accesibilidad de la información	14
1.3.3 Factores del sistema de salud	14
1.4 Consideraciones sobre el sistema de salud	15
1.4.1 Cobertura sanitaria universal y atención primaria de salud	16
1.4.2 Financiación de la salud	17
1.4.3. Competencias y formación del personal de salud	19
1.4.4 Productos básicos	19
1.4.5 Seguimiento y evaluación de la atención para el aborto de calidad	21
Capítulo 2. Reglamentación del aborto, incluidas las recomendaciones pertinentes	25
2.1 Enfoques comunes sobre la reglamentación del aborto	26
2.2 Recomendaciones relativas a la reglamentación del aborto	27
2.2.1 Tipificación del aborto como delito	28
2.2.2 Enfoques basados en supuestos para controlar el acceso al aborto	30
2.2.3 Límites a la edad gestacional	32

Capítulo 3. Recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas en el continuo

del proceso de atención para el aborto.....	35
3.1 Antecedentes.....	35
3.1.1 Estructura de la información de este capítulo	36
3.1.2 Principios e hipótesis subyacentes a las recomendaciones sobre as funciones de los trabajadores de la salud.....	37
3.2 Servicios aplicables en el continuo asistencial	38
3.2.1 Suministro de información.....	39
3.2.2 Oferta y prestación de orientación	42
3.2.3 Vínculos con servicios adicionales.....	45
3.3 Preaborto	46
3.3.1 Plazos de espera obligatorios impuestos por los Estados, los establecimientos de salud o los trabajadores de la salud	46
3.3.2 Autorización de terceros para abortar	47
3.3.3 Isoinmunización Rh	49
3.3.4 Profilaxis con antibióticos	51
3.3.5 Determinación de la edad gestacional del embarazo.....	52
3.3.6 Tratamiento del dolor en el aborto.....	54
3.3.7 Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico.....	60
3.3.8 Restricciones (en la legislación o las políticas) relativas a los trabajadores de la salud que pueden prestar legalmente atención para el aborto	65
3.3.9 Objeción de conciencia o negativa de los trabajadores de la salud a prestar servicios de aborto.....	67
3.4 Aborto.....	70
3.4.1 Métodos de aborto quirúrgico.....	71
3.4.2 Tratamiento médico del aborto provocado.....	76
3.4.3 Aborto retenido	83
3.4.4 Muerte fetal intrauterina	85
3.5 Posaborto.....	88
3.5.1 Atención de seguimiento después del aborto.....	88
3.5.2 Aborto incompleto	90
3.5.3 Tratamiento de complicaciones que no ponen en peligro la vida: infección y hemorragia.....	94
3.5.4 Anticonceptivos después del aborto.....	97
3.6 Opciones de prestación de servicios y enfoques de autogestión.....	103
3.6.1 Enfoques de prestación de servicios con apoyo.....	103
3.6.2 Enfoques de autogestión para el aborto médico en su totalidad o en parte.....	108
3.6.3 Enfoques de autogestión sobre los anticonceptivos posaborto.....	110

Capítulo 4.

Divulgación, aplicabilidad, lagunas de investigación y futuras actualizaciones

de las directrices y las recomendaciones	115
4.1 Divulgación.....	115
4.2 Aplicación y evaluación del impacto de las directrices.....	116
4.3 Lagunas de investigación y temas para futuros estudios	116

Referencias	121
Anexo 1. Expertos externos y personal de la OMS que participaron en la elaboración de las directrices	131
Anexo 2. Selección de tratados de derechos humanos y sus órganos de contro.....	139
Anexo 3. Referencias para el glosario	140
Anexo 4. Métodos y procesos empleados en la elaboración de las directrices	142
Anexo 5. Categorías y funciones de los trabajadores de la salud	152
Anexo 6. Seguimiento y evaluación de la calidad de la atención para el aborto: definición de los indicadores	154
Anexo 7. Revisiones sistemáticas y enlaces a las preguntas PICO y las recomendaciones.....	155
Anexo 8. Preguntas PICO para el ámbito de legislación y políticas	159
Anexo 9. Preguntas PICO para el ámbito de servicios clínicos.....	166
Anexo 10. Preguntas PICO para el ámbito de prestación de servicios.....	176
Anexo 11. Detalles sobre la promoción y la actualización de las directrices	185

Materiales suplementarios y anexos en línea:

- Web annex A. Key international human rights standards on abortion:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>
- Web annex B. Technical meetings during guideline development:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349318/9789240039513-eng.pdf>
- Supplementary material 1. Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Supplementary material 2. Evidence-to-Decision frameworks for the clinical service recommendations:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- Supplementary material 3. Evidence-to-Decision frameworks for the service delivery recommendations and best practice statements: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Nota de agradecimiento

El Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desean expresar su agradecimiento a las numerosas personas y organizaciones que han contribuido a la elaboración de estas directrices consolidadas.

La OMS extiende su sincero agradecimiento a la **presidenta** y a los **miembros del Grupo de elaboración de las directrices**: Laura Castleman (Presidenta) y Fauzia Akhter Huda, Karla Berdichevsky, Marge Berer, Michalina Drejza, Joanna Erdman, Kristina Gemzell Danielsson, Caitlin Gerds, Laura Gil, Selma Hajri, Guyo Jaldesa, Godfrey Kangaude, Vinoj Manning, Hiromi Obara, Alongkone Phengsavanh, Akila Radhakrishnan, Michelle Remme y Chi Undie; así como a la **asesora sobre derechos humanos** para la reunión del Grupo de elaboración de las directrices y las tres reuniones del Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones: Christina Zampas. También queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a los siguientes miembros del **Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones**: Nana Yaa Appiah, Suchitra Dalvie, Jemima Araba Dennis-Antwi, Surendra Dhital, Daniel Maceira, Sybil Nkeiru, Karan Parikh, Dhammika Perera, Judiac Ranape, Kitihoun Serge y Karthik Srinivasan; y a los siguientes **asesores de derechos humanos** que han contribuido al Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones sobre legislación y políticas: Abhijit Das, Sara Hossain, Karima Khalil, Primah Kwagala, Monica Arango Olaya y Xian Warner. También hay que dar las gracias a los miembros del **Grupo de revisión externa**: Safia Ahsan, Traci Baird, Sharon Cameron, Jane Harries, Thoai Ngo, Yvette Raphael, Mariana Romero, Rachel Simon-Kumar y Beverly Winikoff. En el anexo 1 de estas directrices se facilita la filiación institucional de estos y otros colaboradores.

Debemos expresar un agradecimiento especial a los **Equipos de síntesis de la evidencia**, que prepararon las revisiones sistemáticas para la Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE), especialmente a los **investigadores principales**: Alison Edelman, Taylor King, Makalapua Motu'apuaka, Robyn Paynter y María Rodríguez (ámbito de los servicios clínicos); Nicholas Henschke, Yanina Sguassero y Gemma Villanueva (ámbito de la prestación de servicios); Scott Burris, Amanda Cleeve, Fiona de Londras y María Rodríguez (ámbito de la legislación y políticas). También expresamos nuestro agradecimiento a los **metodólogos de las directrices**, Jeppe Schroll (ámbito de los servicios clínicos); Nicholas Henschke, Yanina Sguassero y Gemma Villanueva (ámbito de la prestación de servicios), y María Rodríguez (ámbito de la legislación y políticas). También hay que dar las gracias al equipo de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, dirigido por Veronique Filippi, por su trabajo sobre cuestiones de seguimiento y evaluación relacionadas con la calidad de la atención para el aborto. Damos las gracias al equipo de revisión de la «economía del aborto», dirigido por Ernestina Coast, Samantha Lattof, Brittany Moore y Yana Rodgers, por su colaboración y contribuciones a las directrices. También hacemos extensivo nuestro agradecimiento a la Alianza Internacional de Jóvenes por la Planificación Familiar (IYAFP) por su estrecha colaboración y las contribuciones de los miembros de su Grupo de trabajo de jóvenes al proceso de elaboración de las directrices.

Expresamos nuestro agradecimiento a los siguientes observadores de la reunión del **Grupo de elaboración de las directrices**, entre quienes se encuentran representantes de organismos de las Naciones Unidas: Patricia Lohr (British Pregnancy Advisory Service, y miembro del grupo asesor del programa Making Abortion Safe del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]), Jaydeep Tank (Federation of Obstetrics and Gynaecological Societies of India y Grupo de Trabajo para el aborto seguro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], India), Francelle Toedtli (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Estados Unidos de América), Ann Yates (Confederación Internacional de Personal de Partería, Países Bajos); y los siguientes **especialistas de los organismos de ejecución** que formularon observaciones sobre el proyecto de directrices: Bethan Cobley (MSI Reproductive Choices, Reino Unido), Rasha Dabash (Ipas, Estados Unidos de América), Eva Lathrop (Population Services International, Estados Unidos de América), Steve Luboya (Pathfinder, Estados Unidos de América) y Rebecca Wilkins (International Planned Parenthood Federation, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte).

Los siguientes miembros del personal de la OMS contribuyeron como miembros del **Grupo Directivo de las Directrices de la OMS**, que gestionó el proceso de elaboración de las directrices (todos ellos de la Unidad de Prevención del Aborto Peligroso [PUA] del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones Conexas [SRH], de la OMS): Mekdes Daba Feysa (prestó apoyo en el ámbito de los servicios clínicos y en el proceso general de elaboración de las directrices), Bela Ganatra (jefa de la Unidad de Prevención del Aborto Peligroso, codirectora del ámbito de la prestación de servicios), Heidi Johnston (prestó apoyo en el ámbito de la prestación de servicios, especialmente en la labor de seguimiento y evaluación), Caron Kim (oficial técnico responsable, coordinadora principal del ámbito de los servicios clínicos y codirectora del ámbito de la prestación de servicios, y coordinadora general del proceso de elaboración de las directrices) y Antonella Lavelanet (coordinadora principal del ámbito de la legislación y políticas y de los derechos humanos). Durante las fases iniciales de la planificación de las directrices, también formaron parte del Grupo Directivo Roopan Gill y Lemi Tolu (anteriormente en la Unidad de Prevención del Aborto Peligroso) y Rajat Khosla (anteriormente en la Oficina del Director del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva).

La redacción corrió a cargo de Fiona de Londras, Bela Ganatra, Heidi Johnston, Caron Kim, Antonella Lavelanet, Jane Patten y María Rodríguez. Claire Garabedian y Hannah Hatch prestaron apoyo administrativo a la OMS, y Sarah Kessler y Elizabeth Noble, del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, prestaron apoyo adicional en materia de comunicaciones, junto con Laura Keenan y Sarah Russell, de la Oficina del Director de Comunicaciones de la OMS, y Helen Palmer, de Weber Shandwick. Estamos muy agradecidos al siguiente personal de la Sede de la OMS y a los consultores que hicieron aportaciones en diversas fases de la elaboración de las directrices: Laurence Codjia, Fahdi Dkhimi, Carolin Ekman, Veloshnee Govender, Lisa Hedman, Laurence Läser, Bruno Meessen, Ulrika Rehnström Loi, Marta Schaaf, Patricia Titulaer; y también a los colegas de las oficinas regionales de la OMS: Chilanga Asmani, Ibadat Dhillon, Rodolfo Gómez Ponce de León y Nilmini Hemachandra. Ian Askew, Director del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, tuvo la amabilidad de revisar y comentar el documento.

Un agradecimiento especial a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) por su revisión del proyecto final de las directrices, en particular sobre los aspectos relativos a las normas internacionales de derechos humanos y la integración de un enfoque basado en los derechos humanos.

Agradecemos especialmente al **Comité de Examen de Directrices (GRC)** de la OMS y, en particular, a la Secretaría del GRC de la OMS, Rebekah Thomas-Bosco, Marion Blacker y Maria Pura Solon, sus valiosos comentarios en cada etapa del proceso de elaboración de las directrices.

Green Ink, Reino Unido, se encargó de la edición y corrección de pruebas.

La financiación para la elaboración de las directrices fue proporcionada por el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, un programa copatrocinado y ejecutado por la OMS.

Acrónimos y abreviaturas

AINE	antiinflamatorio no esteroideo
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas
CRC	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño
DIU	dispositivo intrauterino
GRADE	Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones
GRC	Comité de Examen de Directrices
HMIS	Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria
ITS	infección de transmisión sexual
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PICO	población, intervención, comparación, resultados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Glosario

Con el fin de facilitar el entendimiento mutuo y la coherencia, a continuación se presenta una lista de cómo se utilizan los términos y conceptos clave a lo largo de las directrices:

- **Aborto espontáneo:** Pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas de gestación, es decir, antes de que el feto sea normalmente viable fuera del útero. Los signos clínicos del aborto espontáneo son hemorragia vaginal, que cursa generalmente con dolor abdominal y calambres. Si el embrión ha sido expulsado, el aborto espontáneo se denomina «completo» o «incompleto», dependiendo de si quedan o no tejidos retenidos en el útero (9).
- **Aborto incompleto:** Presencia clínica de un orificio cervical abierto y de hemorragia, por lo que no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción, o los productos expulsados no se corresponden con la duración estimada del embarazo. Los síntomas más comunes son la hemorragia vaginal y el dolor abdominal. El aborto incompleto sin complicaciones puede producirse tras un aborto provocado o espontáneo.
- **Aborto retenido:** Detención del desarrollo del embarazo en que el embrión, feto o tejido embrionario, o el saco gestacional vacío, permanece en el útero y el orificio cervical se encuentra cerrado. Los síntomas pueden incluir dolor y/o sangrado, o puede no haber ningún síntoma (10).
- **Aspiración al vacío (eléctrica o manual):** La aspiración al vacío consiste en la evacuación del contenido del útero a través de una cánula de plástico o metal, conectada a una fuente de vacío. En la aspiración eléctrica al vacío se utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiración manual al vacío, el vacío se crea utilizando un aspirador manual de plástico de 60 ml (también denominado jeringa). Los aspiradores manuales al vacío admiten cánulas de 4 a 12 mm. Los tubos de aspiración para la aspiración eléctrica al vacío pueden utilizarse con cánulas de hasta 16 mm de diámetro, lo que permite utilizar la aspiración al vacío hasta las 15 o 16 semanas de embarazo o para los casos de atención postaborto que presenten un cuello uterino dilatado y en los que se requiera un mayor número de cánulas para una aspiración eficaz.
- **Atención comunitaria:** Servicios que presta el personal de salud de la comunidad, definido en sentido amplio, con arreglo a su formación y capacidad, y que engloba al conjunto de agentes de salud, profesionales y no profesionales, formales y no formales, remunerados y no remunerados, así como al personal de los establecimientos que les presta apoyo y supervisa y proporciona servicios periféricos y campañas de divulgación (7).
- **Atención integral para el aborto:** Suministro de información, gestión del aborto (incluido el aborto provocado y la atención relacionada con la pérdida del embarazo) y atención posterior al aborto.
- **Atención posterior al aborto:** Prestación de servicios después de un aborto, como servicios de anticoncepción y vinculación con otros servicios necesarios en la comunidad o fuera de ella. También puede incluir el tratamiento de las complicaciones después de un aborto.

- **Atención primaria de salud:** Enfoque de la salud que abarca a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la persona tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de la persona (12).
- **Autoasistencia:** Capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud. Por consiguiente, el alcance de la autoasistencia incluye la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación, la atención a personas dependientes, la búsqueda de atención médica primaria, especializada u hospitalaria cuando sea necesario, y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. Engloba un abanico de prácticas y enfoques de autoasistencia (14).
- **Autogestión del aborto:** Autogestión de todo el proceso de aborto médico o de uno o varios de sus pasos, como la autoevaluación de la idoneidad para el aborto médico, la autoadministración de medicamentos sin la supervisión directa de un trabajador de la salud y la autoevaluación de la efectividad del proceso de aborto.
- **Autorización de terceros:** Requisito impuesto por la ley o la política, o en la práctica, de que una parte distinta de la mujer, la niña u otra persona embarazada (normalmente un progenitor, un tutor, el cónyuge, la pareja, un trabajador de la salud, una autoridad de salud o una autoridad judicial) debe autorizar un aborto cuando se han cumplido otros requisitos legales aplicables para el aborto legal.
- **Calidad de la atención:** La calidad de la atención engloba seis áreas o dimensiones de la calidad que se requieren con relación a la atención de salud:
 - *eficacia*; prestación de una atención de salud que se atiene a una base empírica y produce mejores resultados de salud para las personas y las comunidades, en función de las necesidades;
 - *eficiencia*; prestación de una atención de salud que optimiza el uso de los recursos y evita el despilfarro;
 - *accesibilidad*; prestación de una atención de salud oportuna, geográficamente accesible y en un entorno en que las capacidades y los recursos se ajustan a las necesidades médicas;
 - *aceptabilidad/centrada en la persona*; prestación de una atención de salud que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades;
 - *equidad*; prestación de una atención de salud cuya calidad no varía en función de características personales como el género, la raza, el origen étnico, la ubicación geográfica o la situación socioeconómica;
 - *seguridad*; prestación de atención de salud que reduce al mínimo los riesgos y los daños para los usuarios de los servicios (13; página 9).
- **Cobertura sanitaria universal:** Garantía de que todas las personas tengan acceso a los servicios sanitarios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos necesarios, de calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando al mismo tiempo que el uso de estos servicios no exponga a ningún usuario a dificultades financieras (12).
- **Despenalización:** Eliminación del aborto de todas las leyes penales, no aplicación de otros delitos penales (por ejemplo, asesinato, homicidio) al aborto, y garantía de la ausencia de sanciones penales por abortar, ayudar a abortar, proporcionar información sobre el aborto, o practicarlo, para todas las instancias afectadas.
- **Dilatación y evacuación:** La dilatación y evacuación se utiliza a partir de las 12 a 14 semanas de gestación. Es la técnica quirúrgica más segura y eficaz para el aborto avanzado, cuando se dispone de profesionales capacitados y experimentados. La dilatación y evacuación requiere la preparación del cuello del útero mediante dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos, y la evacuación del útero

principalmente con fórceps, utilizando la aspiración al vacío (véase la entrada de esta lista) para eliminar cualquier resto de sangre o tejido.

- **Dilatadores osmóticos:** Varillas cortas y delgadas hechas de algas (laminaria) o material sintético. Tras su colocación en el orificio cervical, los dilatadores absorben la humedad y se expanden, dilatando gradualmente el cuello del útero (2).
- **Edad gestacional (duración del embarazo):** Número de días o semanas que han transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal de la mujer en las mujeres con ciclos regulares (véase el cuadro 1). En el caso de las mujeres con ciclos irregulares o cuando se desconoce la última menstruación normal, la edad gestacional es el tamaño del útero, estimado en semanas, basado en un examen clínico o una ecografía, que corresponde a un útero gestante de la misma edad gestacional fechada por la última menstruación normal.

Cuadro 1. Edad gestacional equivalente en semanas y días durante la primera etapa del embarazo

Semanas de gestación	Días de gestación
0	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55
8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

Nota: El día 0 es el primer día de la última menstruación y también el primer día de la semana 0 de gestación (*no la semana 1*).

Fuente: Adaptado de la guía *Aborto sin riesgos* de 2012 (2) basada en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas, décima revisión (CIE-10), 2004 (3).

- **Empresa social:** Se entiende como una empresa que tiene objetivos sociales específicos que sirven a su propósito principal. Las empresas sociales buscan maximizar los beneficios al tiempo que maximizan los beneficios para la sociedad y el medio ambiente. Sus beneficios se utilizan principalmente para financiar programas sociales (15).
- **Franquicia social:** Se entiende como un sistema de relaciones contractuales gestionado normalmente por una organización no gubernamental que utiliza la estructura de una franquicia comercial para lograr objetivos sociales. La principal diferencia entre las franquicias sociales y las comerciales es que las primeras buscan un beneficio social, mientras que las segundas están orientadas al lucro (16, 17).
- **Métodos de aborto médico (aborto médico):** Uso de agentes farmacológicos para interrumpir el embarazo (2).
- **Métodos de aborto quirúrgico (aborto quirúrgico):** Uso de procedimientos transcervicales para interrumpir el embarazo, incluida la aspiración al vacío y la dilatación y evacuación. (Véanse las definiciones en esta lista) (2).
- **Mercadotecnia social:** Se entiende en términos generales como la aplicación de las técnicas de mercadotecnia a los problemas sociales. Su objetivo es persuadir o motivar a las personas para que

adopten cursos de acción o comportamientos específicos que son generalmente aceptados como beneficiosos. Consiste en el diseño, la aplicación y el control de programas que pretenden aumentar la aceptabilidad de una idea o práctica social en un grupo o grupos destinatarios. No puede crear el comportamiento, solo puede ayudar a conseguir la aceptación y la voluntad de adoptarlo. Su estrategia es predominantemente preventiva (18).

- **Muerte fetal intrauterina (muerte fetal):** Muerte intrauterina de un feto en cualquier momento del embarazo (7).
- **Normas de derechos humanos:** El significado y el alcance de los derechos humanos tal como se prevén en los tratados internacionales de derechos humanos y como los interpretan y aplican los órganos de derechos humanos encargados de esta labor, entre los que se encuentran los tribunales internacionales, regionales y nacionales, y los comités de derechos humanos (2).
- **Objeción de conciencia o negativa por razones de conciencia:** Práctica de los profesionales de la salud que rehúsan prestar atención para el aborto por motivos de conciencia personal o creencias religiosas.
- **Observaciones finales:** Tras la presentación del informe de un Estado y un diálogo constructivo con el Estado parte en el convenio en cuestión, el órgano de control del tratado formula sus observaciones finales al Estado que presenta el informe, que se recopilan en un informe anual y se envían a la Asamblea General de las Naciones Unidas (2).
- **Observaciones/recomendaciones generales:** Interpretación de un órgano de control de la aplicación de un tratado del contenido y la aplicación de los convenios y convenciones de derechos humanos. Las observaciones generales tratan de aclarar las obligaciones de información de los Estados Parte con respecto a determinadas disposiciones, y proponen enfoques para la aplicación de las disposiciones de los tratados (2).
- **Órgano de control de un tratado:** Cada uno de los tratados internacionales de derechos humanos (véase más arriba) está supervisado por un órgano designado creado en virtud de cada tratado (véase el anexo 2). Los órganos de control de los tratados son comités formados por expertos independientes. Su función principal es supervisar el cumplimiento del tratado en cuestión por los Estados, lo que incluye el examen de los informes presentados por los Estados (2).
- **Plazo de espera obligatorio:** Requisito impuesto por la ley o normativa, o en la práctica, de esperar un tiempo determinado entre la solicitud y la obtención de atención para el aborto.
- **Política:** Ley, reglamento, procedimiento, acción administrativa, incentivo o práctica voluntaria de los gobiernos y otras instituciones (11).
- **Regulación del aborto:** Todas las leyes, políticas y otros instrumentos formalizados (por ejemplo, un protocolo a nivel de establecimiento) que regulan el embarazo y el aborto.
- **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (4).
- **Salud mental:** Estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad (8).
- **Sedación consciente:** Utilización de una combinación de medicamentos —un sedante para relajar y un anestésico para bloquear el dolor— a fin de reducir el nivel de conciencia durante un procedimiento médico.
- **Sistema de salud:** Un sistema de salud está formado por todas las organizaciones, personas y actuaciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (5).
- **Trabajadores de la salud:** Todas las personas que ejercen actividades cuyo objetivo principal es mejorar la salud. Aunque, en sentido estricto, esto incluye a las personas que prestan cuidados no remunerados (por ejemplo, los progenitores que cuidan de sus hijos enfermos y las personas que se cuidan a sí mismas), los datos disponibles sobre las cifras de trabajadores de la salud se limitan, en general, a las personas que ejercen actividades remuneradas (6; *Capítulo 1: Trabajadores de la salud*).
- **Tratado internacional de derechos humanos** (también denominado a veces pacto o convenio):

Instrumento jurídico internacional adoptado por la comunidad internacional de Estados, normalmente en la Asamblea General de las Naciones Unidas. En cada tratado se establecen un conjunto de derechos humanos y las obligaciones correspondientes, que son jurídicamente vinculantes para los Estados que han ratificado el tratado (2) (en el anexo 2 figura una lista de los tratados pertinentes).

- **Telemedicina (o telesalud):** Modalidad de prestación de servicios de salud en que los proveedores y los clientes, o los proveedores y los consultores, están alejados en la distancia (19). La interacción puede tener lugar en tiempo real (de forma sincrónica), por ejemplo, por teléfono o por vídeo, pero también puede tener lugar de forma asíncrona (almacenar y retransmitir), cuando se envía una consulta y se obtiene una respuesta más tarde, por ejemplo, a través de un correo electrónico o un mensaje de texto, voz o audio.
- **Telemedicina entre cliente y proveedor:** Prestación de servicios de salud a distancia; prestación de servicios de salud cuando el cliente o el paciente y el trabajador de la salud están alejados en la distancia (por ejemplo, consultas entre el cliente o el paciente y el trabajador de la salud a distancia; el cliente o paciente transmite datos médicos [imágenes, notas, vídeos] al trabajador de la salud) (20).

Referencias

Las referencias de este glosario pueden consultarse en el anexo 3.

Resumen ejecutivo

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, pero también para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. Tal como establece la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la Organización es «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud», y para cumplir ese objetivo, una de las funciones de la OMS es la de prestar asistencia técnica a los países en la esfera de la salud. El acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para la salud individual y comunitaria, así como para la salvaguarda de los derechos humanos. A raíz de la pandemia de COVID-19 y basándose en las lecciones aprendidas de anteriores brotes de enfermedades, en que los servicios de salud sexual y reproductiva se han visto gravemente trastornados, y que han llevado a la población a sentirse desprotegida y a exponerse a riesgos para la salud que podrían prevenirse, la OMS ha incluido la atención integral para el aborto en la lista de servicios de salud esenciales en algunas publicaciones técnicas recientes.¹

La atención integral para el aborto incluye el suministro de información, la gestión del aborto (incluido el aborto provocado), y la atención relacionada con la pérdida del embarazo o el aborto espontáneo y la atención posterior al aborto. Fortalecer el acceso a la atención integral para el aborto dentro del sistema de salud es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la buena salud y el bienestar (ODS3) y la igualdad de género (ODS5). La Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS, cuyo objetivo es acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo, considera la eliminación del aborto peligroso² un mandato prioritario. La importancia para la salud de la calidad de la atención para el aborto se subraya igualmente en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de las Naciones Unidas, que incluye intervenciones con base empírica para el aborto y la atención posterior al aborto como una forma eficaz de ayudar a las personas a prosperar y a las comunidades a transformarse.

La calidad de la atención para el aborto es un elemento fundamental de estas directrices sobre la atención para el aborto. La calidad de la atención (véase el glosario) engloba múltiples componentes. Se define como una atención que es: eficaz, eficiente, accesible, aceptable/centrada en el paciente, equitativa y segura. La atención eficaz consiste en prestar una atención fundamentada en la evidencia que mejore la salud de las personas y las comunidades, y tenga en cuenta sus necesidades. La atención eficiente optimiza el uso de los recursos y minimiza los desechos. La atención para el aborto de calidad también debe ser accesible (oportuna, asequible, geográficamente accesible y ofrecida en un entorno en que las capacidades y los recursos sean apropiados para la necesidad médica) y aceptable (incorporando las preferencias y los valores de los usuarios individuales del servicio y las culturas de sus comunidades). Es indispensable que el acceso a la atención para el aborto sea

1 Al referirse al concepto de «servicios de salud esenciales», es importante tener en cuenta que diferentes zonas, incluso dentro de un mismo país, pueden requerir diferentes enfoques para designar los servicios de salud esenciales y reorientar los componentes del sistema de salud para mantener esos servicios. Véase: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*, 1 de junio de 2020 (https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2). Para consultar otras referencias de interés, véase la sección 1.1 del capítulo 1.

2 El «aborto peligroso» se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

equitativo, y que la calidad de la atención no varíe en función de las características personales de quien solicite la atención, como su género, raza, religión, etnia, situación socioeconómica, educación, situación de discapacidad o ubicación geográfica dentro de un país. Por último, una atención para el aborto de calidad implica que se preste de forma segura y que se reduzcan al mínimo los riesgos y daños para las usuarias del servicio.

El aborto es una intervención sanitaria segura y sin complejidad que puede gestionarse eficazmente con medicamentos o mediante un procedimiento quirúrgico que puede realizarse en diversos entornos. Las complicaciones son poco frecuentes, tanto en el aborto médico como en el quirúrgico, cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado por la OMS, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios. El aborto es un procedimiento habitual en todo el mundo: 6 de cada 10 embarazos no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado. Sin embargo, según las estimaciones mundiales, el 45% de los abortos son peligrosos. Se trata de un problema crítico de salud pública y de derechos humanos; el aborto peligroso se concentra cada vez más en los países en desarrollo (97% de los abortos peligrosos) y entre los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación. Las restricciones legales y otros obstáculos hacen que a muchas mujeres les resulte difícil o imposible acceder a una atención para el aborto de calidad y que se provoquen ellas mismas el aborto con métodos peligrosos o recurran a proveedores no calificados. La condición jurídica del aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero sí a su acceso a un aborto seguro. Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13 865 y 38 940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro.

El aborto médico ha revolucionado el acceso a la atención para el aborto de calidad en todo el mundo. Los medicamentos que se emplean para provocar el aborto pueden administrarse de forma segura y eficaz en un establecimiento de salud o autoadministrarse en otro lugar (por ejemplo, en el hogar) si se cuenta con una fuente de información precisa y con medicamentos de calidad garantizada. Las mujeres que gestionan sus abortos de forma segura en el hogar durante las primeras 12 semanas de gestación pueden seguir necesitando o desear el apoyo de un trabajador sanitario capacitado en alguna fase del proceso. La prestación de servicios con un mínimo de supervisión médica puede mejorar considerablemente el acceso al aborto, así como la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

Es necesario adoptar medidas múltiples a nivel jurídico, del sistema de salud y de la comunidad para que todas las personas que lo necesiten tengan acceso a una atención integral para el aborto. El entorno de una persona desempeña un papel crucial a la hora de determinar su acceso a la atención y de influir en los resultados de salud. La base de la atención integral para el aborto de calidad es la existencia de un entorno propicio. Los tres pilares de un entorno propicio para la atención para el aborto son los siguientes:

1. el respeto de los derechos humanos, incluido un marco legal y político de apoyo;
2. la disponibilidad de información y su accesibilidad; y
3. un sistema de salud de apoyo, accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente.

El aborto es legal en casi todos los países, aunque hay variaciones en las circunstancias específicas en que una persona puede acceder al aborto. Además, casi todos los países en que el aborto es legal lo regulan de forma diferente a otras formas de atención sanitaria. A diferencia de otros servicios de salud, el aborto suele estar regulado en mayor o menor medida por el derecho penal, además de la legislación sanitaria. Esto incide en los derechos de la mujer embarazada y puede tener un efecto desalentador (por ejemplo, inhibir la acción por temor a represalias o sanciones) en la prestación de una atención de calidad. Esta es la razón por la que disponer de leyes y políticas claras, accesibles y basadas en los derechos forma parte de la garantía de un entorno propicio.

Objetivos, alcance y estructura conceptual de las directrices

Las directrices son el medio fundamental a través del que la OMS ejerce su liderazgo técnico en materia de salud. Las directrices de la OMS se someten a un riguroso proceso de aseguramiento de la calidad que genera recomendaciones para la práctica clínica o la política de salud pública con vista a obtener los mejores resultados posibles en materia de salud individual o colectiva. Para lograr este objetivo, la OMS mantiene el compromiso de integrar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de la salud a nivel nacional y regional, examinando los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos..

El objetivo de estas directrices es presentar el conjunto completo de todas las recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas de la OMS relativas al aborto. Si bien el marco legal, reglamentario, político y de prestación de servicios puede variar de un país a otro, las recomendaciones y las prácticas óptimas que se describen en este documento tienen como objetivo permitir la toma de decisiones con base científica con respecto a la atención para el aborto de calidad.

son una actualización de las recomendaciones contenidas en las siguientes directrices anteriores de la OMS, a las que sustituyen:

- *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición (2012).*
- *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto (conocidas como las directrices sobre «el reparto de tareas») (2015), y*
- *Tratamiento médico del aborto (2019).*

Las presentes directrices contienen nuevas recomendaciones que se han consolidado aquí de forma integrada con las recomendaciones ya existentes que permanecen sin cambios y con las que se han actualizado tras una nueva evaluación en que se han utilizado los mismos métodos rigurosos, tanto para las recomendaciones nuevas como para las recomendaciones actualizadas (véase más información en la sección «Métodos de elaboración de las directrices» más adelante).

En estas directrices, las recomendaciones se presentan en tres ámbitos que son esenciales para la prestación de la atención para el aborto: legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios. Las recomendaciones relativas a la legislación y las políticas que deberían o no estar en vigor para instaurar y mantener plenamente una atención para el aborto de calidad comprenden siete áreas: la penalización del aborto, los enfoques basados en supuestos para permitir el aborto, los límites relativos al periodo de gestación establecido para abortar, los plazos de espera obligatorios antes de someterse a un aborto solicitado, la autorización de terceros para abortar, las restricciones sobre qué trabajadores de la salud pueden prestar servicios de aborto, y la objeción de conciencia o negativa por razones de conciencia de los proveedores de atención de la salud.³ Las recomendaciones relativas a los servicios clínicos se refieren a los métodos de aborto y a la atención clínica conexa, desde el suministro de información, los servicios de orientación y el tratamiento del dolor hasta los métodos y administración de tratamientos para el aborto (incluso para diferentes indicaciones clínicas), así como a la prestación de atención posterior al aborto, incluidos los métodos anticonceptivos.⁴ Las recomendaciones sobre la prestación de servicios incluyen las relativas a las categorías de trabajadores de la salud que pueden prestar los servicios clínicos correspondientes. También se presentan recomendaciones sobre la autogestión con respecto a tareas que pueden realizar las propias mujeres: el aborto médico en las primeras etapas de la gestación y el uso de numerosos anticonceptivos, incluida la autoadministración de anticonceptivos inyectables. También se ha formulado una recomendación relativa a la telemedicina para facilitar el aborto médico temprano, junto con declaraciones sobre prácticas óptimas de otros enfoques de prestación de servicios de atención para el aborto. En conjunto, las directrices que se presentan en este documento reflejan los cambios recientes que se han producido en todos estos aspectos de la atención para el aborto. En el último capítulo se señalan las carencias y

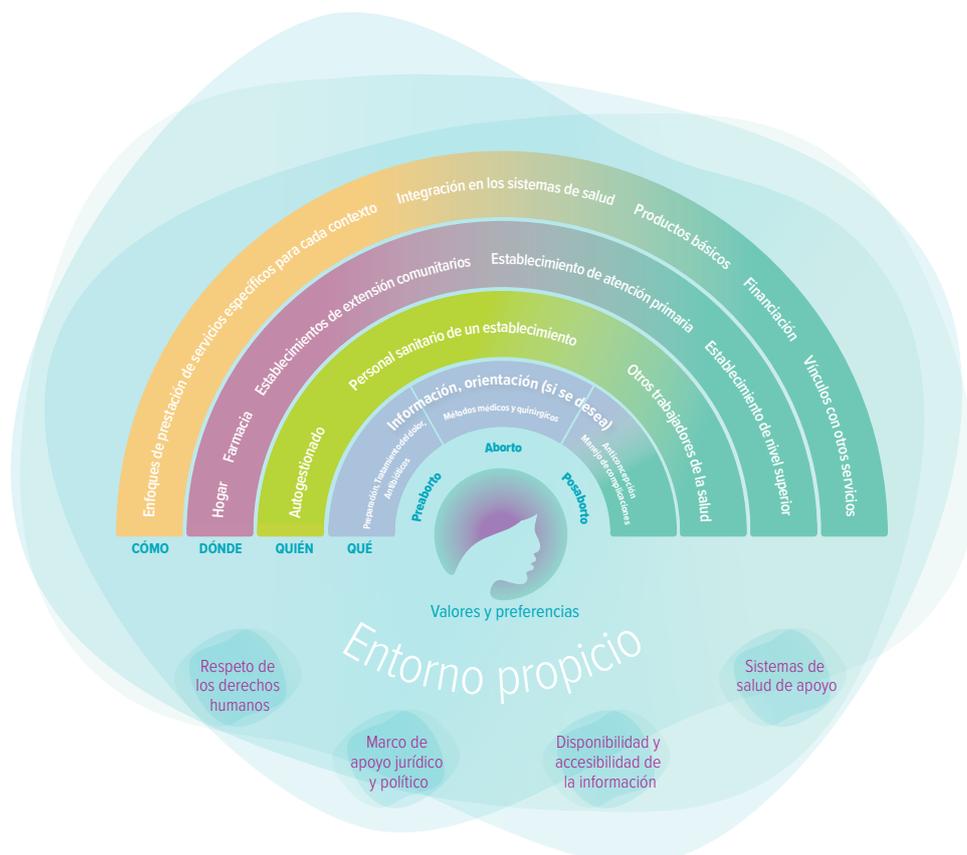
³ En la edición anterior de la guía sobre el aborto sin riesgos (OMS, 2012) se trataban estas cuestiones y las intervenciones conexas y se formulaba una recomendación combinada. En estas directrices, se han tratado por separado cada una de ellas como siete recomendaciones individuales (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22).

⁴ El examen completo de todos los métodos anticonceptivos que existen queda fuera del alcance de estas directrices, pero tras un aborto pueden contemplarse todos los métodos anticonceptivos, incluido un conjunto de métodos autoadministrados.

prioridades en materia de investigación y las nuevas esferas de interés.

Como se indica en la organización de las directrices de este documento, a medida que una mujer, niña u otra persona embarazada recorre la vía de acción de la atención para el aborto, es decir, atención previa al aborto, aborto y atención posterior al aborto, los servicios de salud deben integrarse en el sistema de salud para garantizar que la prestación del servicio satisfaga sus necesidades de forma equitativa y sin discriminación. El marco conceptual de la atención para el aborto de estas directrices (véase la figura 1) reconoce y contempla las necesidades de todas las personas con relación al aborto y se centra en los valores y las preferencias de las personas que solicitan el aborto, considerándolas participantes activas en los servicios de salud, además de beneficiarias de ellos. Las preferencias sanitarias individuales pueden variar, y ningún modelo de atención para el aborto satisfará las necesidades de todas las personas que solicitan asistencia para el aborto. No obstante, los valores fundamentales de la dignidad, la autonomía, la igualdad, la confidencialidad, la comunicación, el apoyo social, la atención de apoyo y la confianza son fundamentales para la atención para el aborto y aparecen reflejados en estas directrices. Todavía se requiere un trabajo importante para incorporar a lo largo del sistema de salud vínculos con la atención para el aborto de calidad, y la atención a los derechos humanos y a la igualdad de género debe aplicarse en todos los contextos de prestación de servicios a las personas que solicitan asistencia sanitaria.

Figura 1: Marco conceptual de la atención para el aborto



Público destinatario e inclusividad

El objetivo de estas directrices es ofrecer recomendaciones a las instancias normativas nacionales y subnacionales, a los encargados de ejecutar y gestionar programas de salud sexual y reproductiva, a los miembros de organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil y sociedades profesionales, así como a los trabajadores de la salud y otras partes interesadas de la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de ayudarles a garantizar la disponibilidad y el acceso a una atención para el aborto de calidad con base científica en todo el mundo.

Todas las personas tienen derecho a la no discriminación y a la igualdad de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación está recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados universales de derechos humanos e instrumentos regionales de derechos humanos. Se ha afirmado que el derecho a la no discriminación garantizado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales. Tal como se afirma en el informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018, «el derecho al reconocimiento efectivo de la identidad de género está relacionado con el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley».

En estas directrices, partimos de la base de que la mayor parte de la evidencia disponible sobre el aborto se deriva de la investigación entre poblaciones de estudio de mujeres cisgénero, y reconocemos que las mujeres cisgénero, los hombres transgénero, las personas no binarias, de género fluido e intersexuales con un sistema reproductor femenino y capaces de quedarse embarazadas pueden requerir atención para el aborto. En aras de la concisión y para facilitar la legibilidad de estas directrices, al referirnos a todas las personas con diversidad de género que pueden requerir atención para el aborto, utilizamos la palabra «mujeres» con mayor frecuencia, aunque también utilizamos de forma diversa los términos «individuo», «persona» y «solicitante de aborto». Los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención para el aborto, deben tener en cuenta las necesidades de todas las personas y proporcionarles la misma atención; la identidad de género o su expresión no deben dar lugar a discriminación.

Métodos empleados en la elaboración de las directrices

El Grupo Directivo de las Directrices de la OMS y la Secretaría de la OMS, incluidos miembros del personal de la sede y de las oficinas regionales de la OMS, dirigieron un amplio proceso de elaboración de las directrices en el que participó una enorme diversidad de colaboradores expertos y personal de apoyo. El proceso comenzó en septiembre de 2018 con una encuesta en línea sobre el tema de la actualización de las directrices de la OMS sobre el aborto seguro, seguida de reuniones sobre el alcance entre noviembre de 2018 y junio de 2019 para determinar las esferas temáticas principales y formular las preguntas fundamentales que se evaluarían mediante búsquedas y análisis de la base de evidencias, para cada uno de los tres ámbitos: legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios. Con el fin de garantizar una amplia representación, se convocaron las siguientes reuniones para fundamentar las directrices de manera más exhaustiva: *i)* Consideraciones relativas a la prestación de atención para el aborto en entornos humanitarios; *ii)* Valores y preferencias mundiales con relación a la atención para el aborto; y *iii)* Las jóvenes y el aborto seguro.

El Grupo Directivo invitó a expertos mundiales para reunir tres grupos de expertos (un Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones para cada ámbito) que participaron activamente en una serie de reuniones de dos días de duración con el objetivo de debatir y redactar las nuevas recomendaciones y las actualizaciones, basándose en la evidencia aportada por los Equipos de síntesis de la evidencia. Los miembros del Grupo de elaboración de las directrices fueron seleccionados e invitados por el Grupo Directivo de entre los miembros de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, a fin de reunir un único grupo multidisciplinario, que incluyera a un representante de las jóvenes y a un asesor en derechos humanos, para ultimar las recomendaciones.

De conformidad con el proceso de elaboración de directrices de la OMS, la formulación y el perfeccionamiento de las recomendaciones por los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y el Grupo de elaboración de las directrices se basaron en la evidencia disponible (con una calidad de la evidencia de alta a muy

baja), utilizando el enfoque de Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE) para la elaboración de las recomendaciones, con referencia a los cuadros de Evidencia para la decisión elaborados por los Equipos de síntesis de la evidencia, y también guiados por los propios conocimientos y experiencia de los participantes. Se utilizó el marco WHO-INTEGRATE como base para decidir el sentido y la solidez de cada recomendación (véanse las notas que acompañan al cuadro recapitulativo que figura a continuación). En el caso de las recomendaciones sobre legislación y políticas, se utilizó este mismo marco, pero se desarrolló un enfoque innovador para evaluar la evidencia de manera que integrase efectivamente la protección y el disfrute de los derechos humanos como parte de los resultados y análisis de la salud.

Una vez concluidas las reuniones de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de las directrices, los miembros del Grupo de elaboración de las directrices y del Grupo de revisión externa de expertos revisaron el proyecto de recomendaciones y el proyecto completo de las directrices. También se invitó a los observadores de la reunión del Grupo de elaboración de las directrices y a especialistas de varios organismos de ejecución a formular observaciones sobre el proyecto. Se realizaron revisiones ulteriores y las directrices se presentaron al Comité de Examen de Directrices de la OMS, quien las aprobó, tras lo cual la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) realizó una revisión final, para posteriormente prepararse la edición final y planificar su publicación y presentación. Los métodos completos empleados en la elaboración de las directrices se presentan en el anexo 4.

Cuadro recapitulativo de las recomendaciones formuladas en estas directrices

Notas importantes:

i. Los grupos de expertos convocados por la OMS para este fin han determinado cada una de las recomendaciones y su sentido (a favor o en contra) y solidez (firme o débil). Las decisiones se han basado en los seis criterios sustantivos del marco WHO-INTEGRATE aplicados a cada intervención para la población especificada: balance de beneficios y daños para la salud; derechos humanos y aceptabilidad sociocultural; equidad en la salud, igualdad y no discriminación; implicaciones sociales; consideraciones financieras y económicas; y consideraciones relativas a la viabilidad y al sistema de salud, al tiempo que se ha tenido en cuenta el metacriterio de la calidad de la evidencia (es decir, el tipo, el tamaño y las limitaciones de los estudios disponibles utilizados como evidencia). La formulación que se utiliza es la siguiente:

- **Se recomienda:** una recomendación firme a favor de la intervención.
- **Se sugiere:** una recomendación débil a favor de la intervención.
- **No se recomienda:** una recomendación firme en contra de la intervención o a favor de la alternativa.

ii. La mayoría de las recomendaciones están etiquetadas con las siglas LP para «Legislación y políticas», SC para «Servicios clínicos» o PS para «Prestación de servicios», refiriéndose al amplio dominio bajo el que se ha revisado y evaluado la evidencia para esas recomendaciones por los respectivos grupos de expertos (Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones). Además, cinco recomendaciones se han etiquetado como AUTOGESTIÓN.

iii. Las recomendaciones PS que hacen referencia a las categorías de trabajadores de la salud dan por sentado que las personas que trabajan en las categorías mencionadas poseen las aptitudes y competencias necesarias para la intervención que se especifica. Las funciones, las aptitudes y las competencias de cada tipo de trabajador de la salud que se menciona en estas recomendaciones se describen en el cuadro sobre las categorías y funciones de los trabajadores de la salud que figura en el anexo 5. Se puede encontrar más información en la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care*, en la que se describen las competencias (incluidas las aptitudes y los conocimientos) necesarias para cada tarea.

iv. Las recomendaciones se han considerado «nuevas» (como se indica en este cuadro y en el capítulo 3) cuando no existía ninguna recomendación en directrices anteriores de la OMS sobre el tema o la intervención en cuestión. En particular, debe tenerse en cuenta que en la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas; en las presentes directrices se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas, pero no se consideran «nuevas» (a saber, las recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22).

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
REGLAMENTACIÓN DEL ABORTO		
Tipificación		
1 (LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS; LP)	<p>Se recomienda la despenalización total del aborto.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> La despenalización significa eliminar el aborto de todas las leyes penales, no aplicar otros delitos punibles (por ejemplo, asesinato, homicidio) al aborto, y garantizar que no haya sanciones penales por abortar, ayudar a abortar, proporcionar información sobre el aborto o practicar un aborto, para todos los agentes participantes. La despenalización garantizaría que cualquiera que haya sufrido una pérdida de embarazo no caiga bajo la sospecha de haber abortado ilegalmente cuando solicite atención. La despenalización del aborto no hace que las mujeres, niñas u otras personas embarazadas sean vulnerables al aborto forzado o bajo coacción. El aborto forzado o bajo coacción constituiría una agresión grave, ya que se trataría de una intervención no consentida. 	24
Enfoques basados en supuestos		
2 (LP)	<p>a. No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que restrinjan el aborto basándose en supuestos.</p> <p>b. Se recomienda que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los enfoques basados en supuestos para restringir el acceso al aborto deberían revisarse en favor de que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada. Hasta que se sustituyan por el aborto a demanda, los supuestos existentes deben formularse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos. Esto significa que el contenido, la interpretación y la aplicación de las leyes y políticas basadas en supuestos deben revisarse para garantizar el respeto de los derechos humanos. Esto requiere: <ul style="list-style-type: none"> definir, interpretar y aplicar los supuestos existentes de manera que se respeten los derechos humanos; acceder al aborto cuando llevar un embarazo a término pueda causar a la mujer, niña u otra persona embarazada un dolor o sufrimiento sustancial, incluidas las situaciones, entre otras, en que el embarazo es el resultado de una violación o incesto o el embarazo no es viable; acceder al aborto cuando la vida y la salud de la mujer, niña u otra persona embarazada estén en riesgo; reflejar en los supuestos de salud las definiciones de salud y salud mental de la OMS (véase el glosario); y la ausencia de requisitos de procedimiento para «demostrar» o «acreditar» que se cumplen los supuestos, como la exigencia de una orden judicial o un informe policial en el caso de violación o agresión sexual (las fuentes que sustentan esta información pueden consultarse en el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto). 	26
Límites a la edad gestacional		
3 (LP)	<p>No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que prohíban el aborto basándose en límites de edad gestacional.</p>	28
SERVICIOS EN EL CONTINUO ASISTENCIAL		
Suministro de información sobre la atención para el aborto		
4 (PRESTACIÓN DE SERVICIOS;PS)	<p>En el continuo de la atención al aborto:</p> <p>a. Se recomienda el suministro de información sobre la atención para el aborto por parte de agentes de salud comunitarios, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/ clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone el suministro de información sobre la atención para el aborto por parte de los empleados de farmacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: En los contextos en que el empleado de farmacia esté bajo la supervisión directa de un farmacéutico y haya acceso o derivación a los servicios de salud adecuados. 	35

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
Prestación de orientación		
5 (PS)	<p>En el continuo de la atención al aborto:</p> <p>a. Se recomienda la prestación de orientación por parte de agentes de salud comunitarios, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la prestación de orientación por parte de los empleados de farmacia y farmacéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: Se provee una orientación equilibrada (es decir, sobre los métodos médicos y quirúrgicos) y hay acceso o derivación a los servicios de salud adecuados en caso de que la mujer elija un método quirúrgico. 	38
PREABORTO		
Plazos de espera obligatorios		
6 (LP)	No se recomiendan los plazos de espera obligatorios para el aborto.	41
Autorización de terceros		
7 (LP)	<p>Se recomienda el acceso al aborto a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada sin la autorización de ninguna otra persona, organismo o institución.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si bien la intervención de los progenitores o la pareja en la toma de decisiones sobre el aborto puede apoyar y ayudar a las mujeres, niñas u otras personas embarazadas, la decisión debe basarse en los valores y preferencias de la persona que recurre al aborto y no venir impuesta por el requisito de la autorización de terceros.. 	43
Isoinmunización Rh para abortar en edades gestacionales inferiores a 12 semanas		
8 (SERVICIOS CLÍNICOS; SC) (NUEVA)	<p>Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de las 12 semanas:</p> <p>No se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se aplica el tratamiento de referencia para la administración de anti-D a partir de las 12 semanas de edad gestacional. 	44
Profilaxis con antibióticos para el aborto quirúrgico y médico		
9 (CS)	<p>a. Para el aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica inflamatoria de la persona: Se recomienda una profilaxis adecuada pre o perioperatoria con antibióticos.</p> <p>b. Para el aborto médico: No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> La carencia de antibióticos no debe limitar el acceso a los servicios de aborto. 	46
Determinación de la edad gestacional del embarazo: ecografía previa al aborto		
10 (SC)	<p>Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico: No se recomienda el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto.*</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> La normativa legal que limita el acceso al aborto en función de la edad gestacional puede exigir o hacer que se utilicen ecografías para verificar la edad gestacional antes del aborto, aunque esto no sea necesario desde el punto de vista clínico. La eliminación de los límites legales a la edad gestacional en el acceso al aborto (véase la recomendación 3) debería dar lugar a que se eviten las ecografías innecesarias previas al aborto, y a que aumente el acceso al aborto en los entornos en que resulta difícil acceder a la ecografía. <p>* En función de cada caso, puede haber razones clínicas para utilizar la ecografía antes del aborto.</p>	47

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
Tratamiento del dolor en el aborto		
<p>11–14 (SC) para el aborto quirúrgico y para la preparación previa del cuello uterino</p> <p><i>NOTA: Las NUEVAS recomendaciones 12, 13 y 14 se refieren al tratamiento del dolor ADICIONAL a los AINE (11a)</i></p>	<p>11. Para el tratamiento del dolor en el caso del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional:</p> <p>a. Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y administrársela a quienes lo deseen.</p> <p>b. No se recomienda el uso sistemático de anestesia general.</p> <p>12. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico antes de la semana 14:</p> <p>a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.</p> <p>b. Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.</p> <p>13. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor durante la preparación del cuello uterino con dilatores osmóticos antes del aborto quirúrgico antes de la semana 14: Se propone el uso del bloqueo paracervical.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para la preparación del cuello uterino, se puede considerar el uso de medicación adicional para el dolor, como un gel intravaginal. (Véanse las recomendaciones 17 a 20 más adelante sobre la preparación del cuello uterino.) <p>14. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico a partir de la semana 14:</p> <p>a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.</p> <p>b. Se propone ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.</p>	49
<p>15 y 16 (SC) Para el aborto médico</p> <p><i>NOTA: La NUEVA recomendación 16 se refiere al tratamiento del dolor ADICIONAL a los AINE (15)</i></p>	<p>15. Para el aborto médico a cualquier edad gestacional: Se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y facilitarla para que la persona la utilice si lo desea y cuando lo desee.</p> <p>16. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto médico a partir de la semana 12: Se propone la consideración de métodos adicionales para controlar el dolor o las molestias debidas al aumento del dolor a medida que aumenta la edad gestacional. Entre estos métodos cabe mencionar determinados antieméticos y la anestesia epidural, cuando esté disponible.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el caso del aborto médico antes de las 14 semanas de gestación, si no se dispone de AINE (por ejemplo, ibuprofeno) o no son una opción, se puede considerar el paracetamol para el tratamiento del dolor. 	51
Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico		
<p>17 (CS) antes de las 12 semanas</p>	<p>Previamente al aborto quirúrgico antes de las 12 semanas:</p> <p>a. Si se efectúa la preparación del cuello uterino: Se propone el tratamiento siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mifepristona 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento. Misoprostol 400 µg por vía sublingual entre 1 y 2 horas antes del procedimiento. Misoprostol 400 µg por vía vaginal u oral entre 2 y 3 horas antes del procedimiento. <p>b. No se recomienda el uso de dilatores osmóticos para la preparación del cuello uterino.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> La vía sublingual es más eficaz para la administración de misoprostol. Debe administrarse la medicación adecuada para el dolor. 	54
<p>18 (SC) (NUEVA) apartir de las 12 semanas</p>	<p>Previamente al aborto quirúrgico en edades gestacionales posteriores:</p> <p>a. Para el aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas: Se propone la preparación del cuello uterino antes del procedimiento.</p> <p>b. Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas: Se propone la preparación del cuello uterino solamente con medicación (se prefiere una combinación de mifepristona y misoprostol) o con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).</p> <p>c. Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas, cuando se utiliza un dilatador osmótico para la preparación del cuello uterino: Se propone no extender el periodo entre la aplicación del dilatador osmótico y el procedimiento más allá de dos días.</p> <p>d. Para el aborto quirúrgico a partir de las 19 semanas: Se recomienda la preparación del cuello uterino con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia sobre la preparación del cuello uterino para las edades gestacionales de entre 12 y 14 semanas es escasa y, por tanto, los profesionales sanitarios deben utilizar su juicio clínico para decidir el método más conveniente para la preparación del cuello uterino antes de la aspiración al vacío en este intervalo de edad gestacional. 	55

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
19 (PS) con medicación, a cualquier edad gestacional	<p>Previamente al aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional:</p> <p>a. Se recomienda la preparación del cuello uterino con medicación por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la preparación del cuello uterino con medicación por parte de agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia y farmacéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: El suministro de medicamentos para la preparación del cuello uterino forma parte del proceso de aborto quirúrgico, por lo que el trabajador de la salud debe garantizar la continuidad de la atención de la mujer, obteniendo los medicamentos antes del procedimiento de aborto. 	56
20 (PS) con dilatadores osmóticos, a partir de las 12 semanas	<p>Antes de la dilatación y evacuación a partir de las 12 semanas:</p> <p>a. Se recomienda la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos por parte de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: El personal de salud garantiza la continuidad de la atención desde la preparación del cuello uterino hasta la dilatación y evacuación. 	57
Restricciones relativas al proveedor		
21 (LP)	<p>No se recomienda reglamentar quién puede practicar y gestionar el aborto, de manera que resulte incompatible con las orientaciones de la OMS.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando la legislación o las políticas regulen quién puede practicar o gestionar el aborto, esa reglamentación debe ser coherente con las orientaciones de la OMS, que se presentan a lo largo de este capítulo. 	59
Objeción de conciencia		
22 (LP)	<p>Se recomienda la protección del acceso a la atención integral para el aborto y su continuidad frente a los obstáculos creados por la objeción de conciencia.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A pesar de la obligación basada en los derechos humanos de garantizar que la objeción de conciencia no obstaculice el acceso a la atención para el aborto de calidad, y de las recomendaciones anteriores de la OMS dirigidas a garantizar que la objeción de conciencia no socave u obstaculice el acceso a la atención para el aborto, la objeción de conciencia sigue funcionando como un obstáculo al acceso a la atención para el aborto de calidad. Es fundamental que los Estados garanticen el cumplimiento de las reglamentaciones y diseñen u organicen sus sistemas de salud para garantizar el acceso a la atención para el aborto de calidad y su continuidad. Si resulta imposible regular la objeción de conciencia de manera que se respeten, protejan y cumplan los derechos de las personas que solicitan el aborto, la objeción de conciencia en la prestación de servicios de aborto puede llegar a ser indefendible. La evidencia examinada se centra en el impacto de la objeción de conciencia en el acceso a la atención para el aborto y su disponibilidad, y no en la eficacia de la reglamentación de la objeción de conciencia en cuanto a la mejora de esos resultados. No obstante, el derecho internacional de los derechos humanos ofrece algunas orientaciones sobre cómo los Estados pueden garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de las personas que desean abortar (véanse los detalles en el texto principal). 	60
ABORTO		
Métodos de aborto quirúrgico		
23 (SC) antes de las 14 semanas	<p>Para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas:</p> <p>a. Se recomienda la aspiración al vacío.</p> <p>b. No se recomienda la práctica de la dilatación y el legrado instrumental, incluida la verificación con cureta (es decir, para «completar» el aborto) después de la aspiración al vacío.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los estudios observacionales indican que la aspiración al vacío se asocia con menos complicaciones que la dilatación y evacuación; en cambio, los ensayos controlados aleatorizados no son suficientemente robustos como para detectar una diferencia en las tasas de complicaciones. No hay evidencia que apoye la verificación con cureta después de la aspiración al vacío. La calidad de la evidencia basada en los ensayos controlados aleatorizados es de baja a moderada. 	63

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
24 (PS) aspiración al vacío antes de las 14 semanas	Para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas: a. Se recomienda la aspiración al vacío por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. b. Se propone la aspiración al vacío por parte de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras. <ul style="list-style-type: none"> Condición: En contextos en que los mecanismos establecidos del sistema de salud permiten la participación de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras en la prestación de atención obstétrica básica de urgencia, y en los que los sistemas de derivación y seguimiento son robustos. 	64
25 (SC) a partir de las 14 semanas	Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas: Se recomienda la dilatación y evacuación. Observación: <ul style="list-style-type: none"> La aspiración al vacío puede realizarse durante un procedimiento de dilatación y evacuación (es decir, con el fin de realizar una amniotomía o una extracción de tejido al final de la dilatación y evacuación). 	65
26 (PS) dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas	Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas: a. Se recomienda la dilatación y evacuación por parte de médicos generalistas y médicos especialistas. b. Se propone la dilatación y evacuación por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, parteras y clínicos asociados/clínicos avanzados asociados. <ul style="list-style-type: none"> Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva. 	65
Tratamiento médico del aborto provocado		
27 (SC) antes de las 12 semanas	Para el aborto médico antes de las 12 semanas: a. Se recomienda el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después por 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.* b. Cuando se utilice únicamente misoprostol: Se recomienda el uso de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal.* c. (NUEVA) Se propone la utilización de un régimen combinado de letrozol y misoprostol (letrozol 10 mg por vía oral cada día durante tres días, seguido de misoprostol 800 µg por vía sublingual el cuarto día) como una opción segura y eficaz.** Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado (recomendación 27a) es más eficaz que el misoprostol por sí solo. Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la paciente y del proveedor. El régimen combinado propuesto de letrozol y misoprostol puede ser seguro y eficaz hasta las 14 semanas de gestación. <p>* Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.</p> <p>** Se necesitan más estudios para determinar la seguridad, eficacia y aceptabilidad del régimen combinado de letrozol y misoprostol en edades gestacionales más avanzadas, especialmente en comparación con el régimen combinado de mifepristona y misoprostol (el examen de la evidencia disponible se centró en la comparación con el uso exclusivo de misoprostol).</p>	68
28 (PS) antes de las 12 semanas* en su totalidad o en parte (es decir, realizando todas o algunas de las subtareas)*	Para el aborto médico antes de las 12 semanas: Se recomienda el tratamiento médico por cuenta propia (véase la recomendación 50), agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. <p>* La evidencia disponible para la práctica autónoma del aborto con medicamentos por personas que no son médicos se refiere a embarazos de hasta 10 semanas (70 días).</p> <p>* Para esta recomendación, la evidencia disponible sobre los tratamientos para el aborto con medicamentos incluía mifepristona más misoprostol, o solamente misoprostol (no se incluyó el tratamiento con letrozol).</p>	69

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
29 (SC) a partir de las 12 semanas	<p>Para el aborto médico a partir de las 12 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas* *. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.</p> <p>b. Cuando se utilice únicamente misoprostol: Se recomienda el uso repetido de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas.* *</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento combinado (recomendación 29a) es más eficaz que el uso de misoprostol por sí solo. • La evidencia apunta a que la vía vaginal es la más efectiva. Al considerar las preferencias de la paciente y del proveedor, se propone la inclusión de todas las vías. • El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera. <p>* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.</p> <p>* La dosis de misoprostol debe reducirse para el aborto provocado a partir de las 24 semanas debido a la escasez de datos. Se debe utilizar el juicio clínico para determinar la dosis adecuada, reconociendo la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.</p>	71
30 (PS) a partir de las 12 semanas	<p>Para el aborto médico a partir de las 12 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el tratamiento médico por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone el tratamiento médico por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras y clínicos asociados/clínicos avanzados asociados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones. 	71
Aborto retenido		
31 (SC) (NUEVA) Tratamiento médico antes de las 14 semanas	<p>Para los casos de aborto retenido antes de las 14 semanas, en personas que prefieren el tratamiento médico: Se recomienda la administración de una combinación de mifepristona y misoprostol en lugar de misoprostol por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posología recomendada: 200 mg de mifepristona administrados por vía oral, seguidos de 800 µg de misoprostol administrados por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual)*. • Posología alternativa: 800 µg de misoprostol administrados por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual)*. <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La decisión sobre el método de tratamiento (expectante, médico o quirúrgico) del aborto retenido debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento. • El tratamiento expectante puede ofrecerse como opción con la condición de que la mujer, niña u otra persona embarazada sea informada del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero. • El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera. <p>* El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.</p> <p>* Si se utiliza el tratamiento alternativo (misoprostol en solitario), debe tenerse en cuenta que a edades gestacionales de hasta nueve semanas, la evidencia muestra que la repetición de la dosis de misoprostol es más eficaz para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.</p>	74

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
Muerte fetal intrauterina		
32 (SC) Tratamiento médico entre las 14 y 28 semanas	<p>Para el tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina entre las 14 y 28 semanas: Se propone la administración de una combinación de mifepristona y misoprostol en lugar de misoprostol por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posología propuesta: 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas.* El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas. • Posología alternativa: dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas.* <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evidencia de los estudios clínicos indica que el tratamiento combinado es más eficaz que la administración de misoprostol por sí solo. • El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra manera. <p>* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.</p> <p>* La dosis de misoprostol debe reducirse para la muerte fetal intrauterina a partir de las 28 semanas debido a los limitados datos. Debe utilizarse el criterio clínico para determinar la dosis adecuada, reconociendo la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.</p>	76
33 (PS) (NUEVA) Tratamiento médico entre las 14 y 28 semanas	<p>Para la muerte fetal intrauterina entre las 14 y 28 semanas:</p> <p>a. Se recomienda el tratamiento médico por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone el tratamiento médico por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras y clínicos asociados/clínicos avanzados asociados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones. 	76
POSABORTO		
Atención de seguimiento o servicios adicionales		
34 (SC)	<p>Después de un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones: Se recomienda que no hay necesidad médica de realizar una visita de seguimiento de rutina. No obstante, debe proporcionarse información sobre la disponibilidad de servicios adicionales en caso de que se necesiten o se deseen.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres, las niñas y otras personas embarazadas deben ser informadas adecuadamente sobre los síntomas del embarazo en curso (que pueden indicar o no el fracaso del aborto) y otras razones médicas para volver para un seguimiento, como el sangrado abundante prolongado, la ausencia de sangrado con el tratamiento médico del aborto, el dolor que no se alivia con la medicación o la fiebre. • La calidad de la evidencia es baja (estudios observacionales y evidencia indirecta). 	80
Aborto incompleto		
35 y 36 (SC)	<p>35. Para el aborto incompleto antes de las 14 semanas: Se recomienda la aspiración al vacío o el tratamiento médico.</p> <p>36a. Para el tratamiento médico del aborto incompleto con un tamaño uterino inferior a 14 semanas: Se propone el uso de 600 µg de misoprostol administrados por vía oral o 400 µg de misoprostol administrados por vía sublingual.</p> <p>36b. Para el tratamiento médico del aborto incompleto con un tamaño uterino superior a 14 semanas: Se recomienda el uso repetido de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas.*</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La decisión sobre el método de tratamiento del aborto incompleto debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento. • El tratamiento expectante del aborto incompleto puede ser tan eficaz como el misoprostol; puede ofrecerse como opción con la condición de que la mujer, niña u otra persona embarazada sea informada del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero. • La recomendación 35 se ha extrapolado de las investigaciones realizadas en mujeres que habían declarado haber sufrido un aborto espontáneo. <p>* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Hasta la edad gestacional de 14 semanas, los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.</p>	81

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
37 (PS) Tratamiento médico con misoprostol antes de las 14 semanas	Para el aborto incompleto sin complicaciones antes de las 14 semanas: Se recomienda el tratamiento médico con misoprostol por parte de agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.	82
38 (PS) Aspiración al vacío antes de las 14 semanas	Para el aborto incompleto sin complicaciones antes de las 14 semanas: a. Se recomienda la aspiración al vacío por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. b. Se propone la aspiración al vacío por parte de auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras. <ul style="list-style-type: none"> • Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva y donde existan sistemas robustos de derivación y seguimiento. 	83
Tratamiento de complicaciones que no ponen en peligro la vida		
39 (PS) Infección	Para la infección posaborto que no pone en peligro la vida: Se recomienda el tratamiento inicial por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.* <p>* En el caso de los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios, es importante que estén provistos de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de esta complicación.</p>	85
40 (PS) Hemorragia	Para la hemorragia posaborto que no pone en peligro la vida: Se recomienda el tratamiento inicial por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.* <p>* En el caso de los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios, es importante que estén provistos de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de esta complicación.</p>	86
Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto		
41 (SC) Criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos	Los siguientes métodos anticonceptivos pueden comenzar a utilizarse inmediatamente (categoría CME 1: sin restricciones) después de un aborto quirúrgico o médico (primer y segundo trimestre, y también después de un aborto séptico): anticonceptivos hormonales combinados (AHC), anticonceptivos de progesterona sola (APS) y métodos de barrera (preservativos, espermicida, diafragma, capuchón; nota: el diafragma y el capuchón no son adecuados hasta pasadas seis semanas del aborto en el segundo trimestre). Los dispositivos intrauterinos (DIU) pueden empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto quirúrgico o médico en el primer trimestre (categoría CME 1: sin restricciones) o después de un aborto en el segundo trimestre (categoría CME 2: las ventajas generalmente superan a los riesgos), pero no deben empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto séptico (categoría CME 4: la inserción de un DIU puede empeorar sustancialmente la situación). Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Los métodos basados en los síntomas solo deben iniciarse con «precaución» después de un aborto (puede ser necesario un asesoramiento especial para garantizar el uso correcto del método en esta circunstancia) y el uso de los métodos basados en el calendario debe retrasarse (hasta que se evalúe el estado; deben ofrecerse métodos anticonceptivos temporales alternativos).	88
42 (SC) Anticoncepción y aborto quirúrgico	Para las personas que se someten a un aborto quirúrgico y desean utilizar métodos anticonceptivos: Se recomienda la opción de iniciar el método anticonceptivo en el momento del aborto quirúrgico. Observación: <ul style="list-style-type: none"> • La calidad de la evidencia basada en los ensayos controlados aleatorizados es muy baja. 	89

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
43 (SC) Anticoncepción y aborto médico	<p>Para las personas que se sometan a un aborto médico con el tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol:</p> <p>a. Para quienes elijan utilizar un anticonceptivo hormonal (píldoras, parche, anillo, implante o inyecciones): Se propone que se les ofrezca la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración de la primera pastilla para el aborto médico.</p> <p>b. Para quienes opten por la colocación de un DIU: Se propone la colocación del DIU en el momento en que se determine que el procedimiento de aborto ha sido efectivo.</p> <p>Observación (para las recomendaciones 43a y 43b):</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol. El tratamiento combinado de letrozol y misoprostol no se menciona aquí porque en los estudios incluidos que han servido de fundamento a estas recomendaciones no se evaluó este tratamiento. <p>Observaciones (solo para la recomendación 43a):</p> <ul style="list-style-type: none"> El inicio inmediato de la inyección intramuscular de acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada (AMPLR) se asocia a una ligera disminución de la eficacia de los tratamientos de aborto médico. No obstante, aun así debe ofrecerse el inicio inmediato de la administración de AMPLR como un método anticonceptivo que puede utilizarse después del aborto. Se ha utilizado evidencia indirecta como base para la toma de decisiones sobre el inicio de la anticoncepción hormonal como opción para las personas que se someten a un aborto médico con solo misoprostol. No existían datos sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados (píldoras o inyecciones) en personas que se habían sometido a un aborto médico. Las personas que optan por empezar a utilizar el anillo anticonceptivo deben recibir instrucciones para comprobar si el anillo es expulsado en caso de sangrado abundante durante el proceso de aborto médico. 	89
44 (PS) Dispositivos intrauterinos (DIU)	<p>Para los dispositivos intrauterinos (DIU):</p> <p>a. Se recomienda la inserción/extracción por parte de enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la inserción/extracción por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria y auxiliares de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición (profesionales de la medicina tradicional y complementaria): En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos profesionales en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva. Condición (auxiliares de enfermería): En el contexto de una investigación rigurosa. 	90
45 (PS) Implantes anticonceptivos	<p>Para los implantes anticonceptivos:</p> <p>a. Se recomienda la inserción/extracción por parte de enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas</p> <p>b. Se propone la inserción/extracción por parte de agentes de salud comunitarios, profesionales de la medicina tradicional y complementaria y auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición (agentes de salud comunitarios): En el contexto de una investigación rigurosa. Condición (profesionales de la medicina tradicional y complementaria): En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos profesionales en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva y en los que se imparte formación en la retirada de implantes junto con la formación en la inserción. Condición (auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras): En el contexto de un seguimiento y evaluación focalizados. 	90
46 (PS) Anticonceptivos inyectables	<p>Para los anticonceptivos inyectables (inicio y continuación):</p> <p>Se recomienda la administración por cuenta propia (véase la recomendación 51), agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p>	91
47 (PS) Ligadura de trompas	<p>Para la ligadura de trompas:</p> <p>a. Se recomienda la ligadura de trompas por parte de clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>b. Se propone la ligadura de trompas por parte de enfermeras y parteras</p> <ul style="list-style-type: none"> Condición: En el contexto de una investigación rigurosa. 	92

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
OPCIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ENFOQUES DE AUTOGESTIÓN		
Enfoques de telemedicina para la prestación de atención para el aborto médico		
48 (PS) (NUEVA)	<p>Se recomienda la opción de la telemedicina como alternativa a las interacciones presenciales con el trabajador de la salud para prestar servicios de aborto médico en su totalidad o en parte.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> La recomendación anterior se aplica a la evaluación de la idoneidad para el aborto médico, la orientación y/o la instrucción relacionadas con el proceso de aborto, la provisión de instrucciones para la facilitación activa de la administración de medicamentos y la atención de seguimiento posterior al aborto, todo ello a través de la telemedicina. Las líneas directas, las aplicaciones digitales o los medios de comunicación unidireccionales (por ejemplo, mensajes de texto de recordatorio) que simplemente proporcionan información no se incluyeron en la revisión de la evidencia para esta recomendación. 	95
Enfoques de prestación de servicios para la provisión de información, orientación y aborto médico		
49 (PS) (NUEVA)	<p>Declaración de prácticas óptimas sobre la prestación de servicios</p> <p>Parte 1. No existe un enfoque único recomendado para la prestación de servicios de aborto. La elección de un trabajador de la salud específico (de entre las opciones recomendadas) o la gestión por la propia persona, y el lugar de la prestación del servicio (de entre las opciones recomendadas) dependerán de los valores y las preferencias de la mujer, niña u otra persona embarazada, de los recursos disponibles y del contexto nacional y local. En un contexto determinado pueden coexistir varios enfoques de prestación de servicios.</p> <p>Parte 2. Considerando la diversidad de enfoques de prestación de servicios que puede haber, es importante garantizar que, para la persona que solicita atención, la oferta de opciones de prestación de servicios, en su conjunto, le proporcione:</p> <ul style="list-style-type: none"> acceso a información científicamente rigurosa y comprensible en todas las etapas; acceso a medicamentos de calidad garantizada (incluidos los destinados al tratamiento del dolor); apoyo a la derivación de pacientes si se desea o se necesita; vínculos con una selección adecuada de servicios de anticoncepción para quienes deseen recurrir a la anticoncepción después del aborto. 	96
Autogestión del aborto médico antes de las 12 semanas		
50 (AUTOGESTIÓN)	<p>Para el aborto médico antes de las 12 semanas (usando la combinación de mifepristona y misoprostol o usando solo misoprostol):</p> <p>Se recomienda la opción de autogestión del proceso de aborto médico en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:</p> <ul style="list-style-type: none"> autoevaluación de la idoneidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones); autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado, y gestión del proceso de aborto; autoevaluación de la efectividad del aborto. <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Había más evidencia para la autogestión del aborto médico (con cualquiera de los tratamientos) para embarazos de menos de 10 semanas de gestación. Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y a la utilización de misoprostol solo. En los estudios incluidos que fundamentan estas recomendaciones no se evaluó el tratamiento con letrozol más misoprostol. Todas las personas que se autogestionen el aborto médico deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean. Es posible que deban modificarse las restricciones a la prescripción y dispensación de medicamentos para el aborto, o que deban establecerse otros mecanismos para la autogestión dentro del marco regulatorio del sistema de salud. 	98
Enfoques de autogestión sobre los anticonceptivos postaborto (véase también el Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto, recomendaciones 41 a 47).		
51 (AUTOGESTIÓN) Anticonceptivos inyectables (inicio y continuación)	<p>Se recomienda la opción de la autoadministración de anticonceptivos inyectables en el periodo posterior al aborto.</p> <p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> La administración de anticonceptivos inyectables requiere el uso de una jeringa, cuya aplicación puede ser intramuscular o subcutánea. Se han desarrollado dispositivos compactos precargados y autodesechables para facilitar el proceso de autoadministración. 	100

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas	Número de página
52 (AUTOGESTIÓN) Píldoras anticonceptivas orales de emergencia de venta libre	Se recomienda que las pastillas anticonceptivas orales de emergencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que las utilicen.	101
53 (AUTOGESTIÓN) Píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre	Se recomienda que las pastillas anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que deseen utilizar anticonceptivos de emergencia.	101
54 (AUTOGESTIÓN) Uso del preservativo	El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH; para reducir el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres en parejas serodiscordantes; para reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual y afecciones asociadas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino; y para prevenir los embarazos no planeados.	101

Capítulo 1.

Introducción

1.1 Antecedentes y contexto

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, pero también para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones (1). Tal como establece la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la Organización es «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud», y para cumplir ese objetivo, una de las funciones de la OMS es la de prestar asistencia técnica a los países en la esfera de la salud (2, artículos 1 y 2). El acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para la salud individual y comunitaria, así como para la salvaguarda de los derechos humanos, en especial el derecho a disfrutar del grado máximo de salud sexual y reproductiva (3). Además, en entornos humanitarios como los conflictos armados, los riesgos para la salud sexual y reproductiva son mayores y requieren una atención específica desde el punto de vista de los derechos humanos (4 [párrafo 7], 5, 6 [párrafo 19-24]).

A raíz de la pandemia de COVID-19 y basándose en las lecciones aprendidas de anteriores brotes de enfermedades, en que los servicios de salud sexual y reproductiva se han visto gravemente trastornados, y que han llevado a la población a sentirse desprotegida y a exponerse a riesgos para la salud que podrían prevenirse, la OMS ha incluido la atención integral para el aborto en la lista de servicios de salud esenciales en algunas publicaciones técnicas y orientaciones recientes.¹ La atención para el aborto engloba la gestión de diversas situaciones clínicas, como el aborto espontáneo y el aborto provocado (tanto de embarazos no viables como viables) y la muerte fetal intrauterina, así como la atención posterior al aborto, incluido el tratamiento del aborto incompleto. Fortalecer el acceso a la atención para el aborto dentro del sistema de salud es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la buena salud y el bienestar (ODS3) y la igualdad de género (ODS5) (13). La Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS, cuyo objetivo es acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo, considera la eliminación del aborto peligroso² un mandato prioritario (1). La importancia para la salud de la calidad de la atención para el aborto se subraya igualmente en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de las Naciones Unidas, que incluye intervenciones con base empírica para el aborto y la atención posterior al aborto como una forma eficaz de ayudar a las personas a prosperar y a las comunidades a transformarse (14).

La calidad de la atención para el aborto es un elemento fundamental de estas directrices. La calidad de la atención (véase el glosario) engloba múltiples componentes: eficacia, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad (es decir, centrada en el paciente), equidad y seguridad. La atención eficaz consiste en prestar una atención fundamentada en la evidencia que mejore la salud de las personas y las comunidades, y tenga en cuenta sus

1 . Al referirse al concepto de «servicios de salud esenciales», es importante tener en cuenta que diferentes zonas, incluso dentro de un mismo país, pueden requerir diferentes enfoques para designar los servicios de salud esenciales y reorientar los componentes del sistema de salud para mantener esos servicios (7).

2 El «aborto peligroso» se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

necesidades. La atención eficiente optimiza el uso de los recursos y minimiza el despilfarro. La atención para el aborto de calidad debe ser accesible (oportuna, asequible, geográficamente accesible y ofrecida en un entorno en que las capacidades y los recursos sean apropiados para la necesidad médica) y aceptable (incorporando las preferencias y los valores de los usuarios individuales del servicio y las culturas de sus comunidades). Es indispensable que el acceso a la atención para el aborto sea equitativo, y que la calidad de la atención de la salud no varíe en función de las características personales de quien la solicite, como su género, raza, religión, etnia, situación socioeconómica, educación, situación de discapacidad o ubicación geográfica dentro de un país. Por último, una atención para el aborto de calidad implica que se preste de forma segura y que se reduzcan al mínimo los riesgos y daños para las usuarias del servicio (15). Todos estos componentes se sustentan en el principio de que la prestación de la atención para el aborto de calidad debe respetar los derechos humanos.

El aborto es un procedimiento habitual en todo el mundo: 6 de cada 10 embarazos no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado (16). Cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado por la OMS, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios (17), los riesgos son muy bajos. Sin embargo, según las estimaciones mundiales, el 45% de los abortos son peligrosos, y se considera que el 14,4% se realizan en condiciones de «gran riesgo» (18). Se trata de un problema crítico de salud pública y de derechos humanos; el aborto peligroso se concentra cada vez más en los países en desarrollo y entre los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación. En los países donde la ley restringe drásticamente el aborto provocado o donde existen otro tipo de barreras para su acceso, el aborto seguro se ha convertido con frecuencia en un privilegio de la clase pudiente, mientras que las mujeres pobres no tienen más remedio que recurrir a los servicios de proveedores no calificados en entornos inseguros, o provocarse ellas mismas el aborto utilizando a menudo métodos inseguros, lo que provoca una mortalidad y morbilidad cuya responsabilidad social y financiera recae sobre el sistema de salud pública, así como la negación de los derechos humanos de las mujeres. La condición jurídica del aborto no tiene ningún efecto sobre la probabilidad de que una mujer recurra al aborto provocado, pero afecta drásticamente a su acceso al aborto seguro (19).

Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos (20, 21). Esto equivale a entre 13 865 y 38 940 vidas perdidas cada año debido a la imposibilidad de practicar un aborto seguro, a lo que se suman muchas más que experimentan graves morbilidades. El 97% de los abortos peligrosos se practican en países en desarrollo (18). La proporción de abortos peligrosos es también significativamente más elevada en los países que imponen leyes muy restrictivas que en aquellos donde estas leyes son más laxas (18). Más de la mitad (el 53,8%) de todos los abortos peligrosos se producen en Asia (la mayoría de ellos en Asia Meridional y Central), mientras que otra cuarta parte (el 24,8%) se produce en África (principalmente en África Oriental y Occidental), y otra quinta parte (el 19,5%) en América Latina y el Caribe (18). Las subregiones donde se ha clasificado el aborto como de «gran riesgo» en mayor proporción son África Septentrional, Oriental, Occidental y Central (aproximadamente entre el 45% y el 70% de todos los abortos son de «gran riesgo»), seguidas por el Caribe, Oceanía y América Central (aproximadamente entre el 25% y el 30% de todos los abortos son de «gran riesgo») (18). En una revisión realizada en 2012 sobre el tratamiento en establecimientos de salud de las complicaciones del aborto peligroso en 26 países en desarrollo, se indicó que ese año se trató a 7 millones de mujeres por complicaciones del aborto peligroso, lo que supone una tasa de 6,9 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años (22).

El aborto, ya sea utilizando medicación o un simple procedimiento quirúrgico ambulatorio, es una intervención de salud segura, cuando se realiza con un método adecuado a la edad gestacional del embarazo y, en el caso de que el procedimiento se realice en un establecimiento, por una persona con los conocimientos necesarios. En estas circunstancias, las complicaciones o los efectos adversos graves son poco frecuentes. El aborto médico ha revolucionado el acceso a la atención para el aborto de calidad en todo el mundo. En diversos estudios se ha demostrado que los medicamentos utilizados para provocar el aborto pueden autoadministrarse de forma segura y eficaz fuera de un establecimiento de salud (por ejemplo, en el hogar). Las personas que disponen de una fuente de información precisa y de acceso a un trabajador de la salud capacitado (en caso de que necesiten o deseen apoyo en cualquier etapa del proceso) pueden autogestionar sin peligro su proceso de aborto en las primeras 12 semanas de gestación. La prestación de servicios con un mínimo de supervisión médica puede mejorar considerablemente el acceso al aborto, especialmente en entornos en que existen restricciones y en situaciones de crisis, así como mejorar la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad del proceso de aborto sin comprometer la seguridad ni la eficacia (23).

Sin embargo, tanto en entornos de bajos recursos como de altos recursos, las leyes, las políticas y las barreras prácticas pueden dificultar el acceso a una atención para el aborto de calidad. Es necesario adoptar medidas múltiples a nivel jurídico, del sistema de salud y de la comunidad para que todas las personas que lo necesiten tengan acceso a una atención integral para el aborto, es decir, al suministro de información, la gestión del aborto (incluido el aborto provocado y la atención relacionada con la pérdida del embarazo o el aborto espontáneo) y la atención posterior al aborto.

1.2 Objetivos, fundamentos, público destinatario, inclusividad y estructura de las directrices

Las directrices son el medio fundamental a través del que la OMS ejerce su liderazgo técnico en materia de salud (24). Las directrices de la OMS se someten a un riguroso proceso de aseguramiento de la calidad que genera recomendaciones para la práctica clínica o la política de salud pública con vistas a obtener los mejores resultados posibles en materia de salud individual o colectiva. Para lograr este objetivo, la OMS se ha comprometido a integrar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de la salud a nivel nacional y regional, examinando los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos.

1.2.1 Objetivo y justificación

El objetivo de estas directrices es presentar el conjunto completo de todas las recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas de la OMS relativas al aborto, a fin de propiciar una atención para el aborto de calidad con base científica en todo el mundo.

Estas directrices son una actualización de las recomendaciones contenidas en las siguientes orientaciones anteriores de la OMS, a las que sustituyen:

- *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición (2012);*
- *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto (conocidas como las directrices sobre «el reparto de tareas») (2015); y*
- *Tratamiento médico del aborto (2019).*

Estas directrices pretenden proporcionar información y orientación concretas, integrando los aspectos de la atención en todos los ámbitos necesarios para prestar una atención para el aborto de calidad, a saber: legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios. Las directrices contienen nuevas recomendaciones que se han consolidado con las recomendaciones ya existentes que permanecen sin cambios y con algunas que se han actualizado tras una nueva evaluación en la que se han utilizado los mismos métodos rigurosos tanto para las recomendaciones nuevas como para las recomendaciones actualizadas (véase el anexo 4: Métodos). Entre las recomendaciones se encuentran siete relativas a la legislación y las políticas que deberían o no estar en vigor, para poder aplicar y mantener plenamente una atención para el aborto de calidad: en el capítulo 2 se presentan tres recomendaciones relativas a la regulación del aborto y en el capítulo 3 otras cuatro relativas a la legislación y las políticas que afectan a las prácticas clínicas y de los trabajadores de la salud. El resto de las recomendaciones conciernen a los métodos de aborto y a la atención clínica conexa, así como a la prestación de servicios por parte de distintos trabajadores de la salud y enfoques, incluida la autogestión por parte de la solicitante del aborto, a fin de reflejar los cambios recientes que se han producido en todos estos aspectos de la atención para el aborto. En el capítulo 4 se destacan las nuevas esferas de interés y las prioridades de investigación en materia de atención para el aborto.

Como parte fundamental de la razón de ser de la elaboración de estas directrices actualizadas y consolidadas, en lo que resta de este primer capítulo se presenta información contextual importante, que forma parte integrante de estas directrices, como contexto para las recomendaciones y las declaraciones de prácticas óptimas. Esta información no se presenta en forma de recomendaciones de la OMS, sino que se describen los determinantes que subyacen a la atención para el aborto de calidad y, por tanto, debe examinarse atentamente. En la sección 1.3 se describe el entorno propicio de la atención integral para el aborto (es decir, un marco legislativo y de políticas que fomente los derechos humanos; el acceso a la información; y los factores del sistema de salud) y en la

sección 1.4 se profundiza en consideraciones fundamentales del sistema de salud (la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud; la financiación de la atención de salud; la formación del personal de salud; los productos básicos de atención de salud; y el seguimiento y la evaluación).

Cuando proceda, este documento incorporará y se basará en las consideraciones recogidas en otras orientaciones anteriores de la OMS, como las *Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH (25)* y las *directrices unificadas de la OMS sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: salud sexual y reproductiva y derechos conexos (26)*.

1.2.2 Público destinatario

El objetivo de estas directrices es ofrecer recomendaciones a las instancias normativas nacionales y subnacionales, a los encargados de ejecutar y gestionar programas de salud sexual y reproductiva, a los miembros de organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil y sociedades profesionales, así como a los trabajadores de la salud y a otras partes interesadas de la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de ayudarles a garantizar la disponibilidad y el acceso a una atención para el aborto de calidad con base empírica en todo el mundo.

1.2.3 Equidad, inclusión y atención centrada en la persona

En estas directrices se reconocen y admiten las necesidades de todas las personas con respecto al aborto. Un enfoque basado en los derechos humanos que promueva la igualdad de género es esencial y debe aplicarse en todos los contextos de prestación de servicios a las personas que solicitan atención de salud. Para prestar una atención para el aborto de calidad en todo el sistema de salud, los servicios también deben integrarse, siempre que sea posible, con otros servicios de salud sexual y reproductiva, como las pruebas diagnósticas y el tratamiento del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) con base empírica, y la planificación familiar y la anticoncepción, y deben ser amigables y acogedores para los jóvenes y las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género, las personas con discapacidad y todos los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación.

Las directrices de la OMS incorporan sistemáticamente la consideración de los valores y preferencias de los usuarios finales de las intervenciones recomendadas o sugeridas en su proceso de elaboración. Con el fin de conocer más a fondo los valores y las preferencias de las personas que solicitan servicios de atención para el aborto, la OMS realizó una encuesta mundial y convocó una reunión técnica sobre este tema con las partes interesadas en septiembre de 2019 a la que asistieron 19 participantes de 15 países y organizaciones diferentes. Los temas principales que surgieron fueron la importancia de la equidad, la inclusión y la satisfacción de las necesidades de quienes viven en las situaciones más vulnerables y marginadas. Además, en abril de 2021 se convocó una reunión técnica dirigida por jóvenes con 16 participantes (que representaban a 13 países de todas las regiones de la OMS) del Grupo de trabajo de jóvenes por el aborto, con el fin de conocer las preocupaciones de los jóvenes. El Grupo de trabajo fue creado por la Alianza Internacional de Jóvenes por la Planificación Familiar (IYAFF), un colectivo de jóvenes, asociaciones de jóvenes, organizaciones y comunidades con la misión común de apoyar la prestación y el acceso a servicios integrales de salud reproductiva (véase el anexo B en línea: Reuniones técnicas celebradas durante la elaboración de las directrices). Las mujeres con VIH son un ejemplo entre muchos de una población marginada con vulnerabilidades únicas en el contexto de la atención para el aborto. Estas mujeres se enfrentan a dificultades específicas y son vulnerables a la vulneración de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva en el seno de sus familias y comunidades, así como en los establecimientos de salud en que solicitan atención. Para promover intervenciones más eficaces y mejores resultados de salud para todas las personas que solicitan un aborto, es esencial contar con un entorno propicio (véase la sección 1.3).

Todas las personas tienen derecho a la no discriminación y la igualdad de atención y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación está recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados universales de derechos humanos e instrumentos regionales de derechos humanos. Se ha afirmado que el derecho a la no discriminación garantizado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales. El sistema internacional de derechos humanos ha reforzado la promoción y protección

de los derechos humanos sin distinción. La protección de las personas en función de su orientación sexual e identidad de género se basa en el derecho internacional, complementado y ampliado por la práctica de los Estados (27). Tal como se afirma en el informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018, «el derecho al reconocimiento efectivo de la identidad de género está relacionado con el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley» (28, párrafo 20).

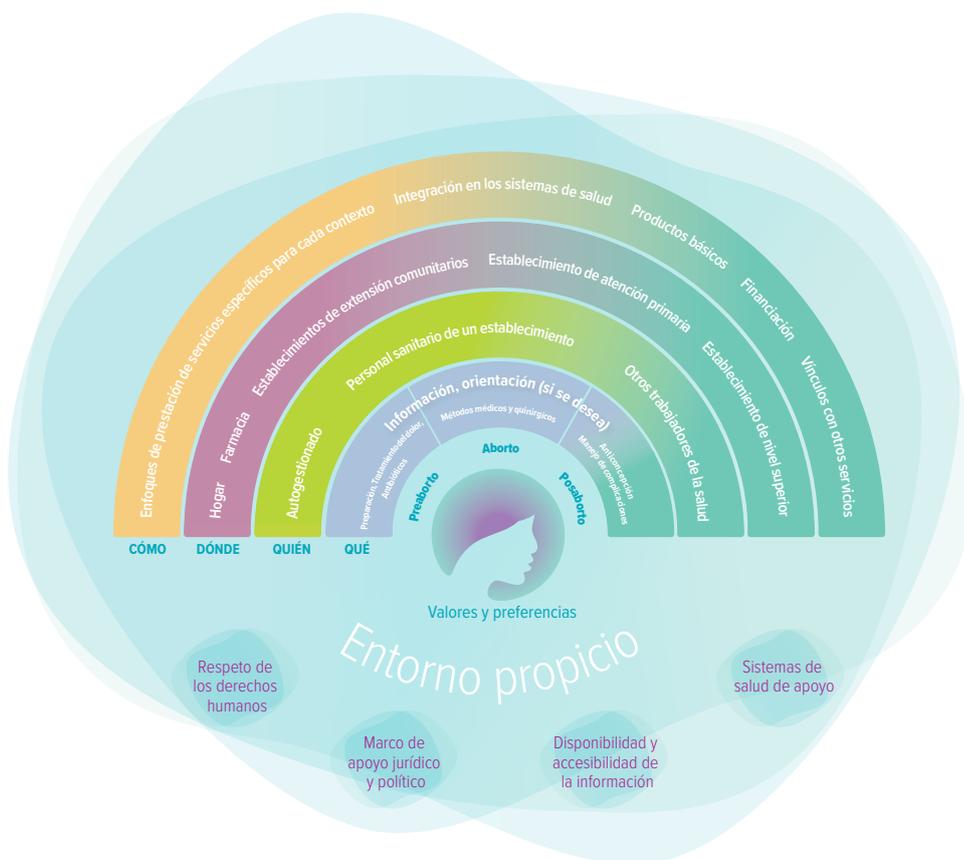
En estas directrices, partimos de la base de que la mayor parte de la evidencia disponible sobre el aborto se deriva de la investigación entre poblaciones de estudio de mujeres cisgénero, y reconocemos que las mujeres cisgénero, los hombres transgénero, las personas no binarias, de género fluido e intersexuales con un sistema reproductor femenino y capaces de quedarse embarazadas pueden requerir atención para el aborto. En aras de la concisión y para facilitar la legibilidad de estas directrices, al referirnos a todas las personas con diversidad de género que pueden requerir atención para el aborto, utilizamos la palabra «mujeres» con mayor frecuencia, aunque también utilizamos de forma diversa los términos «individuo», «persona» y «solicitante de aborto». Los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención para el aborto, deben tener en cuenta las necesidades de todas las personas y proporcionarles la misma atención; la identidad de género o su expresión no deben dar lugar a discriminación.

En estas directrices se adopta un enfoque de los servicios de salud integrado y centrado en la persona (29). La atención centrada en la persona requiere que el individuo tenga la educación y el apoyo que necesita para tomar decisiones y participar en su propia atención de la salud (30). Las preferencias sanitarias individuales pueden variar; ningún modelo de atención para el aborto satisfará las necesidades de todas las personas que solicitan asistencia para el aborto. Los valores fundamentales de la dignidad, la autonomía, la igualdad, la confidencialidad, la comunicación, el apoyo social, la atención de apoyo y la confianza son fundamentales para la atención para el aborto y aparecen reflejados en estas directrices (31).

1.2.4 Estructura conceptual de las directrices

Como se ilustra en la figura 1.1, estas directrices se centran en los valores y las preferencias de las personas que solicitan un aborto, y las consideran participantes activas a la vez que beneficiarias de los servicios de salud. En las directrices se hace hincapié en que, a medida que una mujer, niña u otra persona embarazada recorre la vía de acción de la atención para el aborto (previa al aborto, aborto y posterior al aborto), los servicios de salud deben integrarse en el sistema de salud para garantizar que la prestación del servicio satisfaga sus necesidades de forma equitativa y sin discriminación. A medida que se avanza por esta vía, las directrices ofrecen recomendaciones específicas sobre las intervenciones necesarias (es decir, «qué») y orientaciones sobre las personas que pueden llevarlas a cabo con seguridad (es decir, «quién»). En las directrices también se ofrece información sobre los lugares en que pueden prestarse los servicios (es decir, «dónde») y se describen los modelos de prestación de servicios que pueden utilizarse (es decir, «cómo»). El entorno propicio, descrito en el resto de este capítulo, proporciona el contexto para la aplicación eficaz de estas intervenciones.

Figura 1.1: Marco conceptual del aborto



1.3 Un entorno propicio para la atención integral para el aborto

El entorno de una persona desempeña un papel crucial a la hora de determinar su acceso a la atención y de influir en los resultados de salud. La base de la atención integral para el aborto de calidad es la existencia de un entorno propicio. Los tres pilares de un entorno propicio para la atención para el aborto se describen en el recuadro 1.1 y se desarrollan en el texto de esta sección:

1. el respeto de los derechos humanos, incluido un marco legislativo y político de apoyo;
2. la disponibilidad de información y su accesibilidad; y
3. un sistema de salud de apoyo, accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente.

Para mayor claridad, en esta sección del documento de las directrices no se ofrecen recomendaciones, sino que se detallan los componentes y aspectos que conformarían un entorno general propicio para la atención para el aborto de calidad, basado en las prácticas óptimas de la OMS, que proporcionaría el contexto ideal para facilitar de la mejor manera posible la aplicación de las recomendaciones que figuran en las secciones posteriores de este capítulo y en el capítulo 3. Si bien este entorno propicio representa un contexto ideal, la instrumentación completa de los componentes de este entorno propicio no constituye necesariamente una condición previa para la instauración y aplicación de las recomendaciones contenidas en estas directrices.

RECUADRO 1.1: Componentes básicos de un entorno propicio para la atención para el aborto

El respeto de los derechos humanos, incluido un marco legislativo y político de apoyo

- Los países ratifican los tratados y convenios internacionales y regionales de derechos humanos que conciernen a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
- Las leyes y políticas promueven la salud sexual y reproductiva para todos, y son coherentes con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- Existen disposiciones administrativas, políticas y judiciales adecuadas para facilitar la atención para el aborto de calidad, que incluyen mecanismos accesibles, transparentes y eficaces que permiten la interposición de recursos. Entre ellos, cabe mencionar los siguientes:
 - mecanismos accesibles para que las mujeres puedan recurrir la denegación del aborto de manera oportuna, y
 - mecanismos adecuados de seguimiento en caso de que no se facilite una atención de calidad, incluida la revisión y reforma periódica de la legislación y las políticas para reconocer y eliminar los obstáculos a la atención para el aborto de calidad.
- Las políticas permiten reducir al mínimo la tasa de embarazos no planeados al proveer de información y servicios de anticoncepción de calidad, incluida una gama completa de métodos anticonceptivos (de emergencia, de acción rápida y de acción lenta).
- Todas las personas y comunidades reciben los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras y sin ningún tipo de discriminación.

Disponibilidad y accesibilidad de la información

- Se imparte educación sexual integral con base empírica a todas las personas y se pone a su disposición en formatos e idiomas múltiples y accesibles.
- Existe una amplia disponibilidad de información sobre salud sexual y reproductiva precisa, no sesgada y con base empírica, incluida la relativa al aborto y los métodos anticonceptivos, en formatos e idiomas múltiples y accesibles.

Un sistema de salud de apoyo, accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente

- La cobertura sanitaria universal garantiza que todas las personas puedan recibir la atención que necesitan sin tener que afrontar dificultades económicas (véase el apartado 1.4.1).
- El sistema de salud está dotado de recursos adecuados, lo que significa que los recursos, incluidos los medicamentos esenciales, los suministros, los equipos, el personal y las asignaciones financieras, están disponibles, son accesibles, aceptables, asequibles y de buena calidad.
- Se garantiza un acceso equitativo a los medicamentos y productos sanitarios esenciales de calidad garantizada.
- El liderazgo y las normas clínicas promueven servicios de salud sexual y reproductiva con base empírica.
- La organización del sistema de salud garantiza el respeto a la salud sexual y reproductiva y a los derechos humanos, especialmente la no discriminación y la igualdad, así como la autonomía en la toma de decisiones.
- El personal es solvente, recibe una formación basada en la competencia y está capacitado para proporcionar asesoramiento y servicios de salud sexual y reproductiva con base empírica.
- Además de la formación técnica, los servicios de salud sexual y reproductiva se prestan por personas formadas en el contenido y el significado de la legislación y capacitadas y facultadas para interpretar y aplicar la legislación y las políticas de forma respetuosa con los derechos.
- Se garantiza la confidencialidad y la privacidad de la atención, y se realizan esfuerzos para contrarrestar el estigma del aborto.

- Hay acceso a una atención integral del aborto segura y oportuna y las mujeres no tienen que recurrir a un aborto peligroso.
- Las políticas de financiación de la salud deben evitar condicionar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva al pago directo de los pacientes en el lugar de prestación del servicio.
- La atención se presta siempre con respeto y compasión.
- Las comunidades participan y apoyan.

1.3.1 Los derechos humanos, incluido un marco legislativo y político de apoyo

Un entorno propicio es un entorno en que se respetan, protegen y cumplen los derechos humanos de las personas. Esto supone una revisión periódica y, en caso necesario, una revisión de los marcos normativos, jurídicos y de políticas, así como la adopción de medidas que garanticen el cumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos a medida que van evolucionando (véase el anexo 2).

En estas directrices se hace referencia a las normas de derechos humanos del derecho internacional, cuya aplicabilidad en un entorno concreto dependerá de factores como la ratificación de los Estados de los instrumentos de derechos humanos correspondientes. Las fuentes de estas normas de derechos humanos se describen en el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

i) Salud y derechos sexuales y reproductivos

La salud y los derechos sexuales y reproductivos se basan en un conjunto de derechos humanos reconocidos y garantizados en el derecho nacional e internacional, y están indisolublemente vinculados al cumplimiento de los objetivos de las políticas de salud pública, incluidos los ODS (32, 33). Las personas gozan de una serie de derechos sexuales y reproductivos, que son importantes de cara a la información y los servicios en el continuo del proceso de atención para el aborto (véase el recuadro 1.2). Todos estos derechos se basan en los principios de no discriminación e igualdad, y en el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, que incluye la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (3, párrafo 7). Todo ello se ve respaldado por la obligación de los Estados de garantizar que la legislación y las políticas, los arreglos institucionales y las prácticas sociales no impidan a las personas el disfrute efectivo de su derecho a la salud sexual y reproductiva (3, párrafo 8).

En el recuadro 1.2 se ofrece una descripción general de ciertos derechos humanos establecidos por los instrumentos de derecho internacional y de las obligaciones y principios conexos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

ii) Prevención del aborto peligroso y reducción de la mortalidad y morbilidad maternas

La adopción de medidas para prevenir el aborto peligroso es una obligación básica del derecho a la salud sexual y reproductiva (3, párrafo 49). El derecho internacional de los derechos humanos exige a los Estados que adopten medidas para reducir la mortalidad materna, así como para proteger eficazmente a las mujeres de los riesgos físicos y mentales (morbilidad) asociados al aborto peligroso (43, párrafo 6, 9, 24, 30-33). Los órganos de control de los tratados (véase el anexo 2) han confirmado que los Estados deben revisar sus leyes para garantizar esta protección (36, párrafo 8). Así, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CESCR) ha confirmado que los Estados deben liberalizar las leyes restrictivas sobre el aborto, garantizar el acceso a un aborto de calidad y a la atención posterior al aborto, y respetar el derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva (3, párrafo 28). En todas las situaciones, los Estados tienen el deber, en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, de garantizar que la regulación del aborto (véase el capítulo 2) no haga que las mujeres y las niñas recurran a abortos peligrosos (36, párrafo 8). En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados deben proporcionar los medicamentos esenciales enumerados en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS (46, párrafo 12a). Los Estados también deben adoptar medidas para prevenir la estigmatización de las personas que recurran al aborto (36, párrafo 8). Además, las políticas deben encaminarse a reducir al mínimo la tasa de embarazos no planeados al proveer de información y servicios de anticoncepción de calidad, incluida una gama completa de métodos anticonceptivos (de emergencia, de acción rápida y de acción lenta).

iii) Regulación del aborto basada en los derechos

El derecho a la salud sexual y reproductiva requiere que los Estados garanticen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, productos y servicios de salud (46, párrafos 8, 12). Esto debe fundamentar todos los aspectos de la regulación del aborto.

Los órganos de control de los tratados han pedido la despenalización del aborto en todas las circunstancias. Además, han aclarado las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos con relación al aborto. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Los Estados no pueden regular el embarazo o el aborto de manera contraria a su obligación básica de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que recurrir a abortos peligrosos. En caso de hacerlo, deben revisar sus restricciones al acceso al aborto (36, párrafo 8).
- La regulación del aborto no debe poner en peligro la vida de las mujeres embarazadas, ni someterlas a dolores o sufrimientos físicos o mentales (incluso cuando esto constituya tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes), ni discriminarlas, ni injerir arbitrariamente en su vida privada (36, párrafo 8).
- La regulación del aborto debe estar fundamentada en pruebas y ser proporcionada, a fin de asegurar el respeto de los derechos humanos (37, párrafo 18).

RECUADRO 1.2: Selección de derechos humanos, tal como se especifican en los instrumentos de derecho internacional pertinentes, y sus obligaciones y principios asociados relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y el aborto en particular

Derecho humano	Principios y obligaciones de derechos humanos relacionados con el aborto
<p>Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluidas la salud y los derechos sexuales y reproductivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y satisfacer el derecho de toda persona a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (34, artículo 12). Ello incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▫ la eliminación de las disposiciones legales, incluidas las leyes penales, que penalizan a las mujeres que se han sometido a un aborto o a los profesionales médicos que ofrecen estos servicios (3, 35-38); ▫ garantizar que no se impida a las mujeres el acceso a los servicios de salud por el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud (por ejemplo, cuando el aborto es legal, si un médico se niega a realizarlo, el sistema de salud debe facilitar su derivación a un proveedor de atención de la salud alternativo) (3, 39); ▫ la eliminación de los obstáculos a la prestación de servicios de aborto, incluidos los que llevan a las mujeres a recurrir a abortos peligrosos, lo que debe incluir la eliminación de las demoras inaceptables en la prestación de atención médica (3, 36, 38, 40, 42); ▫ la adopción de medidas para prevenir los abortos peligrosos y garantizar el acceso a la atención posterior al aborto en todas las circunstancias, de forma confidencial y sin la amenaza de enjuiciamiento penal o medidas punitivas (3, 36-38, 40, 41, 42 [párrafo 33], 43-47); ▫ la adopción de medidas para prevenir y eliminar la discriminación, la estigmatización y los estereotipos negativos que obstaculizan el acceso a la salud sexual y reproductiva, en especial contra las personas que desean abortar y los proveedores de atención de la salud que ofrecen servicios de aborto (36, 38). • Los Estados deben garantizar que los establecimientos, productos y servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles, sean aceptables y de buena calidad. Ello incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▫ garantizar un número adecuado de establecimientos, productos y servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, personal médico y de salud formado y capacitado [42, 46, 48] y medicamentos científicamente aprobados y sin caducar para el aborto y la atención posterior al aborto [49], así como la disponibilidad del aborto seguro en casos de violación e incesto [3, 36, 42, 50, 51]); ▫ garantizar que los servicios y la atención de salud, incluida la salud sexual y reproductiva y los medicamentos esenciales, sean física y geográficamente accesibles y asequibles para todas las personas, ya sea de forma gratuita o garantizando que los gastos en atención de salud no expongan a las personas a sufrir dificultades económicas (46); ▫ garantizar la accesibilidad a información sobre la salud sexual y reproductiva (3, 52) (por ejemplo, las instituciones y las personas deben poder proporcionar información precisa sobre la atención de la salud, incluida información sobre el aborto, sin temor a sanciones penales [41, 50, 51]); ▫ garantizar que la prestación de servicios sea respetuosa con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital (53, párrafo 20).
<p>Derecho a la no discriminación y a la igualdad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben garantizar a las personas la igualdad de acceso a la misma diversidad, calidad y nivel de información, productos y servicios de salud sexual y reproductiva (36, 45, 52). • Los Estados deben reconocer y adoptar medidas encaminadas a facilitar el acceso al aborto seguro y a la atención posterior al aborto a determinados grupos de personas, especialmente a los marginados, a quienes tienen recursos escasos, a las personas que viven en zonas rurales y a las que pertenecen a minorías, ya que tienen más riesgo de sufrir formas cruzadas de discriminación (3, 36, 38, 40, 41, 42 [párrafo 33], 43-47, 49, 54 [párrafo 45]). • Los Estados deben derogar o reformar las leyes, políticas y prácticas discriminatorias que anulen o perjudiquen la capacidad de las personas para acceder a la salud sexual y reproductiva, como la tipificación del aborto como delito y las leyes restrictivas sobre el aborto (3, 35-38, 41, 42 [párrafo 22], 55). • Los Estados deben eliminar todas las barreras legales, de procedimiento, prácticas y sociales que impidan el acceso equitativo y no discriminatorio de las personas a la salud sexual y reproductiva, incluido el aborto, y deben derogar medidas como el requisito de la autorización de terceros (es decir, de los cónyuges, parejas, progenitores o tutores, o de las autoridades de salud), el asesoramiento sesgado, los plazos de espera obligatorios y las restricciones basadas en el hecho de ser mujer soltera (3, 35-38). • Los Estados deben adoptar medidas para evitar la imposición del aborto forzado, en particular a las mujeres y niñas de grupos marginados (37, 40, 47, 52, 56).
<p>Derecho a la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben garantizar que las medidas destinadas a regular el acceso al aborto no pongan en peligro la vida de la mujer, niña u otra persona embarazada, ni la sometan a dolores o sufrimientos físicos o mentales, ni la discriminen, ni interfieran arbitrariamente en su vida privada (36). • Los Estados deben proporcionar un acceso efectivo y confidencial al aborto legal y seguro cuando la vida o la salud de la mujer, niña u otra persona embarazada esté en peligro, o cuando llevar el embarazo a término pueda causar a la persona embarazada un dolor o sufrimiento considerable, y en los casos en que el embarazo sea resultado de una violación o incesto, o cuando el embarazo no sea viable (36). • Los Estados deben adoptar medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, incluida la lucha contra el aborto peligroso, teniendo en cuenta las dificultades añadidas que se presentan en determinados entornos (3, 36-38, 40, 43).

Derecho humano	Principios y obligaciones de derechos humanos relacionados con el aborto
Derecho a la vida privada	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben respetar el derecho de la persona a tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, incluida la de someterse o no a un aborto (35, 36, 57). • Los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos el aborto y la atención posterior al mismo, deben prestarse de forma que se respete plenamente la intimidad de la mujer, la niña u otra persona embarazada y se garantice la confidencialidad (35, 36). • No se debe exigir u obligar a los profesionales médicos y de salud a denunciar los casos de mujeres que han abortado (36, 37, 40, 48). • La denegación del aborto terapéutico puede interferir arbitrariamente en el derecho a la vida privada (57). • Los requisitos de autorización de terceros pueden violar el derecho a la vida privada (3, 36, 38)
Derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes, incluido el derecho a la integridad física y mental	<ul style="list-style-type: none"> • El aborto forzado, la tipificación del aborto como delito, la negación o el retraso de la atención para el aborto en condiciones seguras o la atención posterior al aborto, y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que solicitan información, productos y servicios de salud sexual y reproductiva son formas de violencia de género (44, 55), que, dependiendo de las circunstancias, pueden equivaler a tortura o a trato cruel, inhumano o degradante (55). • Los Estados deben garantizar que las medidas que regulan el aborto no someten a las personas a dolores o sufrimientos físicos o mentales considerables, como en el caso de que el embarazo sea resultado de una violación (36). • Las leyes y políticas estatales no deben permitir el aborto sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Los Estados deben impedir y perseguir los abortos forzados realizados por funcionarios públicos y agentes privados, especialmente cuando se practiquen a mujeres con discapacidad o de acuerdo con leyes y políticas de planificación familiar coercitivas, así como en el contexto de un conflicto (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Los Estados deben garantizar que las personas que soliciten un aborto legal y seguro no se vean sometidas a actitudes humillantes y condenatorias que lleven a la denegación o a la demora de esos servicios en un contexto de extrema vulnerabilidad para estas personas y en el que resulta esencial prestar atención de salud a tiempo (35). • La tipificación del aborto como delito puede equivaler a la tortura y a los tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluida la práctica de extraer confesiones con fines de enjuiciamiento a personas que solicitan atención médica de urgencia a causa de un aborto ilegal en un contexto determinado (55).
Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y los medios para ello	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben garantizar el acceso a la información y los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos asequibles, de manera que las mujeres y las adolescentes puedan tomar decisiones autónomas e informadas sobre su salud reproductiva (42 [párrafo 33], 49 [párrafo 33]). • Los Estados deben garantizar a las mujeres con discapacidad el ejercicio de su derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos (52, 59 [artículo 3.3]).
Derecho a la información y a la educación, incluida la salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben adoptar medidas para garantizar la disponibilidad pública de información actualizada y precisa sobre la salud sexual y reproductiva y su accesibilidad para todas las personas, en los idiomas y formatos adecuados (3, 50-52). • Los Estados deben garantizar que las instituciones de enseñanza incorporen en sus planes de estudios obligatorios una educación sexual imparcial, científicamente exacta, con base empírica, adecuada a la edad e integral (3, párrafo 63). • Los Estados deben poner a disposición de las personas, de forma confidencial, información exacta y con base empírica sobre el aborto (3 [párrafo 63], 50-52). • Esta información debe presentarse de forma que pueda ser comprendida por la persona que la recibe (3, 52). • Debe respetarse la decisión de una persona de rechazar la información que se le ofrece. • Los Estados deben garantizar que el consentimiento informado se proporcione libremente, se proteja eficazmente y se base en el suministro completo de información de alta calidad, exacta y accesible.
Derecho a beneficiarse del progreso científico y su aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • Los estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible (46, 49, 54). • Los Estados deben garantizar el acceso a las tecnologías científicas necesarias y actualizadas, en particular a la anticoncepción y a los medicamentos para el aborto, sin discriminación (42, 49).

Nota: Para obtener más información, véase el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto. La terminología empleada en este recuadro refleja el lenguaje original utilizado en los documentos de origen (tratados de derechos humanos).

iv) Accesibilidad de la atención para el aborto

Cuando es legal, el aborto debe ser accesible en la práctica. Esto requiere tanto asegurar que los establecimientos, productos y servicios de atención de la salud sean accesibles (lo que incluye un número suficiente de proveedores; véase la sección 3.3.8 sobre las restricciones a los proveedores), como que la legislación y las políticas sobre el aborto se formulen, interpreten y apliquen de manera compatible con los derechos humanos. Por consiguiente, en los casos en que el aborto puede practicarse actualmente sobre la base de supuestos, es decir, en circunstancias específicas, y en previsión del paso a un sistema de aborto a demanda, tal como se recomienda (véase la recomendación 2: Enfoques basados en supuestos, sección 2.2.2), esos supuestos deben definirse e interpretarse de manera que den pleno efecto a los derechos humanos de la mujer y se ajusten a las siguientes definiciones de la OMS:

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (2).

Salud mental: estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad (65).

Los Estados deben adoptar medidas eficaces para evitar que terceros (por ejemplo, los progenitores, el cónyuge, la autoridad de salud) menoscaben el disfrute de una persona de su derecho a la salud sexual y reproductiva (véase la sección 3.3.2: Autorización de terceros) (3, párrafo 59), y deben también garantizar que la negativa del proveedor no suponga un obstáculo para acceder a la atención para el aborto (véase la sección 3.3.9: Objeción de conciencia) (3 [párrafos 14, 43], 39 [cap. 1, párrafos 11, 13]).

v) Consentimiento libre e informado

El derecho internacional de los derechos humanos exige que la prestación del servicio de aborto se base en el consentimiento libre e informado de la persona que va a abortar, sin necesidad de ninguna otra autorización.

El derecho internacional de los derechos humanos obliga a los Estados a garantizar que las personas dispongan de información exacta y con base empírica sobre el aborto (3 [párrafo 9], 36 [párrafo 8]) de forma confidencial (36 [párrafo 8], 43), y también que se respete su decisión de rechazar esa información cuando se les ofrezca (58, párrafo 15). Recibir esa información es fundamental, ya que sustenta el derecho y la capacidad de tomar decisiones y elegir con conocimiento de causa sobre asuntos relacionados con el propio cuerpo y la salud sexual y reproductiva, y de dar un consentimiento informado (véase también la sección 1.3.2).

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados están obligados a garantizar que el «consentimiento informado»:

- se documente con anterioridad a un procedimiento médico y se proporcione sin que haya mediado coerción, influencia indebida ni tergiversación (58, párrafo 13);
- se salvaguarde mediante mecanismos legislativos, políticos y administrativos (58, párrafo 7), como aspecto fundamental de un conjunto de derechos humanos (es decir, el derecho a la salud, a la información, a no ser discriminado y a la seguridad y dignidad de la persona);
- se base en el suministro de información completa sobre los beneficios, los riesgos y las alternativas asociados;
- se base en una información de gran calidad, exacta y accesible (lo que incluye que se garantice su disponibilidad en una diversidad de formatos y lenguas, y en formatos que la hagan accesible a las personas con capacidad reducida), y que se presente de una manera aceptable para la persona que da su consentimiento.

En la sección 3.2, sobre el suministro de información y el asesoramiento relacionado con el aborto para las personas que lo solicitan, en la sección 3.5.1, sobre la atención de seguimiento, y en la sección 3.5.4, sobre la anticoncepción después del aborto, se ofrece más información pertinente. Los Estados están obligados a proteger a las mujeres de injerencias arbitrarias cuando solicitan servicios de salud sexual y reproductiva, y a garantizar el respeto a la toma de decisiones autónoma de las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad, en relación con su salud sexual y reproductiva y su bienestar (60).

A pesar de que las mujeres tienen derecho a obtener información precisa, algunos trabajadores de la salud que

se oponen al aborto por motivos de conciencia proporcionan información deliberadamente engañosa o se niegan a proporcionar cualquier información sobre el aborto (66-68). Los Estados en que se permite a los trabajadores de la salud invocar la objeción de conciencia (3, párrafo 43) deben regular y supervisar esa negativa a prestar servicios de aborto para garantizar que las mujeres puedan acceder a información precisa y a servicios adecuados (véase la sección 3.3.9: Objeción de conciencia).

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados no pueden restringir el acceso de las mujeres a los servicios de salud por el hecho de no contar con la autorización de sus cónyuges, parejas, padres/tutores o autoridades de salud, por ser solteras o por ser mujeres (39 [capítulo 1, párrafos 14 y 21], 3 [párrafos 41 y 43]). En el caso de las adolescentes, no debe exigirse la autorización o el consentimiento de los padres antes de la prestación de la atención para el aborto (véase también la sección 3.3.2: Autorización de terceros). De manera general, los Estados deben reconocer la evolución de las facultades de las niñas y las adolescentes y su capacidad asociada para tomar decisiones que afecten a su vida (69, artículo 5). A fin de garantizar la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha sugerido que los Estados consideren la posibilidad de «introducir la presunción legal de la competencia de un adolescente que busca bienes y servicios de salud preventivos o para los que el tiempo es un factor crucial, incluida la salud sexual y reproductiva, para acceder a esos bienes y servicios» (35, párrafo 60). El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas también ha instado a los Estados a «estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como ... [los] servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de[!] aborto en condiciones de seguridad» (45, párrafo 31).

Las personas con discapacidad tienen derecho a la autonomía individual (59, artículo 3a), pero se enfrentan a una discriminación continua y sistémica en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los Estados tienen la obligación de prohibir y prevenir la denegación discriminatoria de servicios de salud a las personas con discapacidad (70, párrafo 66). Los Estados no pueden llevar a cabo el aborto forzado o bajo coacción, y deben adoptar medidas para evitarlo (40, párrafo 11), ya que constituye tortura y trato cruel, inhumano o degradante (40 [párrafo 11], 52 [párrafo 62]).

vi) Atención posterior al aborto

La prestación de atención posterior al aborto es una obligación básica de los Estados con arreglo al derecho a la salud sexual y reproductiva (3, párrafo 49e). Con independencia de que el aborto sea legal o esté restringido, los Estados deben garantizar el acceso a la atención posterior al aborto (45, párrafo 70). Esta atención debe ofrecerse de manera confidencial, sin discriminación y sin la amenaza de enjuiciamiento penal u otras medidas punitivas (36, párrafo 8). Los Estados también deben garantizar el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, seguros y asequibles (36 [párrafo 8], 49 [párrafo 33]).

vii) Rendición de cuentas por la violación de los derechos humanos

Los mecanismos de rendición de cuentas son esenciales para la protección, el respeto y el cumplimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La vigilancia y la rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los derechos humanos se producen a nivel nacional, regional e internacional, según corresponda a la legislación en cuestión. En la vigilancia y la rendición de cuentas intervienen diversos actores, como el propio Estado, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones nacionales de derechos humanos o los mecanismos internacionales o regionales de derechos humanos. Entre estos mecanismos de rendición de cuentas se encuentran los mecanismos administrativos de registro y seguimiento de los resultados sanitarios pertinentes relacionados con la legislación y las políticas en materia de aborto, y su inclusión en los informes que se presentan a las instituciones de derechos humanos (39, capítulo 1, párrafos 9, 10, 12 y 17) (véase también la sección 1.4.5 sobre el seguimiento y evaluación de la atención para el aborto). Los Estados deben garantizar que todas las personas tengan acceso a la justicia y a un recurso significativo y efectivo cuando se violen sus derechos humanos (39, cap. 1, párrafo 13). Estos recursos pueden incluir una reparación adecuada, efectiva y rápida en forma de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición (3, párrafo 64), lo que incluye la reforma de leyes y políticas. Teniendo en cuenta lo anterior, un entorno propicio para la atención para el aborto garantizaría la existencia de mecanismos adecuados de rendición de cuentas en caso de que no se facilite una atención para el aborto de calidad, incluidos mecanismos de rendición de cuentas accesibles, transparentes y

eficaces para que las mujeres puedan recurrir oportunamente la denegación del aborto. Además, un entorno propicio incluiría recursos adecuados en caso de que no se facilite una atención de calidad, incluida la revisión y reforma periódica de la legislación y las políticas para reconocer y eliminar los obstáculos a la atención para el aborto de calidad. Como ha confirmado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, esa reforma debe incluir «[la eliminación] de la tipificación como delito discriminatoria y la [revisión y supervisión] de todos los procedimientos judiciales... [y la despenalización] de formas de comportamiento que pueden ser realizadas solo por mujeres, como el aborto» (61, párrafo 51 I)).

1.3.2 Disponibilidad y accesibilidad de la información

Un primer paso esencial para mejorar el acceso a la atención para el aborto y la calidad de esta es garantizar que todas las personas puedan acceder a información y asesoramiento en materia de salud pertinentes, precisos y con base empírica, siempre y cuando lo deseen. Esto lo exige el derecho internacional de los derechos humanos, fundamentado en el derecho a la información y el derecho a la vida privada (véase el recuadro 1.2), y facilita la toma de decisiones individuales con relación a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el aborto. Debe disponerse de dos tipos diferentes de información sobre el aborto: *i*) información de carácter general para la población (que se describe a continuación), y *ii*) información específica adaptada, de manera que resulte pertinente para cada persona que desee abortar (véase la sección 3.2.1) y que sustente el consentimiento libre e informado, que se describe en la sección 1.3.1 v).

Los Estados Partes deben garantizar a todas las personas el derecho a recibir información precisa, imparcial y con base empírica sobre la salud sexual y reproductiva. En relación con esto, como parte de su obligación de reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, los Estados deben garantizar la provisión de una educación integral, no discriminatoria, científicamente precisa y adecuada a la edad sobre la sexualidad y la reproducción, incluida información sobre el aborto, tanto dentro como fuera de los centros educativos (46, 71 [artículos 10, 16], 72) y deben garantizar la disponibilidad de una educación sexual integral para los menores sin el consentimiento de sus padres o tutores (45, párrafo 31). En un entorno propicio, todas las personas recibirían toda la información necesaria para tomar una decisión informada sobre el uso de anticonceptivos, incluida la información sobre dónde y cómo acceder a un aborto o a métodos anticonceptivos, los costos de los servicios y los detalles de las leyes locales. El creciente uso de la autogestión del aborto (véase la sección 3.6.2) subraya la necesidad de garantizar la disponibilidad de información exacta sobre el aborto para todas las personas que lo soliciten.

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, el suministro de información sobre el aborto no debe estar tipificado como delito, incluso en contextos en que el propio procedimiento puede ser ilegal (véase la sección 2.2.1: Tipificación del aborto como delito). Para garantizar una amplia accesibilidad a información precisa, incluso para las personas con bajo nivel de alfabetización, un entorno propicio preverá que esa información se difunda utilizando diversos formatos y medios de comunicación, según corresponda a los destinatarios a los que se dirija (por ejemplo, vídeos, redes sociales). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha confirmado que «la difusión de información errónea y la imposición de restricciones en relación con el derecho de las personas a tener acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva vulneran también el deber de respetar los derechos humanos. ... Esas restricciones impiden el acceso a la información y los servicios, y pueden alimentar el estigma y la discriminación» (3, párrafo 41).

1.3.3 Factores del sistema de salud

En el marco del sistema de salud, deben adoptarse numerosas medidas para cumplir con las obligaciones en materia de derechos humanos. Las medidas encaminadas a facilitar y fortalecer la prestación de servicios relacionados con el aborto deben basarse en los derechos humanos, en las necesidades locales en materia de salud y en un conocimiento minucioso del sistema de prestación de servicios y del contexto social, cultural, político y económico más amplio. Las normas y directrices nacionales sobre la atención para el aborto deben basarse en datos científicos y actualizarse periódicamente, y ofrecer la orientación necesaria para lograr un acceso equitativo a la atención integral para el aborto. Las autoridades también deben promover servicios de salud sexual y reproductiva basados en datos científicos, de acuerdo con estas normas y directrices.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental incluye el derecho a una atención de salud respetuosa, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (73). El derecho a beneficiarse del progreso científico y su aplicación confiere a las mujeres el acceso a las tecnologías científicas actualizadas que necesiten.

Esto significa que los Estados deben garantizar el acceso a formas modernas y seguras de anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), los medicamentos para el aborto, las tecnologías de reproducción asistida y otros bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, sobre la base de la no discriminación y la igualdad (49, párrafo 33). Para lograr un alto nivel de atención de salud respetuosa, los sistemas de salud deben organizarse y gestionarse de manera que se garantice el respeto de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de las personas (73). La atención de salud respetuosa reconoce los derechos de las personas, respeta su capacidad de acción y autonomía en la toma de decisiones e incorpora sus valores y preferencias en la atención.

Además de las barreras políticas y normativas, hay otros obstáculos que pueden limitar aún más la disponibilidad de los servicios de aborto, entre ellos: el estigma; los costos formales e informales; la falta de productos, servicios, proveedores capacitados e información; y/o la falta de voluntad de algunos trabajadores de la salud para brindar atención. Esto hace que determinados grupos de personas, como las que viven en entornos rurales, las que tienen dificultades económicas, las adolescentes, las solteras, las personas transgénero o no binarias, las que tienen menos acceso a la educación y las personas con VIH, sean desproporcionadamente vulnerables a los obstáculos para obtener atención para el aborto. Como parte de un entorno propicio, el sistema de salud debe contar con los recursos adecuados, lo que significa que los recursos (por ejemplo, los medicamentos esenciales, los suministros, los equipos, el personal, las asignaciones financieras) están disponibles, se distribuyen de manera justa y se utilizan de manera eficiente. De este modo, debe garantizarse un acceso adecuado y equitativo a medicamentos y equipos esenciales de calidad garantizada. Las políticas de financiación de la salud deben evitar condicionar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva al pago directo de los pacientes en el punto de servicio, y el personal de salud debe estar capacitado para prestar servicios de salud sexual y reproductiva con base empírica, incluido el asesoramiento.

El estigma del aborto es frecuente y tiene consecuencias psicológicas negativas para las personas que desean abortar y para los trabajadores de la salud que prestan atención para el aborto (31, 74, 75), y también puede ser perjudicial para los resultados de salud. El estigma del aborto es un proceso social y depende del contexto, pero puede considerarse como un ejercicio de poder y control de un grupo sobre los miembros de un grupo menos poderoso, que se consideran diferentes, se estereotipan negativamente, se discriminan y se marginan dentro de la sociedad (75, 76). Es necesario trabajar en todos los sectores para contrarrestar el estigma; los sistemas de salud deben reconocer los riesgos y los efectos del estigma, y aplicar soluciones que no solo garanticen la privacidad y la confidencialidad, sino que también apoyen a los trabajadores de la salud. La atención debe prestarse siempre con respeto y compasión. En un entorno propicio, las comunidades también participan y apoyan. Las personas que asisten y apoyan a quienes desean abortar, es decir, sus parejas, amigos y familiares, también necesitan el apoyo del sistema de salud y de un entorno más amplio.

En la sección 1.4 se analizan en profundidad los factores clave del sistema de salud.

1.4 Consideraciones sobre el sistema de salud

El sistema de salud se refiere a todas las organizaciones, personas y actuaciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (77). El sistema de salud está formado por los seis elementos básicos que se enumeran en la figura 1.2, que apoyan cuatro objetivos y resultados generales, como se muestra a continuación. En esta sección se tratan en detalle las consideraciones relativas al sistema de salud que resultan pertinentes para crear un entorno propicio para la atención para el aborto.

Figura 1.2: El marco del sistema de salud de la OMS



Fuente: OMS, 2007 (77).

Un sistema de salud que funcione bien, con todos los «componentes» trabajando en armonía, depende de que haya trabajadores de la salud formados y motivados, una infraestructura bien mantenida y un suministro fiable de medicamentos y tecnologías, respaldados por una financiación adecuada, planes de salud robustos y políticas fundamentadas científicamente. Los servicios de atención de salud que se prestan a través del sistema de salud no se limitan a los que se prestan en un establecimiento de salud; la atención y los servicios de salud también pueden recibirse a través de proveedores comunitarios (por ejemplo, visitantes médicos, farmacéuticos), intervenciones digitales o enfoques de autoasistencia (por ejemplo, telemedicina).

1.4.1 Cobertura sanitaria universal y atención primaria de salud

La cobertura sanitaria universal implica garantizar el acceso a todas las personas a los servicios sanitarios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos necesarios, de calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando al mismo tiempo que el uso de estos servicios no exponga a ningún usuario a dificultades financieras (30). La cobertura sanitaria universal es esencial para alcanzar la meta 3.8 de los ODS: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. El objetivo de esta meta es acelerar los esfuerzos para garantizar que todas las personas y comunidades reciban todo el espectro de servicios de salud esenciales y de calidad que necesitan a lo largo de la vida, sin experimentar dificultades financieras.

Para establecer un entorno propicio, es necesario que la atención para el aborto se integre en el sistema de salud a todos los niveles (es decir, primario, secundario y terciario), y cuente con el apoyo de la comunidad, para que puedan ampliarse las funciones de los trabajadores de la salud, incluidos los enfoques de autogestión. Esta integración es un proceso complejo que puede producirse a través de la prestación de servicios, mecanismos de financiación o la inclusión en paquetes de prestaciones de salud. Si bien la inclusión en los paquetes de prestaciones de salud puede mejorar el acceso y la prestación de la atención para el aborto, en muchos países la atención para el aborto no está explícitamente reconocida en el paquete básico, lo que contribuye a un acceso desigual a los servicios (78).

Desde el punto de vista de la financiación de la salud, para mejorar el acceso a la atención integral para el aborto, como parte de la cobertura sanitaria universal, es necesario desplazar la carga de la financiación de los ciudadanos hacia la financiación pública nacional, en la que se combinan los ingresos fiscales y los sistemas de prepago para cubrir los costos de la atención (78). En la sección 1.4.2 se ofrece más información sobre este tema. Mientras tanto, desde el punto de vista de la prestación de servicios, la integración de la atención para el aborto en los programas nacionales de atención materna y planificación familiar es, técnicamente, la opción más sencilla, ya que los servicios de aborto requieren pocos o ningún conocimiento adicional por parte de los proveedores, así como medicamentos, equipos o suministros. Además, es la opción más eficiente, ya que minimiza cualquier costo adicional o marginal derivado de la implantación de los servicios de aborto.

El fortalecimiento de los sistemas de salud, mediante la mejora del rendimiento de los seis componentes del sistema de salud (véase más arriba), es esencial para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal (77). El uso de tecnologías y enfoques nuevos e innovadores para proporcionar, facilitar o apoyar los servicios de aborto debe incorporarse a los programas nacionales y a los paquetes de prestaciones de salud. El Compendio de la OMS para la Cobertura Sanitaria Universal ofrece una lista de todas las intervenciones relacionadas con la atención para el aborto que deben considerarse para su inclusión en el paquete de la cobertura sanitaria universal de un país (79).³

Tanto para garantizar el acceso al aborto como para conseguir la cobertura sanitaria universal, el aborto debe estar centrado en la atención primaria de salud, que en sí misma está plenamente integrada en el sistema de salud, facilitando las vías de derivación de pacientes a un nivel de atención superior cuando sea necesario. La atención primaria de salud es un enfoque multisectorial y social de la salud que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar para todas las personas, centrándose en las necesidades y preferencias de las personas (como individuos, familias y comunidades) a lo largo de la continuidad asistencial, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (30). La atención primaria de salud de calidad se basa en datos empíricos, se presta en la comunidad y

3 Puede consultarse seleccionando «Sexual and reproductive health» en este enlace: <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/interventions-by-programme-area> o mediante la búsqueda en la base de datos a través de este enlace: <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database>.

se centra en la persona. Disponer del aborto y hacerlo accesible dentro de la atención primaria de salud es una estrategia segura y eficaz para promover el acceso equitativo al aborto y proporcionar un entorno propicio para su práctica.

1.4.2 Financiación de la salud

La financiación de la salud es una función básica de los sistemas de salud que puede propiciar el avance hacia la cobertura sanitaria universal al mejorar la cobertura efectiva de los servicios y la protección financiera. Para mejorar la cobertura efectiva de los servicios, las disposiciones relativas a la financiación de la salud respecto de los servicios de aborto deben garantizar que se cubran los costos de producción, de manera que los proveedores de atención de salud dispongan de los medios para llevar a cabo esas actividades sin limitaciones financieras. Para mejorar la protección financiera, el sistema de salud debe garantizar que la parte de los costos (costos de producción y costos de acceso a los servicios) a cargo de los pacientes no sea un obstáculo para la plena utilización de los servicios. El enfoque de la OMS sobre la financiación de la salud se centra en las siguientes funciones básicas:

- obtención de ingresos: establecimiento de fuentes de recursos, incluidos los presupuestos públicos o los planes obligatorios o voluntarios de seguro de prepago, los pagos directos de los usuarios y la ayuda externa;
- mancomunación de fondos: acumulación de fondos pagados por adelantado en nombre de una parte o de toda la población; y
- compra de servicios: pago o asignación de recursos a los proveedores de atención de salud.

Además, todos los países disponen de políticas que indican los servicios a los que tiene derecho la población, aunque la administración no lo declare explícitamente, y, por extensión, los servicios no cubiertos suelen pagarlos los pacientes de su bolsillo en forma de tasas o copagos.

Para crear un entorno propicio, la financiación de los servicios para el aborto debe tener en cuenta los costos para el sistema de salud y garantizar que los servicios sean gratuitos o asequibles y estén disponibles para todos quienes los necesiten, en apoyo del objetivo de lograr la cobertura sanitaria universal. En un estudio de alcance realizado recientemente, se han descrito los costos para el sistema de salud y para la mujer mediante la categorización de las consecuencias económicas del aborto y de las políticas sobre el aborto a tres niveles: microeconómico, mesoeconómico y macroeconómico. La evaluación de los niveles micro, meso y macroeconómico permitió conocer las consecuencias económicas documentadas del aborto a nivel individual, comunitario y del sistema de salud (80-82).

Costo para el establecimiento o el sistema de salud

En lo que respecta a los costos para el establecimiento de salud y el sistema de salud, las conclusiones del examen de los resultados mesoeconómicos confirmaron que la limitación de recursos afecta negativamente a la capacidad de los establecimientos para satisfacer la demanda y prestar servicios de calidad (81). Además, los costos de la atención posterior al aborto, incluido el tratamiento de las complicaciones posteriores, consumen una cantidad desproporcionada de los recursos de los establecimientos en muchos entornos, lo que supone una carga para los sistemas de salud al agotar aún más sus recursos ya sobrecargados. Por consiguiente, se puede ahorrar dinero manteniendo o incluso mejorando la calidad de los servicios de atención para el aborto, así como descentralizando los servicios y legalizando el aborto, como se indica en la evaluación macroeconómica (82).

Proporcionar acceso a una atención para el aborto de calidad es considerablemente menos costoso que tratar las complicaciones del aborto peligroso (83-87). Los costos de la atención para el aborto con aspiración al vacío suponen una inversión de capital modesta y esporádica, como la compra de una bomba de aspiración de vacío eléctrica o de un equipo de aspiración de vacío manual, una mesa de examen, un esterilizador de vapor o un autoclave, y posiblemente también la renovación de las salas de espera, de consulta y de recuperación, así como de los aseos. Los costos recurrentes del aborto quirúrgico o médico comprenden los asociados a la compra de instrumentos y suministros que deberán reponerse periódicamente, como cánulas y aspiradores de vacío manuales, soluciones antisépticas y desinfectantes de alto nivel utilizados para el tratamiento de los instrumentos, y medicamentos para el tratamiento del dolor, la prevención de infecciones y el aborto médico.

Las decisiones sobre qué métodos de aborto se van a ofrecer y cómo se van a organizar los servicios influyen directamente en el costo de la prestación de servicios y en su asequibilidad. Hay dos cuestiones organizativas de especial importancia, tanto para aumentar la seguridad como para reducir los costos: *i)* el uso preferente de la aspiración al vacío o del aborto médico, y *ii)* la facilitación de la prestación del aborto (por ejemplo, la mejora del acceso a los servicios de aborto, la integración en la atención primaria de salud). La ampliación del papel de los trabajadores de la salud en la prestación de servicios de aborto y el examen de modalidades innovadoras de prestación de servicios, como la telemedicina y las líneas de atención telefónica, también se han identificado como estrategias de ahorro para los sistemas nacionales de salud (82).

Hacer que los servicios sean asequibles para las mujeres

En los países donde puede accederse legalmente al aborto, todavía resulta difícil prestar servicios de aborto financiados con fondos públicos y gratuitos en el punto de atención (88). Además, en algunos entornos, la protección financiera está restringida a determinados grupos demográficos de personas que solicitan un aborto o a determinadas categorías legales de aborto. Es posible que a las personas que solicitan un aborto se les cobren tasas adicionales considerables (además de las tasas oficiales), lo que supone un obstáculo para muchas, especialmente cuando se combinan con los gastos de viaje y los costos de oportunidad, como el tiempo perdido de trabajo remunerado y no remunerado. En algunos entornos, las tasas de reembolso a los proveedores privados o públicos que trabajan con organizaciones no gubernamentales están muy por debajo del costo de la atención. Es probable que el obstáculo que suponen el elevado costo de los medicamentos o los servicios para el aborto genere mayores costos para el sistema de salud, ya que estos costos obligan a muchas personas, especialmente entre la población adolescente (89), a presentarse a una edad gestacional más avanzada o a utilizar proveedores o métodos inseguros, lo que aumenta las tasas de hospitalización por complicaciones graves (80, 90-92). Las mayores tasas de complicaciones, los honorarios adicionales y los elevados costos también contribuyen a la estigmatización del aborto.

El respeto, la protección y la realización del derecho a la salud requiere que los Estados garanticen, como mínimo, el acceso universal y equitativo a servicios, productos y establecimientos de salud sexual y reproductiva asequibles, aceptables y de calidad, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados (3, párrafo 49). Por tanto, para ofrecer un entorno propicio para la atención para el aborto, la capacidad de pago no debe influir en la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios de aborto legal (3 [párrafo 17], 35 [párrafo 31], 39 [cap. 1, párrafo 21]).

Como parte de un entorno propicio, las consideraciones sobre la igualdad de género, los derechos humanos y la equidad deben guiar el diseño de la política de financiación de la salud para reducir, si no eliminar, las barreras financieras para los más vulnerables, y para garantizar el acceso equitativo a servicios de buena calidad (93). El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha descrito las tasas por aborto como una condición excesivamente gravosa para garantizar a las mujeres la libertad de decidir con conocimiento de causa y el respeto de su autonomía (94, párrafo 37). En los casos en que se cobren tasas por el aborto, esto debería basarse en un cuidadoso examen de la capacidad de pago, y debería haber exenciones de tasas para quienes tengan dificultades económicas y para las adolescentes que deseen abortar. No obstante, cabe señalar que las pruebas sobre el éxito de las exenciones de tasas a la hora de abordar los obstáculos financieros y mejorar el acceso a una atención para el aborto de calidad son dispares y no concluyentes (95). Numerosos órganos de control de los tratados (véase el anexo 2) han reconocido que los servicios de aborto deben ser económicamente accesibles, y han recomendado a los Estados que reduzcan el costo del aborto o que proporcionen apoyo financiero de otro modo cuando sea necesario (96 [párrafos 37(b), 38(b)], 97 [párrafo 24], 98 [párrafos 38, 39]).

En este sentido, el Comité contra la Tortura ha pedido a los Estados que garanticen el acceso gratuito al aborto a las víctimas de violación (99, párrafo 15a). Teniendo en cuenta lo anterior, en la medida de lo posible, los servicios y los suministros para el aborto deben ser obligatorios para su cobertura en los planes de seguros, ya que la incapacidad de pago no es una razón aceptable para negar o retrasar la atención para el aborto. Por otro lado, contar con procedimientos transparentes en todos los establecimientos de atención de salud puede garantizar que el personal no imponga gastos informales.

1.4.3 Competencias y formación del personal de salud

Los trabajadores de la salud son todas las personas que ejercen actividades cuyo objetivo principal es mejorar la salud (100). La prestación de una atención de alta calidad requiere un suministro adecuado de trabajadores de la salud competentes, distribuidos de forma equitativa y con una combinación óptima de competencias en los establecimientos, los servicios de extensión y la comunidad (101). Todos los trabajadores de la salud deben recibir el apoyo adecuado para prestar una atención competente. Las competencias necesarias para prestar o apoyar la atención para el aborto coinciden con las que se requieren en muchos otros ámbitos de la salud (102, 103). La OMS está elaborando actualmente un marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal, en el que se determinan las competencias necesarias para que los trabajadores de la atención primaria de salud presten toda la gama de cuidados de promoción, prevención, diagnóstico, curativos y paliativos (104, 105).

La prestación de servicios de atención y tratamiento debe llevarse a cabo de forma centrada en las personas, sin juzgarlas ni dirigirles, permitiendo que sean ellas quienes tomen las decisiones sobre su propia atención de forma informada y con apoyo (106). Como parte del objetivo de garantizar un entorno propicio, es especialmente importante que la formación de los trabajadores de la salud que participan en los servicios de salud sexual y reproductiva incorpore lo siguiente:

- las competencias específicas que se requieren para los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular para la atención para el aborto
- la prestación de una atención centrada en la persona;
- los derechos humanos y el contenido y el significado de la legislación, así como la forma de interpretar y aplicar la legislación y las políticas de forma respetuosa con los derechos;
- la comunicación, para que puedan tomarse decisiones informadas;
- la explicación de los valores;
- el trabajo en equipo entre profesionales; y
- enfoques empáticos y compasivos de la atención (105).

Estas competencias deberán incluirse en los programas de formación y promoverse por las asociaciones profesionales. Es especialmente importante que las actitudes y los comportamientos de los trabajadores de la salud sean inclusivos, no juzguen ni estigmaticen, y que promuevan la seguridad y la igualdad. Los encargados de gestionar la atención de salud, ya sea en el sector público o en el privado, son responsables de prestar los servicios de forma adecuada y de cumplir las normas basadas en la ética profesional y en los principios de derechos humanos acordados internacionalmente.

1.4.4 Productos básicos

La prestación de la atención primaria de salud incluye el acceso a medicamentos inocuos, eficaces, de calidad y asequibles, incluidos los medicamentos para el aborto y la atención posterior al aborto (es decir, antibióticos y medicamentos para el tratamiento del dolor, así como medicamentos para el aborto y anticonceptivos para después del aborto).

La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (también conocida como Lista de Medicamentos Esenciales) contiene los medicamentos mínimos necesarios para un sistema de atención de salud básico, y enumera los medicamentos más eficaces, seguros y efectivos en función de los costos para las afecciones prioritarias. Las afecciones prioritarias se seleccionan en función de la importancia actual y futura estimada para la salud pública, y del potencial de tratamiento inocuo y eficaz en función de los costos. Tanto la mifepristona como el misoprostol se han incluido en las Listas Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS desde 2005. En 2019, estos medicamentos pasaron de la lista complementaria a la lista básica de medicamentos esenciales en la 21.^a lista y se eliminó el requisito de «estrecha supervisión médica» para su uso (107). En el cuadro 1.1 se indican los medicamentos para el aborto pertinentes incluidos en la 21.^a lista de medicamentos esenciales y también en la más reciente 22.^a lista de medicamentos esenciales.

Cuadro 1.1 Medicamentos incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS y sus indicaciones

Indicación incluida en la LISTA	Medicamentos incluidos en la Lista
Aborto provocado	<ul style="list-style-type: none"> Mifepristona (200 mg) y misoprostol (200 µg). Los medicamentos están disponibles individualmente o en envase conjunto La Lista de Medicamentos Esenciales menciona específicamente la siguiente formulación en envase conjunto: 1 comprimido de mifepristona (200 mg) + 4 comprimidos de misoprostol (200 µg).
Tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol (200 µg).

Fuente: Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS - 21.ª lista, 2019 (107), 22.ª lista, 2021 (108).

Dentro de un país, los elementos fundamentales de una estrategia de productos básicos comprenden las políticas, la reglamentación, las adquisiciones y la cadena de suministro, así como los vínculos con los sistemas de financiación y reembolso (109).

La mifepristona y el misoprostol deben figurar en las listas nacionales de medicamentos esenciales correspondientes o en sus equivalentes, y deben incluirse en las directrices pertinentes de atención clínica y prestación de servicios. En el caso de las pruebas de embarazo y los equipos de aspiración al vacío manual, los países pueden disponer de una lista de dispositivos médicos esenciales o una lista similar para los dispositivos médicos. Las pruebas de embarazo y los dispositivos de aspiración al vacío manual de calidad deben incluirse en estas listas como parte de una estrategia de productos básicos.

La inclusión en la lista nacional de medicamentos esenciales es un componente importante para garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad. El misoprostol, la mifepristona, los equipos de aborto quirúrgico y otros productos sanitarios pertinentes deben incluirse en las licitaciones nacionales de adquisiciones, así como en las actividades de seguimiento de la cadena de suministro. Las actividades de adquisición deben incluir métodos de previsión adecuados a los productos y al contexto del país con el objetivo de garantizar un suministro continuo (110). Los depósitos centrales de suministros médicos deben garantizar que las especificaciones para la adquisición de medicamentos para el aborto seguro se coordinen con el organismo nacional de reglamentación farmacéutica y que especifiquen claramente las normas de garantía de calidad y todos los demás requisitos, como la dosis farmacéutica, el envasado y el tiempo de conservación.

La OMS recomienda que se busque el máximo nivel de garantía de calidad, pero reconoce que pueden ser necesarios enfoques basados en el riesgo en países donde existe un acceso limitado a los mercados internacionales. Los enfoques basados en el riesgo dependerán del contexto de un país determinado, pero pueden incluir excepciones basadas en la información previa sobre un fabricante o en la información de otros reguladores (111). Los medicamentos de calidad asegurada son los aprobados por los organismos de reglamentación rigurosos (112)⁴ o los que figuran en la lista de precalificación de la OMS.⁵ Cuando no se disponga de estos medicamentos, se debe proceder a la aprobación por parte de un organismo nacional de reglamentación farmacéutica que incluya la inspección y ensayo de acuerdo con las normas aceptadas para la mifepristona y el misoprostol.⁶

Los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica son los organismos que se encargan de registrar y autorizar la comercialización de determinados productos. Estos organismos examinan la inocuidad, la eficacia y la calidad de los medicamentos para conceder la autorización de comercialización. Esa autorización es específica para cada medicamento elaborado en un lugar concreto por un fabricante determinado. Las autorizaciones de comercialización se conceden sobre la base de una evaluación de un expediente técnico presentado

4 Los organismos de reglamentación rigurosos se enumeran en esta página web: <https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs>. En la referencia citada (páginas. 34-35), los organismos de reglamentación rigurosos se definen como «un organismo de reglamentación que es miembro u observador del ICH [Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos de los Productos Farmacéuticos para Uso Humano], o que está asociado a un miembro del ICH mediante un acuerdo de reconocimiento mutuo jurídicamente vinculante» (antes del 23 de octubre de 2015).

5 La precalificación de la OMS es una norma para todos los tipos de productos, incluidos los medicamentos (productos farmacéuticos y biofarmacos), las vacunas y los dispositivos de inmunización, los productos de diagnóstico *in vitro* y los productos de control de vectores. Este listado implica una recomendación pero no una autorización de comercialización.

6 Para más información, puede consultarse la Farmacopea Internacional, disponible en: <https://dicollections.net/phint/2020/index.html#p/home>.

por el fabricante, o su agente, que confirma la eficacia, la calidad y la inocuidad del producto. Mediante la precalificación, la OMS presta apoyo a un mecanismo de confianza en materia de reglamentación por el que proporciona a los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica información detallada sobre la evaluación de los productos que han sido precalificados por la OMS, de modo que la decisión de reglamentación pueda adoptarse sobre la base de la evaluación de la OMS, en lugar de tener que repetirla. Basándose en el mismo principio, la OMS también apoya el intercambio de información sobre la evaluación de los productos aprobados por los organismos de reglamentación rigurosos. Ambos procesos se conocen como procedimientos de registro en colaboración de la OMS.⁷

Los reguladores toman decisiones sobre la autoridad para prescribir y dispensar medicamentos. Hay ejemplos, como el de los anticonceptivos de emergencia, en que los reguladores han tomado decisiones para cambiar la facultad de prescripción de medicamentos con el fin de mejorar el acceso y el uso adecuado, como la «venta libre» o la prescripción por parte de un farmacéutico sin necesidad de consultar al médico. La información que se suele tener en cuenta incluye si una afección puede ser razonablemente autodiagnosticada, la inocuidad general del medicamento y la probabilidad de un uso indebido o de complicaciones con un uso menos supervisado o no supervisado del medicamento, entre otros aspectos (113, 114). Los programas nacionales deben colaborar con los organismos reguladores para determinar las facultades de prescripción y dispensación de medicamentos más adecuadas, basadas en datos empíricos. Es posible que deban modificarse las restricciones a la facultad de prescripción para algunas categorías de trabajadores de la salud, o que deban establecerse otros mecanismos para que estos trabajadores de la salud puedan disponer de los medicamentos dentro del marco regulatorio del sistema de salud.

Una estrategia integral de productos básicos y un enfoque eficaz sobre el acceso requerirán la inclusión de los productos básicos necesarios en la lista nacional de medicamentos esenciales, la aprobación del organismo nacional de reglamentación farmacéutica (es decir, la autorización de comercialización o el registro), el desarrollo de mecanismos de previsión, adquisición, distribución y orientación sobre la prescripción y la dispensación, y un plan de vigilancia posterior a la comercialización.

1.4.5 Seguimiento y evaluación de la atención para el aborto de calidad

La eficacia en el seguimiento y evaluación es esencial para medir la calidad y las tendencias del aborto, como base para el diálogo sobre políticas y la adopción de decisiones con base empírica para seguir mejorando la prestación y la calidad de los servicios. Con el fin de apoyar el seguimiento y evaluación de la calidad de la atención para el aborto a escala nacional, la OMS está elaborando un marco de seguimiento y evaluación de la calidad de la atención para el aborto basado en el documento de la OMS titulado *Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework* (115). En el cuadro 1.2 se presentan la estructura, los ámbitos y las áreas de indicadores del marco, las categorías para el desglose de las desigualdades y las fuentes de datos normalizadas. Se está elaborando un conjunto de indicadores de atención para el aborto, que se publicará en un futuro próximo (véase en el anexo 6 un resumen sobre el progreso de esta labor de seguimiento y evaluación).

El marco de seguimiento y evaluación de la atención para el aborto de calidad apoyará el seguimiento y evaluación en los niveles de insumos del sistema de salud, de prestación de servicios, de resultados y de impacto en la población. El seguimiento y evaluación de los servicios relacionados con el aborto sigue siendo deficiente en la mayoría de los sistemas nacionales de salud. Es preciso detectar y subsanar las carencias específicas en la recopilación y el uso de datos.

El seguimiento de los insumos del sistema de salud engloba la gobernanza, la financiación de la salud, el personal de salud, los productos sanitarios y la información sanitaria. Dentro de estas cinco categorías, los insumos del sistema de salud para la atención para el aborto de calidad a los que hay que dar seguimiento en el tiempo comprenden, entre otros, los siguientes:

- Gobernanza: aclaración de la condición jurídica del aborto, adhesión de los protocolos relativos al aborto provocado en las directrices nacionales a la orientación normativa mundial (véase también la sección 1.3.1 vii)].

⁷ Para más información, véase: <https://extranet.who.int/pqweb/medicines/collaborative-procedure-accelerated-registration>.

- Financiación: inclusión de acuerdos de financiación de la salud para la atención relacionada con el aborto en los principales paquetes de prestaciones de salud (véase la sección 1.4.2).
- Personal de salud: inclusión de la atención para el aborto provocado basada en la competencia (de acuerdo con la orientación normativa mundial) en los planes de estudio nacionales para las categorías pertinentes de trabajadores de la salud (véase la sección 1.4.3).
- Productos sanitarios: inclusión de la mifepristona y el misoprostol en las listas nacionales de medicamentos esenciales, y seguimiento del desabastecimiento de productos para los servicios de aborto en los puntos de prestación de servicios (véase la sección 1.4.4).
- Sistemas de Información sobre la Gestión Sanitaria (HMIS): integración de los indicadores de calidad de la atención para el aborto en el HMIS nacional.

Para este nivel de seguimiento de los insumos, los datos suelen proceder de fuentes administrativas, como los documentos de políticas nacionales, los sistemas de seguimiento de la financiación de la salud, los planes de estudio nacionales, los sistemas de información sobre la gestión logística (SIGL) y los Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria.

El seguimiento de la prestación de servicios permite verificar la disponibilidad de proveedores capacitados que brindan atención para el aborto provocado, la disponibilidad de los medicamentos y productos necesarios en los lugares de prestación de servicios, la preparación del sistema para brindar atención para el aborto según una norma mínima definida, y la calidad de la prestación de los servicios, incluida la atención centrada en la persona, evaluada en parte a través de las perspectivas de los usuarios y la comunidad. Los datos de seguimiento de la prestación de servicios de aborto a nivel nacional deben incluirse en las evaluaciones a nivel de los establecimientos de salud, en los HMIS y en las encuestas de población.

El seguimiento de los resultados en la población de la atención para el aborto consiste en evaluar la cobertura, incluido i) el acceso a una atención para el aborto de calidad y asequible, y ii) el conocimiento de la población sobre el acceso a una atención para el aborto de calidad y asequible. Deben hacerse esfuerzos para desglosar los datos por dimensiones de desigualdad, como capacidad, edad, casta, educación, origen étnico, género, geografía y riqueza. Las fuentes de datos sobre los resultados en la población suelen consistir en evaluaciones a nivel de los establecimientos de salud y en encuestas de población, y pueden incluir los sistemas de información sobre la gestión sanitaria y educativa. En muchos entornos, los datos de resultados poblacionales relacionados con el aborto constituyen un ámbito de recopilación de datos y de presentación de informes que se encuentra desatendido.

La medición del impacto de la atención para el aborto de calidad comprende la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el aborto. Las estimaciones en estos ámbitos deben desglosarse por dimensiones de desigualdad en la medida de lo posible. Las fuentes de datos consisten en encuestas de población, sistemas de información sobre la gestión sanitaria y datos de registro civil y estadísticas vitales.

Cuando se detecten carencias en la disponibilidad de datos, habrá que invertir para subsanarlas. A corto plazo, puede que sea necesario elaborar modelos estadísticos para estimar los valores de los indicadores, especialmente a nivel de impacto.

Cuadro 1.2 Seguimiento y evaluación de la calidad de la atención para el aborto de calidad

Categorías	Áreas de los indicadores	Desglose por desigualdad	Fuentes de datos
Insumos del sistema de salud	Gobernanza	Geografía: intranacional, internacional	Fuentes administrativas (incluidos los documentos sobre políticas nacionales, los sistemas de seguimiento de la financiación de la salud, los planes de estudio nacionales, los sistemas de información sobre gestión de la logística y los sistemas de información sobre la gestión sanitaria)
	Financiación de la salud		
	Personal de salud		
	Productos básicos para la salud		
	Información sanitaria		
Prestación del servicio	Disponibilidad de los servicios	Capacidad, edad, casta, educación, origen étnico, género, geografía, riqueza	Evaluación de los establecimientos de atención de salud, encuestas de población, HMIS, sistemas de información sobre la gestión de la educación
	Disposición operativa para la prestación de servicios		
	Calidad de los servicios		
Resultados en la población	Acceso a una atención para el aborto de calidad y asequible	Capacidad, edad, casta, educación, origen étnico, género, geografía, riqueza	Evaluación de los establecimientos de atención de salud, encuestas de población, HMIS, sistemas de información sobre la gestión de la educación
	Conocimiento de la población sobre el acceso a una atención para el aborto de calidad y asequible		
Impacto	Mortalidad relacionada con el aborto	Capacidad, edad, casta, educación, origen étnico, género, geografía, riqueza	CRegistro civil y estadísticas vitales, HMIS, encuestas de población
	Morbilidad relacionada con el aborto		

HMIS: Sistema de información sobre la gestión sanitaria

Capítulo 2.

Reglamentación del aborto, incluidas las recomendaciones pertinentes

Como se indica en la sección 1.3 del capítulo 1, un elemento del entorno propicio es que la legislación y las políticas promuevan y protejan la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Algunos de los enfoques comunes en materia de legislación y políticas sobre el aborto que se mencionan en el capítulo 1 (sección 1.3.1) plantean obstáculos al acceso al aborto, son incompatibles con los instrumentos jurídicos internacionales de derechos humanos y pueden tener efectos negativos en el ejercicio de los derechos humanos.

En este capítulo se presenta la evidencia sobre los efectos de estos enfoques legislativos y de políticas, se examinan sus implicaciones sobre los derechos humanos y se presentan recomendaciones basadas en datos empíricos para mejorar la legislación y las políticas relativas al aborto como parte de un entorno propicio para el acceso universal a una atención para el aborto de calidad. En el recuadro 2.1 se resumen los principios legislativos y de políticas sobre el aborto que serían coherentes con los principios fundamentales del derecho de los derechos humanos.

RECUADRO 2.1: Legislación y políticas sobre el aborto compatibles con los principios fundamentales del derecho de los derechos humanos

Los Estados deben respetar, proteger y satisfacer los derechos de las personas que deseen abortar, lo que incluye la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Los Estados deben adoptar medidas positivas para garantizar un entorno normativo y político propicio que asegure la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad universales de la atención para el aborto y posterior al aborto.

El aborto debe estar totalmente despenalizado. Deben eliminarse las barreras normativas, políticas y programáticas, así como los obstáculos en la práctica, que dificultan el acceso a una atención para el aborto de calidad y su prestación oportuna. Entre ellos se encuentran los enfoques basados en supuestos, los límites a la edad gestacional, los plazos de espera obligatorios, los requisitos de autorización de terceros y las restricciones relativas a los proveedores. Los Estados también deben proteger el acceso a la atención para el aborto y su continuidad frente a los obstáculos creados por la objeción de conciencia (véanse las recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22 de las presentes directrices).

La regulación del aborto debe tener el objetivo de respetar, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales

y reproductivos de las mujeres; lograr resultados positivos para la salud de las mujeres; proporcionar información y servicios de anticoncepción de buena calidad; y satisfacer las necesidades particulares de las personas marginadas, incluidas las mujeres que se enfrentan a dificultades financieras, las adolescentes, las mujeres con discapacidad, las supervivientes de la violencia sexual y de género, las personas transgénero y no binarias, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, religiosas y raciales, las mujeres migrantes y desplazadas, y las mujeres con VIH, entre otras. La reglamentación del aborto debe basarse en la igualdad y la no discriminación y promoverlas.

Fuente: Para consultar las referencias, véase el recuadro 1.2.

2.1 Enfoques comunes sobre la reglamentación del aborto

Casi todos los países en que el aborto es legal lo regulan de forma diferente a otras formas de atención de salud (116). A diferencia de otros servicios de salud esenciales, el aborto suele estar regulado en mayor o menor medida por el derecho penal, además de la legislación sanitaria. Incluso cuando puede accederse al aborto por determinados motivos o hasta determinadas edades gestacionales (a menudo vinculadas a motivos concretos), en esos casos suele considerarse un delito punible si se produce fuera de esas situaciones específicas permitidas. Por consiguiente, las personas pueden encontrar importantes obstáculos para acceder a la atención para el aborto y posterior al aborto en esos contextos. Estas barreras persisten a pesar de que el aborto es una parte segura, eficaz y poco compleja de la atención de la salud sexual y reproductiva, a pesar de los importantes avances que se han producido en el derecho internacional de los derechos humanos, y a pesar de la creciente frecuencia con la que la autoasistencia para el aborto se produce de forma segura con poco o ningún contacto con el sistema de salud formal.

Las barreras más habituales al acceso a una atención para el aborto de calidad, que pueden o no estar codificadas en la ley, son la falta de acceso a información precisa, el suministro de información o asesoramiento sesgados, la imposición de plazos de espera obligatorios, los requisitos de autorización de terceros, las restricciones sobre el tipo de establecimientos o entornos donde se pueden prestar legalmente los servicios de aborto, las restricciones sobre el tipo de trabajadores de la salud que pueden prestar legalmente los servicios, la falta de servicios asequibles, las violaciones de la confidencialidad y la privacidad, la falta de salvaguarda del acceso y la continuidad de la atención cuando los trabajadores de la salud se niegan a prestarla por motivos de objeción de conciencia, la falta de autorización o disponibilidad de medicamentos esenciales, y la falta de reconocimiento de las mujeres como personas que pueden gestionar sus propios abortos.

Las leyes, políticas y prácticas restrictivas a menudo tienen el efecto de convertir a los trabajadores de la salud, los establecimientos de salud, los comités, las juntas de ética, la policía, los tribunales u otros en los «guardianes» del acceso a la atención para el aborto de calidad, al exigirles que determinen si alguien «reúne las condiciones» para el aborto legal. En muchos casos, esto introduce un retraso en el acceso al aborto. Estos guardianes no siempre están suficientemente informados sobre la legislación o están dispuestos a interpretar y aplicar la legislación y las políticas de forma que se respeten, protejan y cumplan los derechos de las personas que desean abortar. La tipificación del aborto como delito también puede tener un «efecto amedrentador» más amplio, ya que puede dar lugar a una interpretación restringida de la legislación aplicable por parte de los trabajadores de la salud, incluso para evitar una posible responsabilidad penal (es decir, la supresión de acciones por miedo a represalias o sanciones). Por consiguiente, en muchos entornos, la experiencia de las mujeres en la búsqueda, el acceso y la gestión del aborto es muy variable, y depende en gran medida no solo de la legislación, sino también del enfoque del guardián con el que interactúan. Así pues, la inclusión de información sobre los derechos, las leyes y las políticas pertinentes en la formación y la educación de los trabajadores de la salud es un elemento crucial para garantizar un entorno propicio para la atención para el aborto de calidad (véase también el capítulo 1, sección 1.4.3).

Como se ha descrito anteriormente, disponer de leyes y políticas claras, accesibles y basadas en los derechos forma parte de un entorno propicio para la atención para el aborto (véase la sección 1.3). Sin embargo, en algunos países la legislación sobre el aborto es incoherente, con disposiciones aparentemente contradictorias articuladas en las constituciones, los códigos penales, la legislación sanitaria o las orientaciones sobre políticas (117). Además, en algunos casos, las leyes nacionales son incoherentes con las normas internacionales de derechos humanos e incompatibles con la evidencia científica actual en materia de salud pública. A ello se suma en algunos

casos la falta de orientación por parte del gobierno para ayudar a los proveedores a determinar cuándo el aborto es legal. Esta incoherencia puede crear incertidumbre sobre la legalidad, tanto para quienes desean abortar como para quienes prestan atención para el aborto. Las recomendaciones de estas directrices se basan en el derecho de los derechos humanos y en la evidencia científica en materia de salud pública, para perfilar un enfoque en el que el aborto se regule de forma similar a otras intervenciones de atención de salud, es decir, mediante la legislación y las políticas generales sobre la atención de salud, las mejores prácticas, la formación y las directrices basadas en datos empíricos.

2.2 Recomendaciones relativas a la reglamentación del aborto

En esta sección se presentan tres recomendaciones relativas específicamente a la reglamentación del aborto (recomendaciones 1 a 3) y en la sección 3.3 (Preaborto) del capítulo 3 se presentan otras cuatro recomendaciones, también relativas a la legislación y las políticas y el aborto (recomendaciones 6, 7, 21 y 22). Estas siete recomendaciones han sido formuladas por los grupos de expertos que se formaron para la elaboración de las directrices, incluidos los asesores especializados en derechos humanos (todos los colaboradores se enumeran en el anexo 1 y las funciones de los grupos colaboradores se describen en el anexo 4.⁸ En primer lugar, se examinó sistemáticamente la evidencia correspondiente a cada tema y pregunta priorizados, y se evaluó el nivel de certeza de esa evidencia (es decir, en función de su calidad, incluidos los tipos y tamaños de los estudios realizados y sus diversas limitaciones).

El grupo de expertos determinó el sentido (a favor o en contra) y la firmeza de cada recomendación sobre la base de los seis criterios sustantivos del marco WHO-INTEGRATE aplicados a cada intervención para la población especificada: balance de beneficios y daños para la salud; derechos humanos y aceptabilidad sociocultural; equidad en la salud, igualdad y no discriminación; implicaciones sociales; consideraciones financieras y económicas; y consideraciones relativas a la viabilidad y al sistema de salud, al tiempo que se ha tenido en cuenta el metacriterio de la calidad de la evidencia (118).

Las recomendaciones a favor de una intervención se califican como firmes o débiles (con las condiciones de uso especificadas para estas últimas), siendo la tercera alternativa una recomendación en contra de la intervención. Para indicar claramente la firmeza y el sentido de cada recomendación, se utiliza la formulación siguiente:

- **Se recomienda** – una recomendación firme a favor de la intervención.
- **Se sugiere** – una recomendación débil a favor de la intervención (requiere una explicación adicional para matizar la recomendación, especificando las condiciones de uso).
- **No se recomienda** – una recomendación firme en contra de la intervención o a favor de la alternativa.

Para cada tema tratado, tanto en este capítulo como en el capítulo 3, se presenta en primer lugar una breve información de antecedentes, luego la recomendación propiamente dicha, seguida de una lista de observaciones (en su caso) del grupo de expertos que examinó la evidencia en detalle, explicando las condiciones y el contexto pertinentes a la recomendación, y luego los fundamentos, o el resumen de la base de evidencia y el proceso de adopción de decisiones de la recomendación, y finalmente un recuadro donde se enumeran las consideraciones fundamentales de derechos humanos aplicables a la recomendación o al tema más amplio. Debe tenerse en cuenta que en la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas; en las presentes directrices, esta recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE, pero no se consideran «nuevas» (a saber, las recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22). Los métodos se describen detalladamente en el anexo 4, incluidas las diferencias en los métodos aplicados a las siete recomendaciones relativas a las cuestiones legislativas y de políticas en comparación con los demás tipos de recomendaciones. En el anexo 7 se presenta un cuadro resumido donde se relacionan los temas tratados, las preguntas de investigación, las revisiones sistemáticas realizadas y los números de las recomendaciones. Los marcos completos para la toma de decisiones basada en la evidencia (Evidencia para decisión) se ofrecen en línea como material complementario y se proporcionan referencias cruzadas con hipervínculos a estos marcos con la justificación de las recomendaciones nuevas y actualizadas que se presentan.⁹

8 Los grupos de expertos englobaban los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones para cada uno de los tres ámbitos (legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios) y, posteriormente, el Grupo de elaboración de las directrices, y en cada fase y en cada reunión de estos grupos participaba también al menos un asesor en derechos humanos. En el anexo 4, «Métodos», se pueden consultar más detalles sobre las funciones de estos grupos y la metodología completa del proceso de elaboración de las directrices.

9 Material suplementario 1: Marcos de evidencia para la decisión sobre los temas relativos a la legislación y las políticas, disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

2.2.1: Tipificación del aborto como delito

A diferencia de otros servicios de salud, el aborto suele estar regulado en mayor o menor medida por el derecho penal (es decir, tipificado), además de la legislación sanitaria.

El aborto sigue siendo un delito punible en la mayoría de los países, con penas contra quienes abortan y/o quienes prestan servicios de aborto o ayudan a acceder o gestionar el aborto, incluidos a veces quienes proporcionan información sobre el aborto. En algunos países, todas estas acciones constituyen delitos punibles.

La despenalización es un paso necesario para la legalización del aborto, pero asegurar la disponibilidad, el acceso y la calidad del aborto puede requerir otros cambios legales o reglamentarios que van más allá de la despenalización, incluida, según corresponda, la aplicación de las demás recomendaciones recogidas en estas directrices.

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 1: Tipificación

Se recomienda la despenalización total del aborto.

Observaciones:

- La despenalización significa eliminar el aborto de todas las leyes penales, no aplicar otros delitos punibles (por ejemplo, asesinato, homicidio) al aborto, y garantizar que no haya sanciones penales por abortar, ayudar a abortar, proporcionar información sobre el aborto o practicar un aborto, para todos los agentes participantes.
- La despenalización garantizaría que cualquiera que haya sufrido una pérdida de embarazo no caiga bajo la sospecha de haber abortado ilegalmente cuando solicite atención.
- La despenalización del aborto no hace que las mujeres, niñas u otras personas embarazadas sean vulnerables al aborto forzado o bajo coacción. El aborto forzado o bajo coacción constituiría una agresión grave, ya que se trataría de una intervención no consentida.

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices, esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

Numerosos órganos y titulares de mandatos sobre derechos humanos, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (38), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (3), el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (36) y el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (37), apoyan la despenalización completa del aborto. Han precisado que los Estados no deben tipificar como delito los procedimientos médicos que solo necesitan las mujeres, incluido el aborto, ni penalizar a quienes se hayan sometido a un aborto, ni castigar o aplicar sanciones penales a quienes ayuden a las mujeres a abortar. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados no deben exigir a los trabajadores de la salud que denuncien los casos de mujeres o niñas que hayan abortado, o de las que sospechen que han abortado, y los Estados deben proporcionar atención posterior al aborto en todas las circunstancias y sin riesgo de aplicar sanciones penales. Además, los Estados deben adoptar medidas, incluida la revisión de las leyes, para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas (incluidas la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el aborto), y para proteger eficazmente a las mujeres y las niñas de los riesgos físicos y mentales asociados al recurso al aborto peligroso debido a la criminalización del aborto (véanse también el capítulo 1, sección 1.3.1 sobre derechos humanos, y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto, donde se ofrece más información y referencias para las afirmaciones anteriores).

Con el fin de determinar los efectos de la criminalización de las personas que desean abortar y de los trabajadores de la salud, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2019, en la que se encontraron 22 estudios realizados en Australia, el Brasil, Chile, El Salvador, Etiopía, Filipinas, Irlanda, Irlanda del Norte (Reino Unido), México, la República Unida de Tanzania, Rwanda, el Senegal, el Uruguay y Zambia. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre la tipificación como delito) se presenta un resumen de la evidencia. La evidencia resultante de estos estudios demostró que la criminalización retrasaba

el acceso al aborto, incluso en algunos casos haciendo que los proveedores tuvieran que esperar hasta que la vida de la mujer estuviera en peligro para poder practicar el aborto dentro de las excepciones legales a las prohibiciones penales. Además, la tipificación como delito impone una serie de cargas a las mujeres, como viajes y gastos innecesarios, retraso o falta de acceso a la atención posterior al aborto, angustia y estigmatización. Los datos indican que la tipificación como delito no influye en la decisión de abortar, ni impide que las mujeres aborten o busquen información y sean derivadas a servicios en el extranjero donde puedan acceder al aborto. Por el contrario, la tipificación limita el acceso al aborto seguro y legal, y aumenta el recurso al aborto ilegal y peligroso. Cuando se emprenden acciones judiciales, pueden ser desproporcionadas contra las mujeres jóvenes y solteras y quienes se enfrentan a dificultades económicas y tienen menos acceso a la educación. Algunos países exigen a los trabajadores de la salud que denuncien a las mujeres y niñas que solicitan un aborto o atención posterior al aborto.

La tipificación como delito puede hacer que los trabajadores de la salud actúen con cautela, por temor a ser perseguidos penalmente. En consecuencia, pueden ser reticentes a prestar atención para el aborto incluso en casos de violación, incesto y malformación fetal mortal, cuando la denegación del aborto podría constituir tortura, trato cruel e inhumano o castigo.

La criminalización contribuye a la menor disponibilidad de proveedores de servicios de aborto capacitados y a la pérdida de competencias necesarias en el personal de salud. Esto puede tener efectos negativos en los trabajadores de la salud que sí prestan servicios de aborto, y puede aumentar la burocracia dentro de los sistemas de salud.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA TIPIFICACIÓN DEL ABORTO COMO DELITO

- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Nunca debe penalizarse la búsqueda, la práctica, la asistencia o la prestación de un aborto al que la persona embarazada haya dado su consentimiento libre e informado.
- Los Estados no deben exigir a los trabajadores de la salud que denuncien los casos de mujeres o niñas que hayan abortado o de las que sospechen que han abortado.
- La atención posterior al aborto debe estar siempre disponible sin riesgo de sufrir una sanción penal.
- Nunca debe penalizarse la búsqueda o la facilitación de información precisa, basada en datos empíricos y no sesgada sobre el aborto.
- Los Estados deben adoptar medidas, incluida la revisión de las leyes, para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, y para proteger eficazmente a las mujeres y las niñas de los riesgos físicos y mentales asociados al recurso al aborto peligroso.
- Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas y a un acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva deben prestarse de manera que se garantice la privacidad y la confidencialidad.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

2.2.2 Enfoques basados en supuestos para controlar el acceso al aborto

Las leyes nacionales de la mayoría de los países permiten algunos tipos de aborto, incluso en entornos en que el aborto está penalizado. Por lo general, el aborto sigue estando permitido bajo «supuestos» prescritos, o circunstancias específicas. Las circunstancias en que se permite el aborto varían mucho de un país a otro. Algunas de esas circunstancias responden a indicaciones clínicas (por ejemplo, riesgo para la salud de la mujer embarazada o malformación del feto), otras están relacionadas con las circunstancias de la concepción (por ejemplo, violación) y otras con circunstancias socioeconómicas (por ejemplo, dificultades financieras). Los enfoques basados en supuestos suelen ir acompañados de límites a la edad gestacional, que a menudo varían en función de la condición específica en que se permite el aborto. En algunos países, el aborto a demanda se permite hasta una edad gestacional determinada y después se limita a supuestos específicos.

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 2: Enfoques basados en supuestos

a. No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que restrinjan el aborto basándose en supuestos.

b. Se recomienda que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada.

Observaciones:

- Los enfoques basados en supuestos para restringir el acceso al aborto deberían revisarse en favor de que el aborto esté disponible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada.
- Hasta que se sustituyan por el aborto a demanda, los supuestos existentes deben formularse y aplicarse de forma coherente con el derecho internacional de los derechos humanos. Esto significa que el contenido, la interpretación y la aplicación de las leyes y políticas basadas en supuestos deben revisarse para garantizar el respeto de los derechos humanos. Esto requiere:
 - i. definir, interpretar y aplicar los supuestos existentes de manera que se respeten los derechos humanos;
 - ii. acceder al aborto cuando llevar un embarazo a término pueda causar a la mujer, niña u otra persona embarazada un dolor o sufrimiento sustancial, incluidas las situaciones, entre otras, en que el embarazo es el resultado de una violación o incesto o el embarazo no es viable;
 - iii. acceder al aborto cuando la vida y la salud de la mujer, niña u otra persona embarazada estén en riesgo;
 - iv. reflejar en los supuestos de salud las definiciones de salud y salud mental de la OMS (véase el glosario); y
 - v. la ausencia de requisitos de procedimiento para «demostrar» o «acreditar» que se cumplen los supuestos, como la exigencia de una orden judicial o un informe policial en el caso de violación o agresión sexual (las fuentes que sustentan esta información pueden consultarse en el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices, esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

El derecho internacional de los derechos humanos establece que se pueda recurrir al aborto cuando llevar el embarazo a término pueda causar a la mujer dolores o sufrimientos considerables, o cuando su vida o su salud estén en peligro. Los Estados no deben reglamentar el aborto de manera que las mujeres se vean obligadas a recurrir al aborto peligroso, y deben adoptar medidas, incluida la revisión de las leyes, para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, y proteger eficazmente a las mujeres y las niñas de los riesgos físicos y mentales asociados al aborto peligroso (para más información, véase el capítulo 1, sección 1.3.1 i) y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto). Los enfoques basados en supuestos suelen i) estar definidos con demasiada rigidez, o ii) aplicarse de forma demasiado conservadora para garantizar que el aborto esté disponible en esas circunstancias. El objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad maternas,

y de proteger a las mujeres y las niñas de los riesgos asociados al aborto peligroso, puede lograrse eficazmente haciendo que pueda accederse al aborto a demanda de la mujer o la niña embarazada.

Con el fin de determinar los efectos de los enfoques basados en supuestos sobre las personas que desean abortar y los trabajadores de la salud, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2021 en la que se encontraron 21 estudios realizados en la Argentina, Australia, el Brasil, Chile, Colombia, Etiopía, Ghana, Irlanda, Israel, México, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República de Tanzania, la República Islámica del Irán, Rwanda, Tailandia, el Uruguay y Zambia. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre los enfoques basados en supuestos) se presenta un resumen de la evidencia. La revisión de la evidencia mostró que las leyes basadas en supuestos contribuyen a retrasar el aborto, y que los retrasos se producen debido a incoherencias en la interpretación o aplicación de los supuestos de salud, a que las mujeres esperan a que se determine su derecho a abortar o a que se cuestione o no se crea su afirmación de que el embarazo es consecuencia de una violación, a una interpretación excesivamente restrictiva de los supuestos, o a un desacuerdo dentro de un equipo médico sobre si una mujer cumple un supuesto legal. La interpretación errónea de la legislación también puede dar lugar a la denegación del aborto. En algunos casos, los trabajadores de la salud esperaron a que el estado de salud se deteriorara lo suficiente para asegurarse de que una mujer cumplía con el supuesto de «riesgo para la vida», poniendo claramente en peligro el derecho a la vida y violando potencialmente el derecho a no sufrir torturas ni tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La interpretación de los supuestos y, por tanto, la posibilidad de abortar legalmente, varía de un proveedor a otro, y los proveedores no siempre conocen con certeza la legislación o cómo debe aplicarse; la interpretación suele ser restrictiva e incompatible con el derecho de los derechos humanos o con las definiciones de salud y salud mental de la OMS, lo que conduce a la denegación del aborto. Las mujeres informaron de importantes dificultades para acceder a la atención en circunstancias en las que no podían obtener apoyo y asesoramiento jurídico por los supuestos permitidos. Se descubrió que los enfoques basados en supuestos tienen un efecto especialmente negativo en las mujeres que se enfrentan a dificultades económicas y en las que tienen un menor nivel educativo.

La evidencia revisada para estas directrices mostró que los enfoques basados en supuestos tienen un efecto negativo desproporcionado en las mujeres que solicitan el aborto tras una violación. Estas mujeres a menudo se ven sometidas a interrogatorios, retrasos prolongados y procesos burocráticos debido a requisitos como la denuncia del hecho a la policía o la necesidad de una orden judicial, a pesar del hecho de que hacer que estas denuncias o procesos sean un requisito para acceder al aborto no se ajusta a los derechos humanos. Incluso en los casos en que la legislación establece que la denuncia de violación por parte de la mujer es suficiente para satisfacer el requisito legal, los proveedores pueden exigir un documento o autorización (por ejemplo, una orden judicial o un informe policial). En realidad, esto significa que conseguir abortar después de una violación resulta laborioso y requiere mucho tiempo. En algunos casos, los retrasos son tan largos que las mujeres dan a luz antes de que se determine la capacidad legal; en otros, las mujeres optan por recurrir a un aborto peligroso. Por tanto, el «supuesto de violación» no satisface el requisito del derecho internacional de los derechos humanos de que el aborto esté disponible y sea accesible en situaciones de violación. Estas restricciones también someten a la persona a un trauma innecesario, pueden exponerla a un mayor riesgo por parte del agresor y pueden hacer que las mujeres recurran a un aborto peligroso.

La evidencia también mostró que los enfoques basados en supuestos que requieren que las malformaciones fetales sean mortales para que el aborto sea legal frustran a los proveedores que desean apoyar a las pacientes y no dejan a las mujeres otra opción que continuar con el embarazo. Exigir que se continúe con un embarazo que provoca una gran angustia vulnera numerosos derechos humanos. Los Estados están obligados a revisar estas leyes para hacerlas compatibles con el derecho internacional de los derechos humanos.

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados están obligados a garantizar que las mujeres no tengan que recurrir al aborto peligroso. Los datos de los estudios descritos anteriormente indican que las leyes basadas en supuestos pueden contribuir a aumentar la incidencia del aborto peligroso, ya que las personas que no cumplen un supuesto recurren al aborto ilegal, incluida la autogestión ilegal del aborto, que en algunos casos puede ser peligroso. Los datos de los estudios también indican indirectamente que las leyes basadas en supuestos contribuyen a la mortalidad materna, ya que cuando los Estados pasan de un enfoque basado en supuestos a permitir el aborto a demanda en el primer trimestre se produce una reducción de la mortalidad materna (especialmente en el caso de las adolescentes), así como una reducción de la fertilidad (tasas de natalidad). Esto sugiere una conexión entre la obligación internacional de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y el abandono de los enfoques basados en supuestos.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS ENFOQUES BASADOS EN SUPUESTOS

- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- El aborto debe estar disponible cuando llevar un embarazo a término pueda causar a la mujer un dolor o sufrimiento considerable, cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto, o cuando su vida o su salud estén en peligro.
- Los Estados no pueden reglamentar el aborto de manera que las mujeres se vean obligadas a recurrir a un aborto peligroso.
- Los Estados deben adoptar medidas, incluida la revisión de las leyes, para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, y para proteger eficazmente a las mujeres y las niñas de los riesgos físicos y mentales asociados al recurso al aborto peligroso.
- Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas y a un acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

2.2.3 Límites a la edad gestacional

Los límites a la edad gestacional se especifican habitualmente en la legislación y las políticas sobre el aborto, tanto las liberales como las restrictivas. Estos límites, que se imponen a través de la legislación formal, la política institucional o la práctica personal de los trabajadores de la salud, restringen el momento en que se puede acceder al aborto legal en función de la edad gestacional del embarazo. En muchos países, los límites a la edad gestacional están vinculados a enfoques basados en supuestos, y los límites a la edad gestacional varían en función de los supuestos en que se permite el aborto. Si bien los métodos de aborto pueden variar según la edad gestacional (véase el capítulo 3, sección 3.4), el embarazo puede interrumpirse de forma segura independientemente de la edad gestacional. Los límites a la edad gestacional no se basan en la evidencia, sino que restringen el momento en que se puede practicar un aborto legal con cualquier método.

El derecho internacional de los derechos humanos exige que la calidad de la atención sea un elemento central en la prestación y la reglamentación de la salud sexual y reproductiva y, por tanto, que la reglamentación del aborto se base en datos empíricos, sea científica y médicamente adecuada y esté actualizada (3, párrafo 21). Con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos, los Estados no pueden regular el embarazo o el aborto de manera que vaya en contra de su deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que recurrir a un aborto peligroso, y están obligados a revisar sus leyes en consecuencia (véase el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto).

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 3: Límites a la edad gestacional

No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que prohíban el aborto basándose en límites de edad gestacional.

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el Aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices se ha desarrollado esa recomendación en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

Con el fin de determinar los efectos de los límites a la edad gestacional sobre las personas que desean abortar, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2020, en la que se encontraron 21 estudios realizados en Australia, Bélgica, los Estados Unidos de América, México, Nepal, el Reino Unido y Sudáfrica. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre los límites a la edad gestacional) se presenta un resumen de la evidencia. La revisión de la evidencia puso de manifiesto que, por sí solos o en combinación con otros requisitos reglamentarios, como los enfoques basados en supuestos, los límites a la edad gestacional retrasan el acceso al aborto, especialmente entre las mujeres que buscan abortar a edades gestacionales más avanzadas, las mujeres cercanas al límite de edad gestacional y las que viven en zonas con acceso limitado a establecimientos de salud. Se ha comprobado que los límites a la edad gestacional se asocian a mayores tasas de mortalidad materna y a resultados sanitarios deficientes. El derecho internacional de los derechos humanos establece que los Estados deben reformar la legislación para prevenir el aborto peligroso y reducir la mortalidad y la morbilidad maternas.

Los estudios también mostraron que cuando las mujeres solicitaban un aborto y se les negaba la atención debido a la edad gestacional, esto podía dar lugar a la continuación no deseada del embarazo, especialmente entre las mujeres con deficiencias cognitivas o las que se presentaban con 20 semanas de gestación o más. Este resultado puede considerarse incompatible con la exigencia del derecho internacional de los derechos humanos de facilitar el aborto cuando llevar el embarazo a término pueda causar a la mujer un dolor o sufrimiento considerable, independientemente de la viabilidad del embarazo.

La evidencia de estos estudios mostró que las mujeres con discapacidades cognitivas, las adolescentes, las mujeres más jóvenes, las mujeres que vivían más alejadas de los establecimientos de salud, las mujeres que tenían que viajar para abortar, las mujeres con menor nivel educativo, las mujeres que tenían dificultades económicas y las mujeres desempleadas se vieron afectadas de manera desproporcionada por los límites a la edad gestacional. Esto pone de manifiesto el efecto desproporcionado de los límites a la edad gestacional en ciertos grupos de mujeres, con consecuencias para la obligación de los Estados de garantizar la no discriminación y la igualdad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS LÍMITES A LA EDAD GESTACIONAL

- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Los Estados no pueden reglamentar el aborto de manera que las mujeres se vean obligadas a recurrir a un aborto peligroso.
- Los Estados deben adoptar medidas, incluida la revisión de las leyes, para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, y para proteger eficazmente a las mujeres y las niñas de los riesgos físicos y mentales asociados al recurso al aborto peligroso.
- Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas y a un acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Capítulo 3.

Recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas en el continuo del proceso de atención para el aborto

3.1 Antecedentes

Como enfoque estándar de la atención de salud basada en los derechos humanos, todas las normas, estándares y prácticas clínicas relacionadas con el aborto deben promover y proteger:

- la salud y los derechos humanos de las personas;
- la toma de decisiones informada y voluntaria;
- la autonomía en la toma de decisiones;
- la no discriminación (incluida la discriminación interseccional) y la igualdad;
- la confidencialidad y la privacidad;
- mecanismos adecuados de derivación;

la continuidad de la atención. Las recomendaciones nuevas y las recomendaciones actualizadas que se presentan en estas directrices han sido formuladas por los grupos de expertos que se formaron para la elaboración de las directrices, incluidos los asesores especializados en derechos humanos (todos los colaboradores se enumeran en el anexo 1, y las funciones de los grupos colaboradores se describen en el anexo 4).¹⁰ En primer lugar, se examinó sistemáticamente la evidencia correspondiente a cada tema y pregunta priorizados mediante la aplicación de la metodología de clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) (24, 119), y se evaluó el nivel de certeza de esa evidencia (es decir, en función de su calidad, incluidos los tipos y tamaños de los estudios realizados y sus diversas limitaciones).

El grupo de expertos determinó el sentido (a favor o en contra) y la firmeza de cada recomendación sobre la base de los seis criterios sustantivos del marco WHO-INTEGRATE aplicados a cada intervención para la población especificada: balance de beneficios y daños para la salud; derechos humanos y aceptabilidad sociocultural;

¹⁰ Los grupos de expertos englobaban los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones para cada uno de los tres ámbitos (legislación y políticas, servicios clínicos y prestación de servicios) y, posteriormente, el Grupo de elaboración de las directrices, y en cada fase y en cada reunión de estos grupos participaba también al menos un asesor en derechos humanos. Para más detalles sobre las funciones de estos grupos y la metodología completa del proceso de elaboración de las directrices, véase el anexo 4: Métodos.

equidad en la salud, igualdad y no discriminación; implicaciones sociales; consideraciones financieras y económicas; y consideraciones relativas a la viabilidad y al sistema de salud, al tiempo que se ha tenido en cuenta el metacriterio de la calidad de la evidencia (118). Los métodos se describen detalladamente en el anexo 4, incluidas las diferencias en los métodos aplicados a las recomendaciones relativas a las cuestiones legislativas y de políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22) en comparación con los demás tipos de recomendaciones. Los marcos completos para la toma de decisiones basada en la evidencia (Evidencia para la decisión) se ofrecen en línea como material complementario y se proporcionan referencias cruzadas con hipervínculos a estos marcos con la justificación de cada una de las recomendaciones nuevas y actualizadas que se presentan.¹¹

Las recomendaciones a favor de una intervención se califican como firmes o débiles (con las condiciones de uso especificadas para estas últimas), siendo la tercera alternativa una recomendación en contra de la intervención. Para indicar claramente la firmeza y el sentido de cada recomendación, se utiliza la formulación siguiente:

- **Se recomienda** – una recomendación firme a favor de la intervención.
- **Se sugiere** – una recomendación débil a favor de la intervención (requiere una explicación adicional para matizar la recomendación, especificando las condiciones de uso).
- **No se recomienda** – una recomendación firme en contra de la intervención o a favor de la alternativa.

Las recomendaciones nuevas y actualizadas son el resultado del análisis de las preguntas PICO (a saber, población, intervención, comparación y resultados) que se determinaron durante las reuniones de análisis de alcance de las directrices. Mientras que 10 de las recomendaciones de estas directrices son completamente «nuevas» (como se indica en el cuadro del resumen ejecutivo y en este capítulo), las recomendaciones actualizadas son aquellas que se habían publicado en directrices anteriores de la OMS, pero que se han sometido a un proceso actualizado de determinación del alcance, búsqueda y examen de la evidencia pertinente, aplicación de la metodología GRADE y reconsideración de los criterios WHO-INTEGRATE a los efectos de estas directrices, lo que puede haber dado lugar o no a un cambio sustancial de la firmeza, el sentido o el contenido de la recomendación (19, 23, 120). Por último, hay algunas recomendaciones que se mantienen sin cambios desde anteriores directrices de la OMS;¹² en estos casos, no se había analizado el alcance del tema antes de la elaboración de estas directrices y, por tanto, no se llevó a cabo ninguna nueva búsqueda o examen o, en algunos casos, se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada para examinar la base de pruebas actual, sin que ello condujera a ningún cambio en la recomendación existente. En particular, debe tenerse en cuenta que en la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas; en las presentes directrices, esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas, pero no se consideran «nuevas» (a saber, las recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22). En el anexo 7 se presenta un cuadro resumido donde se relacionan los temas tratados, las preguntas PICO y de investigación, las revisiones sistemáticas realizadas y los números de las recomendaciones.

3.1.1 Estructura de la información de este capítulo

La información y las recomendaciones que contiene este capítulo se presentan en secciones que reflejan la continuidad del proceso de atención para el aborto y las modalidades de prestación de servicios: *i)* servicios aplicables a lo largo del continuo asistencial, *ii)* preaborto, *iii)* aborto, *iv)* postaborto, *v)* opciones de prestación de servicios y enfoques de autogestión. En cada una de las secciones se tratan los siguientes aspectos, según corresponda: «qué» (intervenciones clínicas específicas), «quién» (qué tipo de trabajador de la salud puede proporcionar la intervención, o la autogestión), «dónde» (modelos de prestación de servicios en establecimientos o fuera de ellos/sin requisito de emplazamiento o fuera de emplazamiento), y «cómo» (modelos de prestación de servicios, consideraciones relativas a la aplicación). Cabe señalar que hay cuatro recomendaciones relativas a las consideraciones legislativas y de políticas que se presentan en la sección dedicada al preaborto (sección 3.3), mientras que otras tres se presentaron en la sección 2.2 del capítulo 2.

11 Los marcos de evidencia para la decisión utilizados para la elaboración de estas directrices pueden consultarse en línea: Material suplementario 1: Marcos de evidencia para la decisión sobre los temas relativos a la legislación y las políticas: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>; Material suplementario 2: Marcos de evidencia para la decisión sobre los temas relativos a los servicios clínicos: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>; Material suplementario 3: Marcos de la evidencia para la decisión sobre los temas relativos a la prestación de servicios: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

12 Las recomendaciones que ya existían se presentan exactamente igual que en las directrices anteriores o con una redacción actualizada para utilizar la expresión «se recomienda/no se recomienda» en el caso de las recomendaciones firmes y «se sugiere» en el caso de las recomendaciones débiles (anteriormente denominadas recomendaciones «condicionales»), y se remite a las directrices originales para ampliar la información.

Para cada uno de los temas que se tratan en este capítulo, se ofrece primero una breve información de antecedentes, seguida de los recuadros o cuadros con las recomendaciones, que proporcionan información sobre el «qué» y el «quién» de la intervención en cuestión. A cada recomendación le sigue inmediatamente una lista de observaciones conexas (si las hubiere) del grupo de expertos que examinó la evidencia en detalle, explicando las condiciones y el contexto en que se aplica la recomendación. Cuando proceda, también habrá una sección en la que se indicará dónde puede llevarse a cabo la intervención, en particular si debe realizarse en un establecimiento de atención de salud de un nivel determinado, o si no existe tal requisito y sería apropiado un lugar «externo» (por ejemplo, en el hogar, u otro lugar) si lo prefiere la persona o si es la única opción disponible (el «dónde» suele estar estrechamente vinculado al «quién», por ejemplo, las tareas que realizan los farmacéuticos se realizarían en una farmacia). Las observaciones sobre las recomendaciones previamente existentes que no se han modificado se repiten a partir de las orientaciones originales citadas cuando siguen resultando pertinentes, incluidas las revisiones que correspondan, basadas en los resultados de los exámenes de la evidencia actualizados que se hayan llevado a cabo.

Para cada una de las recomendaciones nuevas o actualizadas, se presenta información adicional en el siguiente orden después del recuadro en el que figuran la(s) recomendación(es) y las observaciones:

- i. **Fundamentos:** Contiene un breve resumen del tipo y el alcance de la evidencia incluida en la(s) revisión(es) que constituye(n) la base de la evidencia, y una explicación de los fundamentos del sentido (a favor o en contra) y la solidez de la recomendación (fuerte o débil), con referencia a los principales criterios sobre los efectos de la intervención (beneficios y riesgos), el nivel de certeza de la evidencia y cualquier información pertinente sobre los demás criterios del marco WHO-INTEGRATE. Asimismo, se pone de relieve cualquier prueba adicional de posibles daños o consecuencias no deseadas. Las consideraciones pueden proceder de estudios y pruebas adicionales que pueden no responder directamente a la pregunta PICO, pero que proporcionan información pertinente en ausencia de pruebas directas. Esto puede extraerse de estudios individuales, revisiones sistemáticas u otras fuentes pertinentes.
- ii. **Consideraciones sobre la aplicación:** Puntos que hay que tener en cuenta con relación a la aplicación, incluidos los relativos al «cómo».

Por último, en cada sección temática, se presenta un recuadro en que se enumeran las consideraciones fundamentales en materia de derechos humanos pertinentes para la recomendación o el tema más amplio, así como un recuadro en que se ofrecen referencias cruzadas e hipervínculos a temas relacionados dentro de estas directrices.

En los anexos 8, 9 y 10 se pueden encontrar todos los detalles de todas las preguntas PICO correspondientes, y los resúmenes de la evidencia (es decir, de las revisiones sistemáticas; enumeradas en el anexo 7) y los marcos de evidencia para la decisión pertinentes para cada recomendación nueva o actualizada se encuentran disponibles en línea como material complementario.

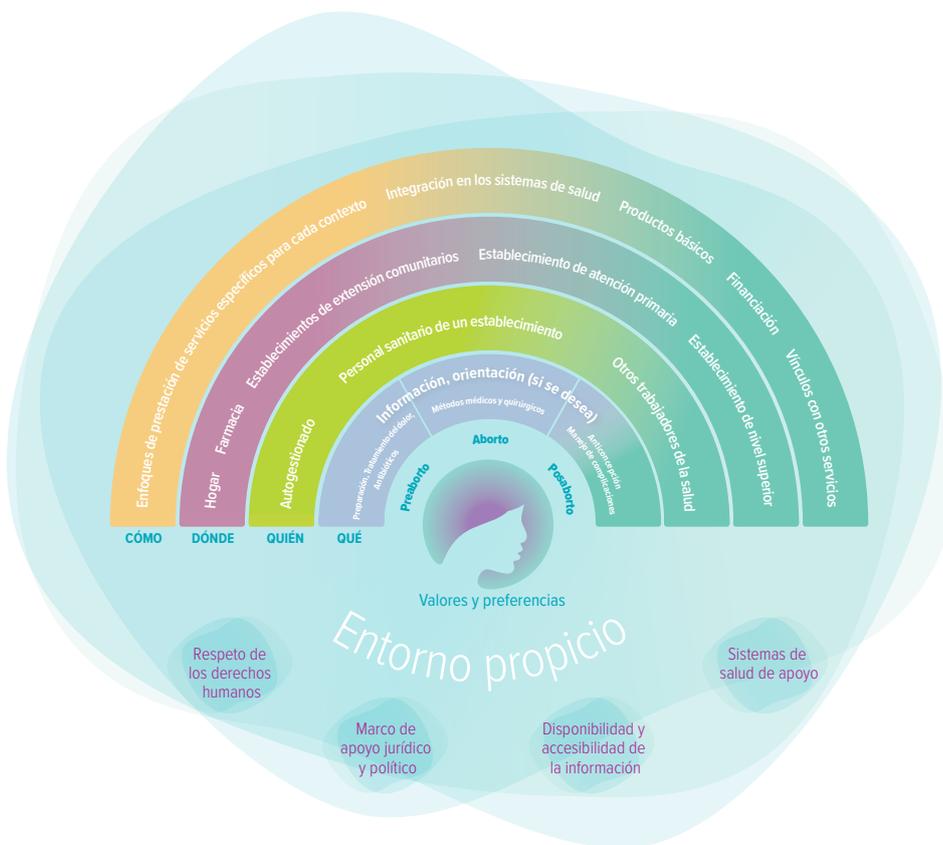
3.1.2 Principios e hipótesis subyacentes a las recomendaciones sobre las funciones de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud son todas las personas que ejercen actividades cuyo objetivo principal es mejorar la salud (100). Esto incluye todas las categorías de trabajadores de la salud que se enumeran y describen en el anexo 5, desde los agentes de salud comunitarios hasta los médicos especialistas (por ejemplo, obstetras y ginecólogos), pasando por los profesionales de la medicina tradicional y complementaria (es decir, los médicos no alópatas). El aborto puede practicarse de forma segura mediante pastillas (aborto médico) o mediante un simple procedimiento ambulatorio, de manera que en la mayoría de los casos ya no se necesita un especialista o incluso un médico generalista. Las recomendaciones que se presentan en estas directrices ofrecen orientación sobre cómo hacer partícipes a una gama más amplia de trabajadores de la salud y a la propia persona embarazada en la prestación o la autogestión de la atención para el aborto, a fin de fomentar la optimización del personal de salud disponible, hacer frente a la escasez de profesionales sanitarios especializados en el sistema de salud, reducir los costos y mejorar la asequibilidad, mejorar la equidad y la igualdad en el acceso a la atención de salud y aumentar la aceptabilidad de los servicios de salud para quienes los necesitan.

Los siguientes principios e hipótesis se aplican a todos los trabajadores de la salud:

- Las recomendaciones se adecuan y se dirigen a todos los entornos de recursos, es decir, a los de recursos altos, medios y bajos.
- Las recomendaciones se refieren a distintos tipos de trabajadores de la salud que pueden realizar de manera segura, eficaz y satisfactoria algunas o todas las tareas específicas relacionadas con el aborto que se mencionan. Las opciones con respecto a quiénes pueden realizar una misma tarea pretenden ser inclusivas y no implican ni una preferencia ni una exclusión de ningún tipo particular de trabajador de la salud. La elección del trabajador de la salud para una tarea específica dependerá de las necesidades, las preferencias y las condiciones de la persona, así como del contexto local.
- La formación de los trabajadores de la salud debe garantizar que posean las competencias necesarias para prestar una atención de buena calidad y que tenga en cuenta las cuestiones de género, de conformidad con las normas y directrices nacionales y los derechos humanos. Garantizar una atención para el aborto de calidad requiere una supervisión continua, la garantía de calidad, el seguimiento y evaluación, así como el acceso a los equipos y productos necesarios.
- Se entiende que cualquier trabajador de la salud de los que se habla en estas directrices tiene la formación básica requerida para ese tipo de trabajador (y en el caso de las personas que actúan como su propio proveedor, es decir, la autogestión, que tienen la información y los conocimientos adecuados). Además, todas las recomendaciones presuponen que los trabajadores de la salud que se encuentran en una categoría recomendada o sugerida para llevar a cabo tareas específicas habrán recibido la formación e información adecuadas para la tarea antes de realizarla.

3.2 Servicios aplicables en el continuo asistencial



En esta sección se incluye la información, el asesoramiento y la vinculación con la atención o los servicios adicionales, cualquiera de los cuales, o todos ellos, pueden ser necesarios o demandados antes, durante o después del procedimiento o proceso de aborto.

El suministro de información científicamente precisa y fácil de entender a todas las mujeres que se someten a un aborto, y el asesoramiento voluntario no directivo a cualquiera que lo solicite, es un elemento fundamental de los servicios de aborto de buena calidad que respetan los derechos humanos (véase el capítulo 1, sección 1.3.2). La facilitación de información y asesoramiento (cuando se desee), así como el acceso o la derivación a otros servicios conexos, comienza antes del aborto, pero debe continuar a lo largo de todo el proceso asistencial. Además, toda persona debe recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada sobre el uso de anticonceptivos.

QUÉ

3.2.1 Suministro de información

La información relacionada con el aborto para las personas que se plantean o solicitan un aborto o en el periodo posterior al aborto debe incluir lo siguiente:

- las opciones disponibles sobre los métodos de aborto y el tratamiento del dolor;
- información relativa al consentimiento libre e informado;
- qué ocurrirá antes, durante y después del procedimiento o proceso de aborto, incluidas las pruebas y/o el tratamiento del dolor que puedan ser necesarios y cualquier aspecto de la atención que pueda ser autogestionado si se desea, con o sin apoyo a distancia;

- qué puede experimentar la persona durante y después del procedimiento o proceso de aborto, y cuánto tiempo puede durar el procedimiento o proceso y la recuperación;
- cuándo pueden reanudarse las actividades normales, incluidas las relaciones sexuales;
- cómo reconocer los posibles efectos secundarios y los síntomas de un embarazo en curso (que pueden persistir temporalmente incluso cuando el aborto se ha realizado satisfactoriamente, o que pueden indicar el fracaso del aborto), y otras razones médicas para volver a recibir atención de seguimiento, incluidas las complicaciones, como una hemorragia intensa y prolongada o fiebre; y
- cuándo, dónde y cómo acceder a la atención de seguimiento o a los servicios adicionales que se deseen, como el asesoramiento (sección 3.2.2), la anticoncepción (véase la sección 3.5.4) y otros servicios (sección 3.2.3).



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 4: Suministro de información sobre la atención para el aborto

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Agentes de salud comunitarios	Se recomienda	La provisión de intervenciones de promoción de la salud por parte de los agentes de salud comunitarios está generalmente bien aceptada y es factible en muchos contextos en que existe un programa robusto de agentes de salud comunitarios (evidencia de certeza moderada). Existe un gran potencial para ampliar el acceso equitativo a la información y a la atención para el aborto de calidad al equipar a los agentes de salud comunitarios para que proporcionen información esencial sobre el aborto.
Empleados de farmacia	Se sugiere Condición: en los contextos en que el empleado de farmacia está bajo la supervisión directa de un farmacéutico y haya acceso o derivación a los servicios de salud adecuados.	No se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad, la eficacia y la aceptabilidad de esta opción. No obstante, en muchos contextos, los empleados de farmacia suelen ser consultados por mujeres que solicitan asesoramiento sobre cómo afrontar el retraso de la menstruación (evidencia de certeza moderada). Aunque la eficacia de las intervenciones de formación con los empleados de farmacia es incierta, los posibles beneficios de equiparlos para que proporcionen información esencial superan los posibles daños de que no proporcionen información o de que proporcionen información incorrecta.
Farmacéuticos	Se recomienda	Los farmacéuticos están calificados para proporcionar información sobre los medicamentos que dispensan. Se hallaron pruebas de la eficacia de la provisión de conocimientos y asesoramiento sobre enfermedades crónicas por parte de los farmacéuticos (certeza de baja a moderada). En muchos contextos, los farmacéuticos suelen ser consultados por mujeres que solicitan asesoramiento sobre cómo afrontar el retraso de la menstruación (evidencia de certeza moderada).
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros Enfermeros Parteros Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual ^b , por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta recomendación ya existía y la evidencia correspondiente a los empleados de farmacia se revisó utilizando la metodología GRADE, ya que era la única categoría de trabajador de la salud que no contaba ya con una recomendación firme («se recomienda») con relación a esta tarea. Tras la revisión, no se realizó ningún cambio en la recomendación débil existente («se sugiere»). En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre el suministro de información por los empleados de farmacia) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (12)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

No hay ningún requisito en cuanto al emplazamiento (dentro o fuera del establecimiento), pero debe garantizarse la privacidad y la confidencialidad durante el suministro de la información, y debe prestarse especial atención a este requisito en los entornos fuera del establecimiento, como las farmacias y los centros comunitarios, donde la infraestructura y los procedimientos pueden dificultar este aspecto.

CÓMO

Consideraciones sobre la aplicación

- Existen diferentes modalidades para el suministro de información sobre el aborto, por ejemplo, el acceso a distancia a través de líneas telefónicas directas y la telemedicina, y a través de enfoques como la reducción de daños y la divulgación basada en la comunidad (véase la sección 3.6), así como las interacciones en persona con los trabajadores de la salud.
- La información debe ser accesible y comprensible, y debe incluir formatos adaptados a las poblaciones con bajo nivel de alfabetización y con capacidades diferentes.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN

- El consentimiento informado requiere el suministro de información completa y precisa, basada en datos empíricos.
- La información sobre el aborto debe ser precisa y estar a disposición de las personas de manera que se respete la privacidad y la confidencialidad.
- Debe respetarse el derecho de la persona a rechazar esa información cuando se le ofrezca.
- La información sobre el aborto debe estar disponible para todas las personas sin el consentimiento o la autorización de un tercero. Esto incluye la disponibilidad de información sobre el aborto para las adolescentes sin el consentimiento o la autorización de un progenitor, tutor u otra autoridad.
- La información no debe ser discriminatoria ni sesgada y debe presentarse de forma respetuosa. No debe alimentar el estigma o la discriminación.
- Debe prohibirse la difusión de información errónea, la retención de información y la censura.
- La información debe ser aceptable para la persona que la recibe y de gran calidad; debe presentarse de forma comprensible y debe ser precisa y estar basada en datos empíricos.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22)



Consentimiento informado (sección 1.3.1: Derechos humanos)



Disponibilidad y accesibilidad de la información (sección 1.3.2)



3.2.2 Oferta y prestación de orientación

Algunas personas pueden desear recibir orientación antes o después de un aborto. La orientación es algo más que el suministro de información. Se trata de un proceso focalizado e interactivo a través del que una persona recibe voluntariamente apoyo, información y orientación no directiva por una persona capacitada (122), en un entorno propicio para intercambiar abiertamente pensamientos, sentimientos, percepciones y experiencias personales. Además de los conocimientos específicos sobre los servicios y la atención relacionados con el aborto que se requieren tanto para el suministro de información como para la orientación, esta última también requiere una formación especializada en la materia. La orientación es un elemento fundamental de la prestación de servicios de aborto y de la atención posterior al aborto.

A la hora de ofrecer y prestar orientación, es esencial aplicar los siguientes principios rectores:

- asegurarse de que la persona solicita orientación y dejar claro que esta no es obligatoria;
- garantizar la privacidad y la confidencialidad;
- preguntar a la persona qué es lo que quiere o necesita, cuáles son sus preocupaciones, darle el tiempo que necesita y escuchar activamente las necesidades y preferencias que exprese;
- destacar la información importante durante la sesión de orientación (como la información que se proporciona en la sección 3.2.1);
- transmitir la información de forma respetuosa y sin prejuicios, de manera comprensible o adaptada a la persona;
- apoyar a la persona y comprobar que recibe respuestas adecuadas a sus preguntas y que entiende la información que se le proporciona;
- presentar todas las opciones adecuadas y adaptadas a las necesidades de la persona, evitando imponer los propios valores y creencias personales; y
- dejar claro que será la persona quien tenga que decidir qué servicios va a recibir.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 5: Prestación de orientación

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Agentes de salud comunitarios	Se recomienda	No se encontró evidencia directa suficiente sobre la seguridad, efectividad o aceptabilidad de esta opción, pero la evidencia indirecta mostró que las intervenciones de promoción de la salud por parte de los agentes de salud comunitarios son generalmente bien aceptadas, efectivas y factibles en muchos contextos, y que los agentes de salud comunitarios a menudo sirven de intermediarios entre el sistema de salud y las mujeres que solicitan atención para el aborto (evidencia de certeza moderada). El grupo de expertos confirmó la viabilidad de esta opción y su capacidad para ampliar el acceso equitativo a la atención para el aborto de calidad.
Empleados de farmacia	Se sugiere Condición: Se provee una orientación equilibrada (es decir, sobre los métodos médicos y quirúrgicos) y hay acceso o derivación a los servicios de salud adecuados en caso de que la mujer elija un método quirúrgico.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos confirmó la viabilidad de esta opción y su capacidad para ampliar el acceso equitativo a la atención para el aborto de calidad.
Farmacéuticos	Se sugiere Condición: Se provee una orientación equilibrada (es decir, sobre los métodos médicos y quirúrgicos) y hay acceso o derivación a los servicios de salud adecuados en caso de que la mujer elija un método quirúrgico.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Los farmacéuticos están calificados para proporcionar información sobre los medicamentos que dispensan. Hay pruebas de la eficacia de la prestación de asesoramiento sobre el tratamiento de enfermedades crónicas por parte de los farmacéuticos (evidencia de certeza baja). En muchos contextos, los farmacéuticos suelen ser consultados por mujeres que solicitan asesoramiento sobre cómo afrontar el retraso de la menstruación (evidencia de certeza moderada). Se ha recomendado que los farmacéuticos faciliten el aborto médico antes de las 12 semanas en las tres subáreas (recomendación 28). Por consiguiente, el grupo de expertos afirmó que es factible que los farmacéuticos proporcionen un asesoramiento equilibrado sobre el aborto, incluidas las opciones quirúrgicas.
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a
Auxiliares de enfermería/ enfermeros auxiliares parteros Enfermeros	Se recomienda	El asesoramiento es una competencia básica para estos trabajadores de la salud ^b y esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual. ^b
Parteros	Se recomienda	El asesoramiento es una competencia básica para los parteros ^a y esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual. ^b
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	El asesoramiento es una competencia básica para los clínicos ^a y esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual. ^b
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios mediante la metodología GRADE, puesto que la recomendación relativa esta tarea para el resto de los trabajadores de la salud ya era firme. Tras la revisión, las recomendaciones se mejoraron para las cuatro categorías de trabajadores de la salud, pasando de «no se recomienda» a «se sugiere» para los farmacéuticos y empleados de farmacia, y de «se sugiere» a «se recomienda» para los profesionales de la medicina tradicional y complementaria y los agentes de salud comunitarios. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre el asesoramiento previo y posterior al aborto) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

No hay ningún requisito en cuanto al emplazamiento (dentro o fuera del establecimiento), pero debe garantizarse la privacidad y la confidencialidad durante el asesoramiento, y debe prestarse especial atención a este requisito en los entornos fuera del establecimiento, como las farmacias y los centros comunitarios, donde la infraestructura y los procedimientos pueden dificultar este aspecto.

CÓMO

Consideraciones sobre la aplicación

- La orientación puede brindarse a quienes solicitan servicios de aborto, pero también conjuntamente a sus parejas, familiares u otras personas, si la mujer desea que estén presentes.
- Aunque debe disponerse de orientación y ser accesible, siempre debe ser voluntaria, de manera que las mujeres elijan si quieren recibirla o no.
- La orientación debe estar centrada en la persona y puede ser necesario adaptarla a las necesidades individuales; las personas jóvenes, las supervivientes de la violencia sexual y de género o los miembros de grupos marginados pueden tener necesidades de información o de orientación diferentes.
- El contenido y el enfoque de la orientación deberán ajustarse en función del motivo por el que se solicitan los servicios de aborto (por ejemplo, aborto provocado, muerte fetal intrauterina, anomalía fetal). Por consiguiente, es importante que el orientador conozca y sea sensible a la situación y las necesidades de la persona.
- Existen diferentes modelos de prestación de servicios para el asesoramiento previo y posterior al aborto, por ejemplo, el acceso a distancia a través de líneas de atención telefónica y telemedicina y mediante enfoques como el asesoramiento para la reducción de daños y la divulgación comunitaria.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA ORIENTACIÓN

- La orientación debe ser libre y voluntaria, es decir, no debe ser obligatoria. Debe respetarse el derecho de la persona a rechazar la orientación cuando se le ofrezca.
- La orientación, cuando se preste, debe estar a disposición de las personas de manera que se respete la privacidad y la confidencialidad.
- La orientación debe ser aceptable y de gran calidad, es decir, debe proveerse de forma comprensible para su receptor y debe ser precisa y estar basada en datos empíricos.
- La orientación no debe ser discriminatoria ni tendenciosa.
- Debe prohibirse la difusión de información errónea, la retención de información y la censura.
- La orientación debe estar disponible para todas las personas sin el consentimiento o la autorización de un tercero. Esto incluye la disponibilidad de orientación para las adolescentes sin el consentimiento o la autorización de un progenitor, tutor u otra autoridad.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

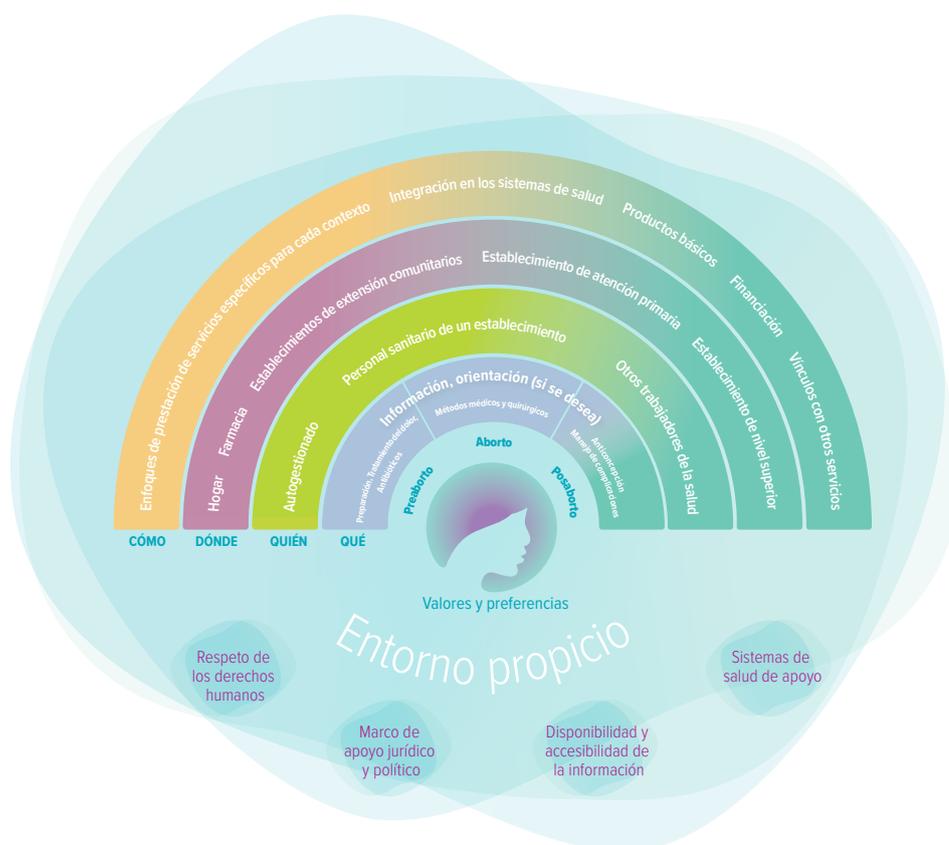
Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.2.3 Vínculos con servicios adicionales

Las personas que desean abortar puede que necesiten servicios adicionales (122). Si es necesario, deberá facilitarse la gestión o la derivación a otros proveedores de servicios para otros problemas de salud o necesidades urgentes. Ello incluye facilitar los vínculos (acceso o derivación) a servicios de orientación y realización de pruebas diagnósticas de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, a métodos anticonceptivos cuando se desee, y a servicios de apoyo para las supervivientes de la violencia de género..

3.3 Preaborto



En esta sección se ofrece información y recomendaciones, en primer lugar, sobre las cuestiones de los plazos de espera obligatorios y la autorización de terceros, seguidas de recomendaciones sobre la isoimmunización Rh, la profilaxis con antibióticos, la determinación de la edad gestacional del embarazo, el tratamiento del dolor y la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico y, por último, también recomendaciones sobre las cuestiones relativas a las restricciones impuestas a los trabajadores de la salud que pueden practicar abortos y la objeción de conciencia.

3.3.1 Plazos de espera obligatorios impuestos por los Estados, los establecimientos de salud o los trabajadores de la salud

En varios países, los establecimientos de salud o los trabajadores de la salud exigen a las mujeres que esperen un tiempo determinado entre la solicitud y la práctica del aborto. Estos retrasos impuestos se conocen como plazos de espera obligatorios. En algunos casos, las mujeres también deben recibir orientación o asesoramiento (a veces sesgado) (véanse las secciones 3.2.1 y 3.2.2), asistir al establecimiento al principio y al final del periodo de espera, y/o someterse a una ecografía obligatoria durante estos plazos de espera (véase la recomendación 10 en la sección 3.3.5 sobre la ecografía previa al aborto).

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 6: Plazos de espera obligatorios

No se recomiendan los plazos de espera obligatorios para el aborto.

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el Aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

Con el fin de determinar los efectos de los plazos de espera obligatorios sobre las personas que desean abortar, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2020, en la que se encontraron 33 estudios realizados en los Estados Unidos de América. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre los plazos de espera obligatorios) se presenta un resumen de la evidencia. La revisión de la evidencia mostró que los plazos de espera obligatorios retrasan el acceso al aborto, a veces hasta el punto de restringir el acceso de las mujeres al aborto o la elección del método de aborto en ese entorno.

Los datos también indican que los plazos de espera obligatorios aumentan el costo del aborto y pueden hacer que resulte inasequible, lo que da lugar a la continuación del embarazo en contra de los deseos de la solicitante del aborto, especialmente entre las mujeres con menos recursos, las adolescentes, las mujeres más jóvenes, las que pertenecen a minorías raciales o étnicas y las que tienen que desplazarse más lejos para abortar.

Entre las que deseaban abortar, los estudios mostraron que los plazos de espera obligatorios se experimentaban negativamente, como una restricción de su acceso al aborto. Para algunas mujeres, los problemas logísticos y económicos que suponían cumplir un plazo de espera obligatorio, como la necesidad de ausentarse del trabajo o de los estudios, los desplazamientos adicionales o el cuidado de los hijos, significaban que se veían obligadas a desvelar su embarazo a otras personas, a pesar de que la legislación internacional sobre derechos humanos exige a los Estados que garanticen que los servicios de salud sexual y reproductiva se presten de manera que se asegure la privacidad y la confidencialidad. Según los datos disponibles, los plazos de espera obligatorios no aportaban ningún beneficio a las mujeres.

Para los establecimientos de atención de salud, los plazos de espera obligatorios aumentan los costos de personal y las dificultades logísticas, al obligar a realizar visitas o intervenciones adicionales fuera de la práctica clínica habitual (por ejemplo, ecografías innecesarias, asesoramiento específico sin base empírica).

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS PLAZOS DE ESPERA OBLIGATORIOS

- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Los Estados no pueden reglamentar el aborto de manera que las mujeres se vean obligadas a recurrir a un aborto peligroso.
- Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas y a un acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva deben prestarse de manera que se garantice la privacidad y la confidencialidad.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

3.3.2 Autorización de terceros para abortar

Existen requisitos de autorización de terceros cuando existe la obligación, impuesta por la legislación, las políticas o en la práctica, de que una parte ajena a la mujer embarazada autorice el aborto, aunque se hayan cumplido otros requisitos legales aplicables para el aborto legal (por ejemplo, los supuestos o los límites a la edad gestacional, véanse las secciones 2.2.2 y 2.2.3). Entre los terceros más comunes que deben dar su autorización se encuentran un progenitor, un tutor, el cónyuge, la pareja, un trabajador de la salud, una autoridad de salud o una autoridad judicial. El requisito de la autorización de terceros se aplica sin tener en cuenta si la persona que desea interrumpir el embarazo tiene capacidad para consentir un tratamiento médico.

Independientemente de que se aplique el requisito de la autorización de terceros, el consentimiento informado de la persona que recurre al aborto es un requisito previo para la prestación del servicio (véase el capítulo 1, sección 1.3.1 v) para obtener información sobre el consentimiento libre e informado, y también el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto).

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 7: Autorización de terceros

Se recomienda el acceso al aborto a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada sin la autorización de ninguna otra persona, organismo o institución.

Observación:

- Si bien la intervención de los progenitores o la pareja en la toma de decisiones sobre el aborto puede apoyar y ayudar a las mujeres, niñas u otras personas embarazadas, la decisión debe basarse en los valores y preferencias de la persona que recurre al aborto y no venir impuesta por el requisito de la autorización de terceros.

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el Aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

Con el fin de determinar los efectos de la autorización de terceros sobre las personas que desean abortar y los trabajadores de la salud, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2019. Se incluyó un total de 32 estudios, realizados en los Estados Unidos de América, la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China) y Türkiye. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre la autorización de terceros) se presenta un resumen de la evidencia. La revisión de la evidencia mostró que el requisito de la autorización de terceros estaba asociado al retraso en el aborto. En el caso de las menores, estos retrasos se reducían a veces, aunque no siempre, cuando se utilizaba la autorización judicial para eludir el requisito de autorización de los progenitores. Sin embargo, la elusión puede resultar onerosa y requerir mucho tiempo, y las menores pertenecientes a minorías étnicas o de menor nivel socioeconómico tienen mucha más probabilidad de tener que recurrir a ello. Los datos mostraron que las adolescentes y las mujeres trataban de eludir el requisito de la autorización paterna o del cónyuge para evitar la violencia anticipada, la coacción reproductiva y la desarmonía familiar.

En varios estudios se describió que se utilizaban las expresiones «notificación a los padres» o «participación de los padres» en lugar de «autorización de los padres». Dado que estas expresiones pueden conllevar el requisito de la autorización de los progenitores y obligan a desvelar el hecho de que una menor desea abortar, creando así oportunidades para el veto de los progenitores, estos estudios se incluyeron dentro de la base de evidencia para este tema. Estos estudios reforzaron la relación entre la participación obligatoria de los progenitores (incluida la autorización) y las barreras de acceso al aborto (incluidos el retraso, la continuación del embarazo, la anticipación de violencia o explotación interpersonal, la coacción reproductiva, la desarmonía familiar y el recurso al aborto peligroso).

El requisito de la autorización de terceros es incompatible con el derecho internacional de los derechos humanos, que establece que los Estados no pueden restringir el acceso de las mujeres a los servicios de salud por el hecho de no contar con la autorización de sus cónyuges, parejas, padres/tutores o autoridades de salud, por ser solteras o por ser mujeres. Por consiguiente, la evidencia subraya la importancia de la exigencia establecida en el derecho internacional de los derechos humanos de que los servicios de salud sexual y reproductiva se presten de manera que se respete y mantenga la privacidad y la confidencialidad de las mujeres y las niñas, de que los Estados protejan a las mujeres y las niñas que desean abortar, y de que los Estados reconozcan la evolución de las facultades de las adolescentes (véanse la sección 1.3.1 v], el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto).

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA AUTORIZACIÓN DE TERCEROS

- Los Estados no pueden restringir el acceso de las mujeres a los servicios de salud por el hecho de no contar con la autorización de sus cónyuges, parejas, padres/tutores o autoridades de salud, por ser solteras o por ser mujeres.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva deben prestarse de manera que se garantice la privacidad y la confidencialidad.
- Los Estados no pueden reglamentar el aborto de manera que las mujeres se vean obligadas a recurrir a un aborto peligroso.
- Los Estados deben adoptar medidas, incluida la revisión de las leyes, para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, y para proteger eficazmente a las mujeres y las niñas de los riesgos físicos y mentales asociados al recurso al aborto peligroso.
- Todas las personas tienen derecho a la privacidad y la confidencialidad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

3.3.3 Isoinmunización Rh

La isoimmunización Rh es un tipo de enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido. Concretamente, consiste en el desarrollo de anticuerpos contra los antígenos Rh de la superficie de los glóbulos rojos de otra persona (es decir, del propio feto) (123).

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 8 (NUEVA): Isoinmunización Rh para abortar en edades gestacionales inferiores a 12 semanas

Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de la semana 12: **No se recomienda** la administración de inmunoglobulina anti-D.

Observación:

- Se aplica el tratamiento de referencia para la administración de anti-D en edades gestacionales superiores a las 12 semanas.



No se aplica

Fundamentos

En una revisión sistemática se evaluó el efecto de la administración sistemática de inmunoglobulina anti-D entre personas Rh negativas no sensibilizadas que iban a someterse a un aborto. Existen pocos estudios donde se examine la isoimmunización Rh en personas Rh negativas no sensibilizadas que desean abortar antes de las 12 semanas de gestación. Solo dos estudios, realizados en los Estados Unidos de América e Israel, cumplieron los criterios de inclusión para la revisión, ambos publicados en 1972 (124, 125). En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre la isoimmunización Rh) se presenta un resumen de la evidencia.

La evidencia existente sobre la eficacia de la intervención puede favorecerla, ya que menos mujeres del grupo de intervención (administración de anti-D) tuvieron formación de anticuerpos después del embarazo inicial en comparación con las mujeres del grupo de comparación (sin anti-D), y no se observaron daños (efectos indeseables) de la intervención. Sin embargo, tras considerar los recursos que se requieren, la relación entre costo y eficacia y la viabilidad de la administración de anti-D, así como la muy baja certeza de la evidencia sobre la eficacia, el grupo de expertos concluyó que, en general, la evidencia no favorecía la intervención y decidió no recomendarla para edades gestacionales inferiores a 12 semanas, en lugar de inferiores a 9 semanas, como se mencionaba en la guía de 2012 (19). La justificación de esta nueva recomendación se resume en los siguientes puntos: *i*) la presencia de sangre fetal en mujeres Rh negativas a edades gestacionales tempranas no está necesariamente correlacionada con el desarrollo de aloimmunización Rh y si se aplican los resultados de un estudio experimental a este supuesto, entonces teóricamente hay cero posibilidades de formación de anticuerpos si la mujer Rh negativa está expuesta al antígeno Rh de las células sanguíneas fetales (126); *ii*) en un estudio en que se compararon las tasas de aloimmunización Rh en dos países se demostró la seguridad de no tratar a las mujeres Rh negativas con aborto espontáneo de menos de 10 semanas de gestación (127); *iii*) la OMS solo recomienda la profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D en las embarazadas Rh negativas no sensibilizadas a las 28 y 34 semanas de gestación para prevenir la aloimmunización RhD en el contexto de una investigación rigurosa (128).



Consideraciones sobre la aplicación

- Las pruebas sistemáticas de laboratorio, incluida la prueba del Rh, no son un requisito para los servicios de aborto a cualquier edad gestacional.
- La determinación del Rh y la oferta de profilaxis anti-D no se consideran requisitos indispensables para el aborto médico temprano en edades gestacionales anteriores a las 12 semanas.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA ISOINMUNIZACIÓN RH

- Los Estados deben garantizar el acceso a las tecnologías científicas actualizadas que necesiten las mujeres.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22)

3.3.4 Profilaxis con antibióticos

El uso de antibióticos resulta pertinente en el caso del aborto quirúrgico. La presencia de infección en el aparato reproductor inferior en el momento del aborto quirúrgico es un factor de riesgo para las infecciones del aparato reproductor posteriores al aborto (129). La administración de antibióticos en el momento del aborto (profilaxis) tiene por objeto prevenir esas complicaciones después de un aborto quirúrgico.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 9: Profilaxis con antibióticos para el aborto quirúrgico y médico

- Para el aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica inflamatoria de la persona: **Se recomienda** una profilaxis adecuada pre o perioperatoria con antibióticos.
- Para el aborto médico: **No se recomienda** el uso de antibióticos profilácticos.

Observación:

- La carencia de antibióticos no debe limitar el acceso a los servicios de aborto.

Fuente: Recomendación 11 trasladada de la OMS (2012) (19). Se ha revisado la redacción para utilizar la expresión «se recomienda», a fin de aclarar que se trata de una recomendación firme, y la anterior expresión «uso sistemático» (en 9b) se ha sustituido por «uso», tras el debate del grupo de expertos.

CÓMO

Consideración sobre la aplicación

- La administración de una dosis única de nitroimidazoles, tetraciclinas o penicilinas ha demostrado su eficacia cuando se utilizan como antibióticos profilácticos para el aborto quirúrgico.

QUIÉN

Para obtener información sobre qué trabajadores de la salud pueden realizar esta intervención, puede consultarse la recomendación 24, sobre aspiración al vacío (antes de las 14 semanas), y la recomendación 26, sobre dilatación y evacuación (a partir de las 14 semanas).

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS

- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexas



Recomendaciones 24 (sobre aspiración al vacío) y 26 (sobre dilatación y evacuación)

3.3.5 Determinación de la edad gestacional del embarazo

La determinación de la edad gestacional del embarazo es un paso preliminar antes de seleccionar el método de aborto más adecuado. Hay múltiples formas de determinar la edad gestacional. El cálculo de la fecha del embarazo puede realizarse basándose únicamente en la última menstruación o en combinación con el uso de un instrumento validado (por ejemplo, una aplicación móvil, una lista de comprobación o una rueda del embarazo), lo que permite la posibilidad de autoevaluar la edad gestacional. Cuando no se tiene certeza sobre la última menstruación, la edad gestacional puede determinarse por medio de un examen clínico/físico (es decir, un examen pélvico y abdominal bimanual) o por medio de una ecografía, los cuales se utilizan para evaluar el tamaño del útero, estimado en semanas, que corresponde a un útero embarazado de la misma edad gestacional datada por la última menstruación. En general, debe utilizarse el método menos invasivo que sea apropiado en las circunstancias y esté disponible en el entorno.

No es necesario realizar un examen de rutina para detectar si se ha producido un embarazo ectópico antes de realizar el aborto médico. La incidencia del embarazo ectópico es menor en las solicitantes de aborto que en la población general (130). Incluso en el caso de los embarazos que siguen adelante, la OMS solo recomienda una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía del embarazo temprano) para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y de embarazos múltiples, reducir la provocación del parto en el caso de los embarazos posttérmino y mejorar la experiencia del embarazo de la mujer (128).

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 10: Ecografía previa al aborto

Tanto para el aborto médico como para el quirúrgico: **No se recomienda** el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto*

Observación:

- La normativa legal que limita el acceso al aborto en función de la edad gestacional puede exigir o hacer que se utilicen ecografías para verificar la edad gestacional antes del aborto, aunque esto no sea necesario desde el punto de vista clínico. La eliminación de los límites legales a la edad gestacional en el acceso al aborto (véase la recomendación 3) debería dar lugar a que se eviten las ecografías innecesarias previas al aborto, y a que aumente el acceso al aborto en los entornos en que resulta difícil acceder a la ecografía.

* En función de cada caso, puede haber razones clínicas para utilizar la ecografía antes del aborto.

Fuente: Recomendación 12 trasladada de la OMS (2012) (19). Se ha revisado la redacción para utilizar la expresión «no se recomienda», a fin de aclarar que se trata de recomendación firme en contra, y la anterior expresión «rutinaria» se ha sustituido para utilizar «requisito», tras el debate del grupo de expertos.

QUIÉN

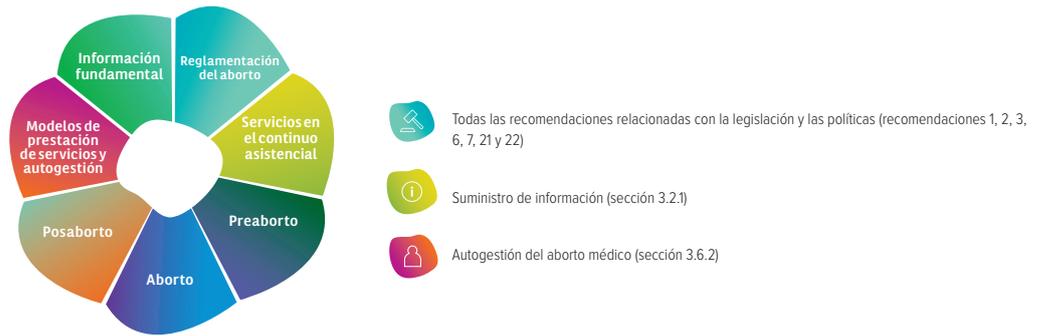
No se aplica.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO

- Cualquier información sobre la edad gestacional debe ser completa, precisa y con base empírica. No debe suministrarse con el objetivo de dirigir la toma de decisiones.
- Como elemento de información sanitaria, la información sobre la edad gestacional debe ser de gran calidad, precisa y accesible. Debe presentarse de forma respetuosa y aceptable para la persona que la recibe. No debe alimentar el estigma y la discriminación.
- Cuando se facilite información sobre la edad gestacional, debe proporcionarse a la persona de manera que se respete la privacidad y la confidencialidad.
- Debe respetarse el derecho de la persona a rechazar esa información cuando se le ofrezca. Esto incluye el derecho a rehusar ver las imágenes de la ecografía.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.3.6 Tratamiento del dolor en el aborto

Por lo general, el aborto suele provocar cierto grado de dolor. La necesidad de tratar el dolor aumenta con la edad gestacional. El grado de dolor varía con la edad, la paridad, el parto vaginal previo, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la mujer que se somete al aborto (131-134). Se ha asociado un tiempo de procedimiento más corto con un menor grado de dolor (131). Desatender este importante elemento de la atención aumenta innecesariamente la ansiedad, la incomodidad y el dolor, lo que compromete seriamente la calidad de la atención y aumenta potencialmente la dificultad de realizar el procedimiento. Siempre debe disponerse de un tratamiento contra el dolor, que debe administrarse por adelantado, en previsión de que este aparezca, o proporcionarse a la mujer en caso de que lo necesite para su uso posterior en el hogar.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendaciones 11 a 14: Tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico y para la preparación previa del cuello uterino

11. Para el tratamiento del dolor en el caso del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional:

- Se recomienda** ofrecer de forma sistemática un tratamiento para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y administrárselo a quienes lo deseen.
- No se recomienda** el uso sistemático de anestesia general.

LA NUEVA RECOMENDACIÓN QUE SIGUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DEL DOLOR ADICIONAL A LOS AINE.

12. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico antes de la semana 14:

- Se recomienda** el uso del bloqueo paracervical.
- Se sugiere** ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente¹³ y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.

13. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor durante la preparación del cuello uterino con dilatares osmóticos antes del aborto quirúrgico por debajo de la semana 14:

Se sugiere el uso del bloqueo paracervical. (Véase también la sección 3.3.7 sobre la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico.)

Observación:

¹³ La sedación consciente también se conoce como sedación intravenosa o sedación moderada. Véase la definición en el glosario.

- Para la preparación del cuello uterino (recomendación 13), se puede considerar el uso de medicación adicional para el dolor, como un gel intravaginal.

14. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico a partir de la semana 14:

a. Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.

b. Se sugiere ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.

Fuente: Recomendación 11 actualizada de la OMS (2012) (19). Las recomendaciones 12 a 14 son nuevas

Nota sobre la actualización de la recomendación: La recomendación 11a se publicó previamente como parte de la recomendación 14 en OMS (2012) (19), y la evidencia correspondiente se revisó utilizando la metodología GRADE. Tras la revisión, en esta versión actualizada se ha dividido la primera parte de la formulación de la recomendación original para aplicarla al aborto quirúrgico aquí (11a) y al aborto médico en una recomendación aparte (15) y se ha revisado la redacción para mencionar la administración; la segunda parte de la recomendación, referida a la anestesia general, se ha separado y revisado su redacción (recomendación 11b).



En un establecimiento de salud.

Fundamentos de las recomendaciones 11b y 12

Una actualización de una revisión Cochrane¹⁴ existente sirvió como base de evidencia para evaluar los regímenes de tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación. En la estrategia de búsqueda se hallaron 30 estudios sobre el tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico. De estos estudios, nueve de ellos – realizados en los Estados Unidos de América, Francia, Noruega, la República Islámica del Irán y Türkiye – constituyen el centro de la base de evidencia para estas recomendaciones. En seis estudios se comparó el bloqueo paracervical con un placebo. En un estudio se comparó el bloqueo paracervical con la anestesia general. En dos estudios se comparó la sedación consciente¹⁵ más el bloqueo paracervical con el bloqueo paracervical solo. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre el tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

Tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical: Las puntuaciones medias de dolor fueron menores en el grupo de mujeres que recibieron sedación consciente y bloqueo paracervical en comparación con las mujeres que recibieron solamente bloqueo paracervical, basándose en evidencia de certeza moderada. Además, la satisfacción con el tratamiento del dolor fue mayor en el primer grupo de mujeres, basándose en evidencia de alta certeza.

Bloqueo paracervical: Tanto con sedación consciente como sin ella, las puntuaciones medias de dolor fueron menores en el grupo de mujeres que recibieron bloqueo paracervical en comparación con las mujeres que recibieron placebo, basándose en evidencia de certeza moderada. Menos mujeres requirieron medicación analgésica adicional, basándose en evidencia de alta certeza, y la satisfacción en el primer grupo de mujeres fue alta, basándose en evidencia de certeza moderada.

Anestesia general: Las puntuaciones de dolor fueron menores en el grupo de mujeres que recibieron anestesia general en comparación con el bloqueo paracervical solo, basándose en evidencia de certeza moderada. No obstante, los debates sobre los recursos necesarios, la eficacia en función de los costos, la viabilidad y la equidad relacionados con la administración de anestesia general dieron lugar a una conclusión que no favorecía la intervención. Además, la recomendación 11b concuerda con la afirmación de que la aspiración al vacío no requiere quirófano (19).

Fundamentos de las recomendaciones 13 y 14

14 Una Revisión Cochrane es una revisión sistemática de la investigación sobre la atención de salud y la política de salud que se publica en la Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.

15 La sedación consciente también se conoce como sedación intravenosa o sedación moderada. Véase la definición en el glosario.

En una revisión sistemática se evaluaron los regímenes de tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico a edades gestacionales a partir de las 14 semanas. En la estrategia de búsqueda se hallaron tres estudios en que se informaba sobre el tratamiento del dolor para la dilatación y evacuación, todos ellos centrados en el tratamiento del dolor durante la preparación del cuello uterino antes del procedimiento quirúrgico. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre el tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

Las puntuaciones medias de dolor fueron menores en el grupo de mujeres que recibieron bloqueo paracervical en comparación con las mujeres que recibieron placebo, basándose en evidencia de certeza alta. La satisfacción en el primer grupo de mujeres fue alta, basándose en evidencia de certeza moderada. Se puede utilizar un gel intravaginal como método alternativo de control del dolor; hubo un número mayor de mujeres con una puntuación de dolor más baja después de recibir el gel en comparación con las que recibieron el bloqueo paracervical, basándose en evidencia de certeza baja. La preparación del cuello uterino se realizó con laminaria. Los debates sobre los valores y las preferencias de las mujeres con respecto al tratamiento del dolor durante el aborto quirúrgico, y sobre los recursos necesarios y la viabilidad de la administración del bloqueo paracervical, dieron como resultado una decisión favorable a la intervención.

No se hallaron estudios centrados en el tratamiento del dolor en el procedimiento de dilatación y evacuación. Por consiguiente, el grupo de expertos llegó a un consenso para armonizar estas recomendaciones con las del tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación (véase la recomendación 12).



Para obtener información sobre qué trabajadores de la salud pueden realizar esta intervención, pueden consultarse las recomendaciones 24 y 26 para el aborto quirúrgico (aspiración al vacío y dilatación y evacuación).



Consideraciones sobre la aplicación

- Deben garantizarse suministros y existencias suficientes de medicamentos para el dolor.
- La formación de los proveedores de atención para el aborto debe incluir el tratamiento del dolor, en particular la técnica de administración del bloqueo paracervical.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendaciones 15 y 16: Tratamiento del dolor en el aborto médico

15. Para el aborto médico a cualquier edad gestacional:

Se recomienda ofrecer de forma sistemática un tratamiento para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y facilitararlo para que la persona lo utilice si lo desea y cuando lo desee..

LA NUEVA RECOMENDACIÓN QUE SIGUE SE REFIERE AL TRATAMIENTO DEL DOLOR ADICIONAL A LOS AINE.

16. (NUEVA) Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto médico a partir de la semana 12:

Se sugiere la consideración de otros métodos para controlar el dolor o las molestias debidas al aumento del dolor a medida que aumenta la edad gestacional. Entre estos métodos cabe mencionar determinados antieméticos y la anestesia epidural, cuando esté disponible.

Observación:

- En el caso del aborto médico antes de las 14 semanas de gestación, si no se dispone de AINE (por ejemplo, ibuprofeno) o no son una opción, se puede considerar el paracetamol para el tratamiento del dolor.

Fuente: Recomendación 15 actualizada de la OMS (2012) (19). La recomendación 16 es nueva.

Nota sobre la actualización de la recomendación: La recomendación 15 se publicó previamente como parte de la recomendación 14 en OMS (2012) (19), y la evidencia correspondiente se revisó utilizando la metodología GRADE. Después de la revisión, en esta versión actualizada se ha dividido la primera parte de la formulación de la recomendación original para que se aplique al aborto quirúrgico (véase la recomendación 11a) y al aborto médico (aquí en la recomendación 15), y se ha revisado la redacción para mencionar la facilitación.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto al lugar (dentro o fuera del establecimiento).

Fundamentos de la recomendación 15 (específicamente para edades gestacionales inferiores a 14 semanas)

Para responder a esta pregunta clave, se utilizó una revisión Cochrane como base de evidencia. En la estrategia de búsqueda se hallaron cinco estudios en que se informaba sobre el tratamiento del dolor para el aborto médico en edades gestacionales inferiores a las 14 semanas, realizados en los Estados Unidos de América, Israel y el Reino Unido. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre el tratamiento del dolor para el aborto médico antes de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

Se evaluaron tres de estos estudios mediante las siguientes comparaciones:

- ibuprofeno frente a placebo;
- AINE profilácticos frente a AINE terapéuticos;
- ibuprofeno frente a paracetamol.

Las mujeres que recibieron AINE tuvieron puntuaciones medias de dolor más bajas, y menos mujeres de ese grupo requirieron medicación analgésica adicional, basándose en evidencia de alta certeza. Los debates sobre los valores y las preferencias de las mujeres sometidas a tratamiento del dolor durante el aborto médico, así como sobre los recursos necesarios, la relación entre costo y eficacia y la viabilidad de la administración de AINE, dieron como resultado una decisión favorable a la intervención.

Fundamentos de las recomendaciones 15 (específicamente para edades gestacionales a partir de las 14 semanas) y 16

Se realizó una revisión sistemática para responder a esta pregunta clave. En la estrategia de búsqueda se hallaron 11 estudios en que se informaba sobre el tratamiento del dolor para el aborto médico en edades gestacionales a partir de las 14 semanas, realizados en Alemania, Bélgica, el Canadá, los Estados Unidos de América, Israel, Italia, Suecia y Tailandia. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre el tratamiento del dolor para el aborto médico a partir de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

A partir de los datos de estos estudios, se realizaron las siguientes comparaciones:

- bloqueo paracervical frente a analgésicos orales;
- AINE frente a ausencia de AINE/placebo;
- antieméticos frente a placebo;
- antiepilépticos frente a ansiolíticos;
- epidural intermitente frente a continua;
- epidural controlada por la paciente frente a fentanilo intravenoso controlado por la paciente;
- fentanilo controlado por la paciente frente a morfina controlada por la paciente;
- tramadol intravenoso controlado por la paciente frente a fentanilo intravenoso controlado por la paciente.

Comparación del bloqueo paracervical frente a la medicación oral para el dolor: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo menos mujeres que experimentaron dolor intenso y hubo un menor tiempo de expulsión con el uso de analgésicos orales en comparación con el bloqueo paracervical, basándose en evidencia de certeza moderada.

Comparación de AINE frente a la ausencia de AINE/placebo: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo menos mujeres que requirieron narcóticos suplementarios después del uso de AINE, basándose en evidencia de alta certeza. Además, un menor número de mujeres que recibieron AINE experimentaron efectos secundarios, basándose en evidencia de certeza moderada.

Comparación de antieméticos frente a placebo: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo un menor uso de narcóticos suplementarios y un menor tiempo de expulsión con el uso de antieméticos, basándose en evidencia de certeza moderada.

Comparación de antiepilépticos frente a ansiolíticos: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo menores puntuaciones medias de dolor, menor uso de analgésicos adicionales y menores tiempos medios de expulsión con el uso de antiepilépticos, basándose en evidencia de certeza moderada.

Comparación de epidural intermitente frente a continua: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo menos efectos secundarios con el uso de epidural intermitente, basándose en evidencia de baja a alta certeza. La satisfacción fue mayor entre las mujeres que recibieron epidural intermitente para el tratamiento del dolor, basándose en evidencia de alta certeza.

Comparación de epidural controlada por la paciente frente a fentanilo intravenoso controlado por la paciente: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo menores puntuaciones medias de dolor y menos efectos secundarios de vómitos y sedación con el uso de epidural controlada por la paciente, basándose en evidencia de certeza moderada. Además, la satisfacción fue mayor entre las mujeres del grupo de epidural controlada por la paciente, basándose en pruebas de certeza moderada.

Comparación de morfina controlada por la paciente frente a fentanilo intravenoso controlado por la paciente: En los estudios en que se evaluó esta comparación, hubo menores puntuaciones de dolor y menos efectos secundarios con el uso de fentanilo controlado por la paciente (50 µg), basándose en evidencia de certeza moderada a alta.

Comparación de tramadol intravenoso controlado por la paciente frente a fentanilo intravenoso controlado por la paciente: En los estudios en que se evaluó esta comparación, el control del dolor fue comparable con la administración de tramadol y de fentanilo controlados por la paciente, basándose en evidencia de certeza baja a moderada. Las puntuaciones de satisfacción también fueron similares entre los dos grupos, basándose en evidencia de alta certeza.

Los debates sobre los valores y las preferencias de las mujeres con respecto al tratamiento del dolor durante el aborto médico, así como sobre los recursos necesarios, la relación entre costo y eficacia y la viabilidad de la administración de AINE, dieron como resultado una decisión favorable a la intervención.

QUIÉN

Para obtener información sobre qué trabajadores de la salud pueden realizar esta intervención, pueden consultarse las recomendaciones 28 y 30 sobre el aborto médico.

CÓMO

Consideraciones relativas a la aplicación de las recomendaciones 15 y 16

- Independientemente de la modalidad de servicio, debe haber una comunicación clara a la mujer sobre el dolor que puede experimentar, que puede variar en función de la percepción y la tolerancia al dolor. En cualquier caso, se le debe proporcionar información sobre el tratamiento del dolor y se debe garantizar el acceso a los medicamentos adecuados para el dolor.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Los estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.
- La denegación de medicamentos para el dolor puede violar una amplia variedad de derechos humanos, como el derecho a la salud y a la autonomía en la toma de decisiones.
- La denegación de analgésicos como castigo por el aborto o porque formen parte de la atención para el aborto puede violar el derecho a la igualdad y a la no discriminación.
- La denegación de analgésicos puede violar el derecho a no sufrir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.3.7 Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico

Antes del aborto quirúrgico, la preparación del cuello uterino (también conocida como preparación cervical) puede contemplarse para todas las mujeres con un embarazo de cualquier edad gestacional, en particular para las mujeres con un embarazo de más de 12 semanas de gestación. La preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico es especialmente beneficiosa para las mujeres con anomalías cervicales o con cirugías previas, las adolescentes y quienes se encuentran en estado avanzado de gestación, ya que tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones cervicales o perforaciones uterinas que pueden provocar hemorragias (135, 136). También puede facilitar el procedimiento de aborto para los proveedores inexpertos. Sin embargo, la preparación del cuello uterino tiene desventajas, como la incomodidad adicional para la mujer, y el costo y el tiempo adicionales que se requieren para administrarla eficazmente.

Tanto si se utilizan dilatadores osmóticos como medicamentos para la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico, esta se realiza antes del procedimiento. Por tanto, la preparación del cuello uterino puede iniciarla un trabajador de la salud distinto del proveedor que realizará la dilatación y evacuación.



SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 17: Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico antes de las 12 semanas de gestación

Previamente al aborto quirúrgico antes de las 12 semanas:

a. Si se efectúa la preparación del cuello uterino: **Se sugiere** la siguiente posología:

- Mifepristona 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento.
- Misoprostol 400 µg por vía sublingual entre 1 y 2 horas antes del procedimiento.
- Misoprostol 400 µg por vía vaginal o bucal entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

b. **No se recomienda** el uso de dilatadores osmóticos para la preparación del cuello uterino.

Observaciones:

- La vía sublingual es más eficaz para la administración de misoprostol.
- Debe administrarse la medicación adecuada para el dolor.

Fuente: Recomendación actualizada de la recomendación 7.2 de la OMS (2012) (19).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta recomendación se revisó utilizando la metodología GRADE. La pauta de mifepristona sugerida no se ha modificado, pero la posología de misoprostol se ha actualizado en cuanto al momento y la vía de administración, y la laminaria ya no es una opción recomendada; por tanto, estas recomendaciones sustituyen a la anterior.

Fundamentos

Para responder a esta pregunta clave, se utilizó una actualización de revisión Cochrane ya existente como base de evidencia. En la actualización se hallaron ocho nuevos estudios, lo que hace un total de 61 estudios incluidos en que se evaluaron los métodos de preparación del cuello uterino para la aspiración al vacío. A partir de esta revisión, se evaluaron aproximadamente la mitad de los estudios incluidos para contribuir al desarrollo del marco de evidencia para la decisión. La revisión incluye los siguientes métodos de preparación del cuello uterino: medicación con mifepristona y/o misoprostol y métodos mecánicos (es decir, dilatadores osmóticos naturales o sintéticos). En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre la preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico antes de las 12 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.¹⁶

Para la recomendación 17a, se sugiere la opción de misoprostol o mifepristona como agente de preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico antes de las 12 a 14 semanas. En los estudios en que se comparó el misoprostol con la mifepristona, el tiempo para completar el procedimiento fue menor para el misoprostol,

¹⁶ En aras de la coherencia entre las recomendaciones, la edad gestacional de corte es de 12 semanas, pero la evidencia incluyó a mujeres con embarazos de hasta 14 semanas de gestación a las que se les practicó la aspiración al vacío.

basándose en evidencia de certeza moderada. Sin embargo, la dilatación cervical previa al procedimiento fue mayor con el uso de mifepristona, basándose en evidencia de certeza moderada. El perfil de efectos secundarios fue comparable entre los dos grupos, basándose en evidencia de muy baja certeza.

En cuanto al momento de la administración del misoprostol, en los estudios en que se comparó el momento de la administración del misoprostol para la preparación del cuello uterino la mayor eficacia (es decir, una mayor dilatación cervical antes del procedimiento) se observó con un intervalo de tres horas. Esta constatación se basa en evidencia de alta certeza. Si bien el intervalo de tres horas se considera óptimo, también se incluye el intervalo de una hora como resultado de las deliberaciones de los miembros del grupo de expertos sobre la viabilidad y la aceptabilidad de la menor duración del tiempo de espera antes del aborto quirúrgico de la mujer.

Para la recomendación 17b, el razonamiento se debe al mayor tiempo para completar el procedimiento si se utilizan dilatadores osmóticos en comparación con el uso de misoprostol para la preparación del cuello uterino, basándose en evidencia de alta certeza. Además, las tasas de satisfacción fueron mayores entre quienes recibieron misoprostol en comparación con el grupo de laminaria, basándose en pruebas de certeza moderada.

El grupo de expertos añadió la vía bucal (se añadió junto con la vía vaginal debido a que las curvas de concentración de misoprostol y bucal son similares en los datos de farmacocinética), y en sus observaciones se destaca que la vía sublingual es la más eficaz.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 18 (NUEVA):

Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico (aspiración al vacío manual o dilatación y evacuación) a partir de las 12 semanas de gestación.

Previamente al aborto quirúrgico en edades gestacionales posteriores:

- a. Para el aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas: **Se sugiere** la preparación del cuello uterino antes del procedimiento.
- b. Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas: **Se sugiere** la preparación del cuello uterino solamente con medicación (se prefiere una combinación de mifepristona y misoprostol) o con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).
- c. Para el aborto quirúrgico entre las 12 y 19 semanas, cuando se utiliza un dilatador osmótico para la preparación del cuello uterino: **Se sugiere** no extender el periodo entre la aplicación del dilatador osmótico y el procedimiento más allá de dos días.
- d. Para el aborto quirúrgico a partir de las 19 semanas: **Se recomienda** la preparación del cuello uterino con un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).

Observación:

- La evidencia sobre la preparación del cuello uterino para las edades gestacionales de entre 12 y 14 semanas es escasa y, por tanto, los profesionales de la salud deben utilizar su criterio clínico para decidir el método más conveniente para la preparación del cuello uterino antes de la aspiración al vacío en este intervalo de edad gestacional.

Nota: Estas recomendaciones son nuevas y sustituyen a las recomendaciones 8.1 y 8.2 de la OMS (2012) (19), que se referían a la dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas; estas nuevas recomendaciones incluyen ahora información sobre los métodos y pautas para la preparación del cuello uterino en diferentes intervalos de edad gestacional.

Fundamentos

La base de evidencia sobre los métodos de preparación del cuello uterino para el aborto quirúrgico a edades gestacionales avanzadas la proporcionó una revisión Cochrane. A partir de esta revisión, se incluyeron 16 estudios para la elaboración del marco de evidencia para la decisión relativos a los siguientes métodos de preparación del cuello uterino: medicación con mifepristona y/o misoprostol; métodos mecánicos con dilatadores osmóticos y dilatadores sintéticos; procedimientos de un día frente a dos días con laminaria. Los estudios se realizaron en

España, los Estados Unidos de América, Israel, el Reino Unido y Sudáfrica. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre la preparación del cuello uterino antes de aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

La inclusión de todas las opciones de medicación para la preparación del cuello uterino se basó en las deliberaciones del grupo de expertos sobre la viabilidad y la aceptabilidad de estas intervenciones. El uso de mifepristona en combinación con misoprostol es preferible al misoprostol en solitario para la preparación del cuello uterino debido a la mayor dilatación cervical previa al procedimiento y al menor tiempo necesario para completarlo, basándose en evidencia de certeza moderada. El uso combinado de medicación y laminaria es preferible a la laminaria por sí sola debido a la mayor dilatación cervical previa al procedimiento, la menor necesidad de dilatación adicional y el menor tiempo para completar el procedimiento. Esto se basa en evidencia de alta certeza. Los subanálisis de los estudios incluidos mostraron que el uso combinado de medicación y laminaria parece ser más eficaz a edades gestacionales más avanzadas..



Consideración sobre la aplicación

- El uso de medicación para la preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico a partir de las 12 a 14 semanas de gestación puede autogestionarse y permite ahorrar el tiempo de desplazamiento de la mujer y el tiempo del personal dedicado a la inserción de dilatadores osmóticos.



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 19: Preparación del cuello uterino con medicación previamente al aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional.

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Agentes de salud comunitarios	Se sugiere Condición: La administración de medicamentos para la preparación del cuello uterino forma parte del proceso de aborto quirúrgico, por lo que el trabajador de la salud debe garantizar la continuidad de la atención de la mujer que obtiene los medicamentos antes del procedimiento de aborto.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Además, se ha recomendado que los agentes de salud comunitarios faciliten el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (véase la recomendación 28), el cual requiere capacidades y conocimientos similares a los que se requieren para esta tarea.
Empleados de farmacia	Se sugiere Condición: La administración de medicamentos para la preparación del cuello uterino forma parte del proceso de aborto quirúrgico, por lo que el trabajador de la salud debe garantizar la continuidad de la atención de la mujer que obtiene los medicamentos antes del procedimiento de aborto.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Además, se ha recomendado que los empleados de farmacia faciliten el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (véase la recomendación 28), el cual requiere capacidades y conocimientos similares a los que se requieren para esta tarea.
Farmacéuticos	Se sugiere Condición: La administración de medicamentos para la preparación del cuello uterino forma parte del proceso de aborto quirúrgico, por lo que el trabajador de la salud debe garantizar la continuidad de la atención de la mujer que obtiene los medicamentos antes del procedimiento de aborto.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, el despacho de medicamentos bajo receta se encuentra dentro de las funciones habituales de los farmacéuticos. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Además, se ha recomendado que los farmacéuticos faciliten el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (véase la recomendación 28), el cual requiere capacidades y conocimientos similares a los que se requieren para esta tarea.
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros Enfermeros Parteros	Se recomienda	Se encontró evidencia sobre la seguridad y eficacia de esta opción (evidencia de baja certeza). La preparación del cuello uterino forma parte de la formación para la realización de la aspiración al vacío manual. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a

Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Se halló evidencia para los trabajadores de la salud con una formación básica similar o menos completa (por ejemplo, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería) que utilizan esos medicamentos para facilitar el aborto médico (evidencia de certeza moderada). La preparación del cuello uterino forma parte de la formación para la realización de la aspiración al vacío manual. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a todos los tipos de trabajadores de la salud mediante la metodología GRADE, excepto para los médicos especialistas y generalistas, cuya intervención ya se recomendaba. Tras la revisión, las recomendaciones se mejoraron para todas las categorías de trabajadores de la salud que se examinaron, pasando de «no se recomienda» a «se sugiere» para los farmacéuticos, empleados de farmacia y agentes de salud comunitarios, y de «se sugiere» a «se recomienda» para todas las demás categorías de trabajadores de la salud. La edad gestacional para esta recomendación también se modificó de «después de las 12 semanas» a «a cualquier edad gestacional» tras la consulta con el grupo de expertos. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre la preparación del cuello uterino con medicación y dilatadores osmóticos) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (12)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto al lugar (dentro o fuera del establecimiento).

CÓMO

Consideración sobre la aplicación

- Dado que la preparación del cuello uterino inicia el proceso y se realiza antes de un procedimiento quirúrgico, con un intervalo de hasta 1 o 2 días, es importante que el trabajador de la salud garantice la continuidad de la atención a la mujer asegurándose de que haya un plan claro para el aborto quirúrgico antes de que la mujer tome el agente de preparación y que tenga acceso al sistema de salud existente en caso de desee o necesite apoyo adicional durante ese intervalo.

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 20: Preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos antes de la dilatación y evacuación a partir de las 12 semanas de gestación

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Se sugiere Condición: El personal de salud garantiza la continuidad de la atención desde la preparación del cuello uterino hasta la dilatación y evacuación	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente sobre la seguridad y la eficacia de esta opción, se ha sugerido que estos trabajadores de la salud realicen otros procedimientos transcervicales (por ejemplo, la inserción de un DIU y la aspiración al vacío; véanse las recomendaciones 43 y 24). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud ^b . El grupo de expertos afirmó que esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción importante del personal de salud.

Continuación del cuadro

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente sobre la seguridad y la eficacia de esta opción, se ha recomendado que los enfermeros auxiliares parteros realicen otros procedimientos transcervicales (por ejemplo, la inserción de un DIU; véase la recomendación 43), y que las auxiliares de enfermería realicen otros procedimientos transcervicales en determinados contextos (por ejemplo, la inserción de un DIU; véase la recomendación 43). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos afirmó que esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo dentro de un establecimiento y a reducir los tiempos de espera para las mujeres.
Enfermeros	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente sobre la seguridad o la eficacia de esta opción, se ha recomendado que los enfermeros realicen otros procedimientos transcervicales (por ejemplo, la inserción de un DIU; véase la recomendación 43), y existe evidencia de que la realización de la aspiración al vacío manual por parte de los enfermeros es segura y eficaz (evidencia de certeza moderada). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos afirmó que esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo dentro de un establecimiento y a reducir los tiempos de espera para las mujeres.
Parteros	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente sobre la seguridad o la eficacia de esta opción, se ha recomendado que los parteros realicen otros procedimientos transcervicales (por ejemplo, la inserción de un DIU; véase la recomendación 43), y existe evidencia de que la realización de la aspiración al vacío manual por parte de los parteros es segura y eficaz (evidencia de certeza moderada). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos afirmó que esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo dentro de un establecimiento y a reducir los tiempos de espera para las mujeres.
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Se halló evidencia indirecta sobre la seguridad y la eficacia de que estos clínicos realicen la aspiración al vacío (evidencia de certeza moderada), que incluye la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos para determinados casos. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos afirmó que esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo dentro de un establecimiento y a reducir los tiempos de espera para las mujeres.
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a todos los tipos de trabajadores de la salud mediante la metodología GRADE, excepto para los médicos especialistas y generalistas, cuya intervención ya se recomendaba. Después de la revisión, se mejoraron las recomendaciones para los clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, los parteros y las enfermeras, que pasaron de «se sugiere» a «se recomienda», para los auxiliares de enfermería y los enfermeros auxiliares parteros, que pasaron de «no se recomienda» a «se recomienda», y para los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, que pasaron de «no se recomienda» a «se sugiere». Para los farmacéuticos, empleados de farmacia y agentes de salud comunitarios, las recomendaciones siguen siendo «no se recomienda» (no figuran en la lista). La edad gestacional para esta recomendación también se modificó de «después de las 12 semanas» a «a partir de las 12 semanas» para ajustar esta recomendación a la recomendación 18. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre la preparación del cuello uterino con medicación y dilatadores osmóticos) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.



En un establecimientos de salud.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA PREPARACIÓN DEL CUELLO UTERINO

- La denegación de la preparación del cuello uterino como castigo por abortar o porque forme parte de la atención para el aborto puede violar el derecho a la igualdad y a la no discriminación.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.3.8 Restricciones (en la legislación o las políticas) relativas a los trabajadores de la salud que pueden prestar legalmente atención para el aborto

En varios países, la legislación y las políticas restringen el tipo de trabajadores de la salud que pueden prestar legalmente atención para el aborto (137), limitando esta práctica en la mayoría de los casos a los ginecólogos. Sin embargo, desde la aparición de la aspiración al vacío y el aborto médico, el aborto puede practicarse de forma segura por una amplia variedad de trabajadores de la salud en diversos entornos, y puede autogestionarse de forma segura en las primeras etapas del embarazo (véanse las recomendaciones 24, 28, 30 y 33). Las restricciones relativas a los proveedores son incompatibles con el apoyo de la OMS a la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud; esas restricciones son arbitrarias y carecen de base empírica (138). Como parte de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud, los establecimientos, productos y servicios de salud deben estar disponibles, ser accesibles, adecuados y de buena calidad (46). Esto incluye los establecimientos, productos y servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva. Así pues, los Estados deben garantizar un número adecuado de personal médico y profesional y de proveedores capacitados en el sistema de salud, así como existencias suficientes de medicamentos esenciales (46). Por otra parte, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha subrayado que la legislación sobre el aborto debe basarse en datos empíricos (37) (véase el capítulo 1, sección 1.3.1 i), y también el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto).

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 21: Restricciones relativas al proveedor

No se recomienda reglamentar quién puede practicar y gestionar el aborto, de manera que resulte incompatible con las orientaciones de la OMS.

Observación:

- Cuando la legislación o las políticas regulen quién puede practicar o gestionar el aborto, esa reglamentación debe ser coherente con las orientaciones de la OMS, que se presentan a lo largo de este capítulo.

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

Con el fin de determinar los efectos de las restricciones relativas al proveedor sobre las personas que desean abortar y los trabajadores de la salud, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2019, en la que se encontraron siete estudios realizados en Australia, los Estados Unidos de América, Etiopía y Nepal. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre las restricciones relativas al proveedor) se presenta un resumen de la evidencia. La revisión de la evidencia mostró que las restricciones relativas a quién puede practicar y gestionar el aborto dieron lugar a retrasos y complicaciones en el acceso al aborto. Por el contrario, la ampliación del abanico de trabajadores de la salud que pueden prestar servicios de aborto mejoró el acceso oportuno al aborto médico y quirúrgico temprano; redujo los costos, los desplazamientos y el tiempo de espera; desplazó los componentes de la atención de los médicos a otros profesionales; hizo que el aborto estuviera más disponible, incluidas las zonas rurales y en el nivel de atención primaria de la salud; evitó la autogestión insegura del aborto; y redujo los costos del sistema. Esta evidencia indica que las restricciones relativas a los proveedores producen ineficiencias, cargas administrativas y de trabajo en los sistemas de salud, y reducen en la práctica el número de proveedores disponibles.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LAS RESTRICCIONES RELATIVAS AL PROVEEDOR

- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- La reglamentación del aborto debe fundamentarse en los derechos humanos y la evidencia científica.
- Los Estados deben garantizar un número adecuado de personal médico y profesional y de proveedores capacitados en el sistema de salud, así como existencias adecuadas de medicamentos esenciales.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

3.3.9 Objeción de conciencia o negativa de los trabajadores de la salud a prestar servicios de aborto

La negativa a prestar servicios de aborto por motivos de conciencia constituye una barrera para el acceso a un aborto seguro y oportuno (3 [párrafo 14], 36 [párrafo 8], 139 [párrafo 109], 140 [párrafo 353], 141 [párrafos 42, 43]), y la ausencia de reglamentación sobre la objeción de conciencia o la negativa a prestar servicios de aborto por razones de conciencia puede dar lugar a violaciones de los derechos humanos, o llevar a las mujeres a recurrir a abortos peligrosos (142 [párrafo 23], 143 [párrafo 106], 144). En algunos países, la objeción de conciencia se regula expresamente a través de la legislación laboral, los contratos de trabajo o la legislación sobre el aborto. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados que permiten la objeción de conciencia deben organizar su sistema de salud y la prestación de servicios de aborto de manera que se garantice que la objeción de conciencia no dé lugar a la denegación de la atención del aborto legalmente disponible, y regular el ejercicio de la objeción de conciencia de manera que refleje las mejores prácticas clínicas internacionales, proteja a las personas que desean abortar y garantice que la denegación del proveedor no socave ni obstaculice el acceso a la atención del aborto de calidad (145 [párrafo 12], 146 [párrafo 28]). La OMS ha señalado que «los servicios de salud deben estar organizados de tal modo que garanticen que el ejercicio eficaz de la libertad de conciencia de los profesionales de salud en el contexto profesional no impida que las pacientes obtengan acceso a los servicios a los cuales tienen derecho según la legislación correspondiente» (19).

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS. Recomendación 22: Objeción de conciencia

Se recomienda la protección del acceso a la atención integral para el aborto y su continuidad frente a los obstáculos creados por la objeción de conciencia.

Observaciones:

- A pesar de la obligación basada en los derechos humanos de garantizar que la objeción de conciencia no obstaculice el acceso a la atención para el aborto de calidad, y de las recomendaciones anteriores de la OMS dirigidas a garantizar que la objeción de conciencia no socave u obstaculice el acceso a la atención para el aborto, la objeción de conciencia sigue funcionando como un obstáculo al acceso a la atención para el aborto de calidad. Es fundamental que los Estados garanticen el cumplimiento de las reglamentaciones y diseñen u organicen sus sistemas de salud para garantizar el acceso a la atención para el aborto de calidad y su continuidad. Si resulta imposible regular la objeción de conciencia de manera que se respeten, protejan y cumplan los derechos de las personas que solicitan el aborto, la objeción de conciencia en la prestación de servicios de aborto puede llegar a ser indefendible.
- La evidencia examinada se centró en el impacto de la objeción de conciencia en el acceso a la atención para el aborto y su disponibilidad, y no en la eficacia de la reglamentación de la objeción de conciencia en cuanto a la mejora de esos resultados. No obstante, el derecho internacional de los derechos humanos ofrece algunas orientaciones sobre cómo los Estados pueden garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de las personas que desean abortar. Entre ellos, cabe mencionar las siguientes:
 - organizar el sistema de salud para garantizar la contratación de suficientes proveedores no objetores y su distribución uniforme en todo el país (3);
 - establecer una reglamentación clara y aplicable de la objeción de conciencia (147 [párrafos 30 y 31], 148 [párrafo 41 f]), 149 [párrafo 37 b]);
 - garantizar una aplicación adecuada de la reglamentación de la objeción de conciencia, incluida la detección, la supervisión y la sanción del incumplimiento (147 [párrafos 30 y 31], 148 [párrafo 41 f]) y 149 [párrafo 37 b]);
 - definir claramente quién puede objetar a qué componentes de la atención (150 [párrafos 30 y 31], 148 [párrafo 41 f]), 3 [párrafo 43]);
 - prohibir las alegaciones institucionales de denegación por motivos de conciencia (147, 150 [párrafo 33 c]), 148 [párrafo 41 f]);

- exigir a los objetores que faciliten una derivación rápida a proveedores accesibles y no objetores (3 [párrafo 43], 37 [párrafo 65 m]), 39 [párrafo 11], 150 [párrafo 33 c]), 146 [párrafo 28]);
- exigir que la objeción de conciencia se ejerza de manera respetuosa y no punitiva; y
- prohibir la objeción de conciencia en situaciones urgentes o de emergencia (3, párrafo 43).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta y otras recomendaciones en materia de legislación y políticas no son recomendaciones nuevas. En la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 se ofrecía una recomendación combinada relacionada con la legislación y las políticas (19); en las presentes directrices esa recomendación se ha desarrollado en siete recomendaciones separadas mediante la metodología GRADE.

Fundamentos

Con el fin de determinar los efectos de la objeción de conciencia sobre las personas que desean abortar y los trabajadores de la salud, se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2010 y 2020, en la que se encontraron 26 estudios realizados en Australia, el Brasil, Colombia, Eslovaquia, los Estados Unidos de América, Ghana, Italia, México, Nigeria, Noruega, Portugal, el Reino Unido, Sudáfrica, Suiza, Túnez y Zambia. En el material suplementario 1 (Marco de evidencia para la decisión sobre la objeción de conciencia) se presenta un resumen de la evidencia. La revisión de la evidencia permitió constatar que la objeción de conciencia puede retrasar el aborto y la atención a su práctica en el momento oportuno. El retraso en la atención se ve exacerbado cuando hay una mayor proporción de trabajadores de la salud que objetan, y a veces incluso en casos de emergencia en que es necesario el aborto para salvar la vida de una mujer. En ocasiones, los objetores imponen deliberadamente retrasos. Los estudios también indican que la objeción de conciencia contribuye a aumentar la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el aborto, y que algunos trabajadores de la salud invocan la objeción de conciencia y se niegan a practicar el aborto en el sector público, mientras que lo practican a cambio de una remuneración en sus consultas privadas.

Los estudios muestran que la objeción de conciencia impone mayores barreras a las poblaciones de determinados entornos: zonas rurales; entornos en que la legislación sobre el aborto se ha modificado recientemente y no está suficientemente claro quién puede objetar a qué aspectos de la atención para el aborto; lugares en que la objeción de conciencia no está regulada de forma efectiva; y entornos donde los trabajadores de la salud objetores rechazan intencionadamente la derivación de pacientes o realizan un asesoramiento sesgado, o utilizan información jurídica y médica inexacta para intentar disuadir y obstruir el acceso al aborto (véase la sección 3.2.1: Suministro de información).

Se ha demostrado que la denegación del aborto por motivos de conciencia impone importantes cargas a las mujeres y las niñas, especialmente la incertidumbre sobre si pueden acceder al aborto y dónde. Algunos objetores deciden si facilitan el aborto caso por caso en función de su opinión sobre el motivo por el que una mujer solicita el aborto, lo que significa que la disponibilidad no es clara ni coherente. Además, las prácticas de derivación de pacientes de los objetores son muy variables. La evidencia demostró que si bien la mayoría de los objetores estaban dispuestos a derivar a las pacientes, esto no era así en todos los casos, ya que algunos de ellos derivaban a las pacientes en función de cada caso. Además, las vías de derivación pueden ser tortuosas y engorrosas, lo que impone dificultades y retrasos adicionales.

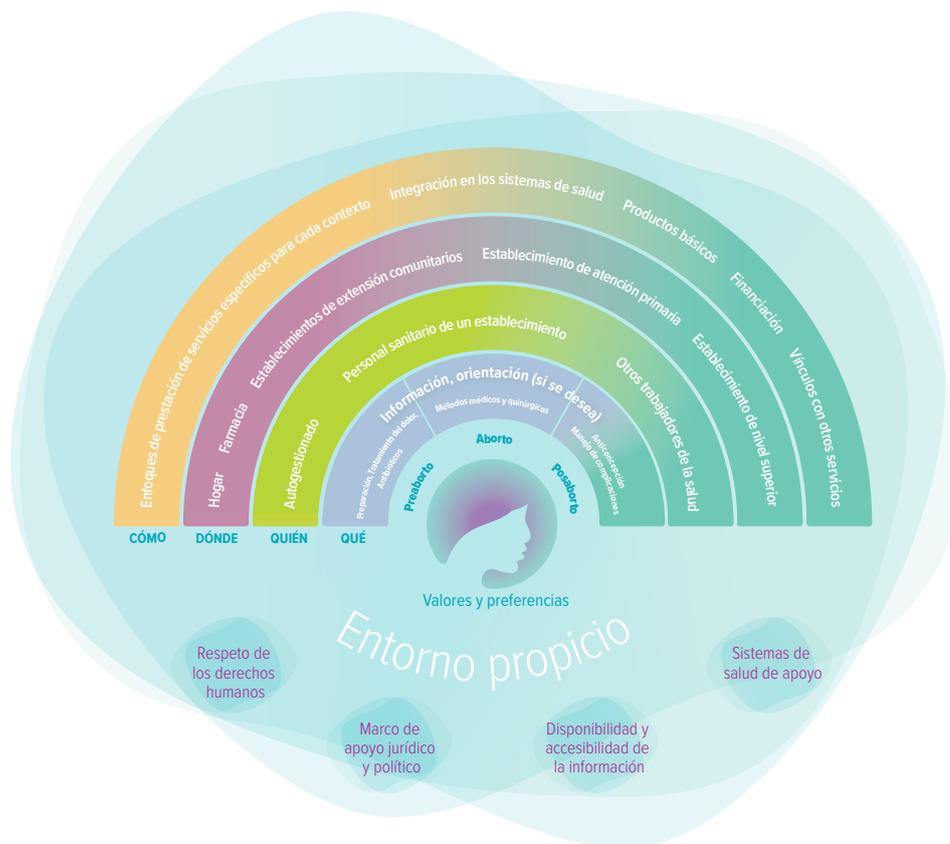
La objeción de conciencia tiene importantes repercusiones en la carga de trabajo del personal de salud. Cuando hay muchos objetores, los trabajadores de la salud no objetores tienen una mayor carga de trabajo, la prestación de servicios de aborto a menudo se estigmatiza, y quienes prestan servicios de aborto pueden experimentar limitaciones en su carrera o discriminación. Si la reglamentación y el marco jurídico de la objeción de conciencia son poco claros, no se aplican o no existen, esto puede suponer una carga para los trabajadores de la salud, incluso a la hora de enfrentarse a cuestiones relacionadas con su conciencia o su ética, provocar conflictos en el lugar de trabajo, dar lugar a que el personal no clínico intente invocar la objeción de conciencia, y socavar los modelos organizativos de la prestación de servicios de aborto.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

- La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad deben ser elementos centrales en la reglamentación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Los Estados que permiten la objeción de conciencia deben organizar su sistema de salud y la prestación de servicios de aborto de manera que se garantice que la objeción de conciencia no obstaculice el acceso a los servicios de aborto legalmente disponibles ni dé lugar a su denegación.
- Los Estados que permiten la objeción de conciencia deben regular su ejercicio, de manera que se reflejen las mejores prácticas clínicas internacionales, se proteja a las personas que desean abortar y se garantice que la negativa de los proveedores no socave ni obstaculice el acceso a un aborto de calidad.
- Toda persona tiene derecho a recibir información precisa sobre la salud sexual y reproductiva.
- Todas las personas tienen derecho a la privacidad y la confidencialidad en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas y a un acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

3.4 Aborto



La asistencia al aborto es necesaria tanto para el aborto provocado como para el espontáneo, incluidas las indicaciones clínicas como el aborto retenido y la muerte fetal intrauterina.

Las opciones de asistencia recomendadas son el tratamiento médico o la intervención quirúrgica mediante aspiración manual o eléctrica o la dilatación y evacuación. El método de aborto quirúrgico dependerá de la edad gestacional: generalmente, la aspiración al vacío antes de las 14 semanas de gestación y la dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas, pero hay flexibilidad en el uso de estos métodos entre las 12 y las 16 semanas. Las modalidades de aborto médico incluyen el uso secuencial de mifepristona seguido de misoprostol o, en entornos en que la mifepristona no está disponible (o está restringida para determinadas indicaciones clínicas), el uso de misoprostol por sí solo. También se dispone de un nuevo método médico alternativo, en particular el uso de letrozol en combinación con misoprostol.

En el caso del aborto retenido y de la muerte fetal intrauterina (véanse las secciones 3.4.5 y 3.4.6), además de las opciones de tratamiento médico y quirúrgico, puede ofrecerse como opción el tratamiento expectante con la condición de que se informe previamente a la mujer del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero (lo mismo se aplica en el caso del aborto incompleto, que se trata en la sección 3.5.2 sobre la atención posterior al aborto).

La atención médica del aborto para todas las indicaciones desempeña un papel decisivo a la hora de proporcionar un acceso más amplio a una atención para el aborto segura, eficaz y aceptable. Esto puede aumentar la disponibilidad y accesibilidad del aborto y la materialización del derecho a la salud sexual y reproductiva. En todos los entornos de recursos, la práctica del aborto médico ha contribuido a la ampliación de las funciones de los trabajadores de la salud, a un uso más eficiente de los recursos y a la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas derivadas de los abortos peligrosos. Además, el aborto médico, sobre todo en las primeras etapas del embarazo, puede practicarse ahora en el ámbito de la atención primaria y en régimen ambulatorio, o en una farmacia, lo que aumenta aún más el acceso a los servicios de aborto. La atención para el aborto médico reduce la necesidad de contar con proveedores de abortos quirúrgicos calificados y ofrece una opción no invasiva y sumamente aceptable y segura para las mujeres embarazadas. En virtud del derecho internacional de los

derechos humanos, los Estados deben proporcionar los medicamentos esenciales enumerados en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS, entre los que se encuentran los medicamentos para el aborto (46, párrafo 12a).

Las recomendaciones que se presentan a continuación abordan el tratamiento quirúrgico y médico del aborto. La aplicación de todas las recomendaciones de esta sección está supeditada a los valores y preferencias de las mujeres, a la aceptabilidad de cada intervención y a la disponibilidad de recursos para ofrecer el método elegido de forma segura. Debe tenerse en cuenta que la elección de un método para la gestión del aborto por parte de una mujer puede verse limitada o no ser aplicable si tiene contraindicaciones médicas para uno de los métodos. Las recomendaciones que figuran a continuación se refieren únicamente al método de aborto, y no deben interpretarse como una indicación de límites de edad gestacional para acceder al aborto.

3.4.1 Métodos de aborto quirúrgico

La prestación de la aspiración al vacío engloba la evaluación de la edad gestacional, la preparación del cuello uterino (si fuera necesario), el procedimiento propiamente dicho, el tratamiento del dolor, incluido el uso de un bloqueo paracervical, y la evaluación de la finalización del aborto mediante la inspección visual de los productos de la concepción. El personal de salud con conocimientos para realizar un examen pélvico bimanual para diagnosticar y fechar un embarazo, y para realizar un procedimiento transcervical como la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), puede estar capacitado para realizar la aspiración al vacío.

Los métodos recomendados para el aborto quirúrgico a edades gestacionales más avanzadas son la aspiración al vacío y la dilatación y evacuación. Aunque las recomendaciones de esta sección establecen diferencias antes y después de las 14 semanas de gestación, cabe señalar que existe flexibilidad en el uso de un método quirúrgico frente al otro entre las edades gestacionales de 12 y 16 semanas.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 23: Aspiración al vacío para el aborto provocado en edades gestacionales inferiores a 14 semanas

Para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas:

- a. Se recomienda** la aspiración al vacío.
- b. No se recomienda** la práctica de la dilatación y el legrado instrumental, incluida la verificación con cureta (es decir, para «completar» el aborto) después de la aspiración al vacío.

Observaciones:

- Los estudios observacionales indican que la aspiración al vacío se asocia con menos complicaciones que la dilatación y el legrado instrumental; en cambio, los ensayos controlados aleatorizados no eran suficientemente robustos como para detectar una diferencia en las tasas de complicaciones.
- No hay evidencia que apoye la verificación con cureta después de la aspiración al vacío.
- La calidad de la evidencia basada en ensayos controlados aleatorizados es de baja a moderada.

Fuente: Recomendación 1 trasladada de la OMS (2012) (19). Se ha revisado parte de la redacción y se ha cambiado el intervalo de edad gestacional de «hasta 12 a 14 semanas» a «antes de las 14 semanas».



Prestación de servicios. Recomendación 24: Aspiración al vacío para el aborto provocado en edades gestacionales inferiores a 14 semanas

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	Se encontró evidencia de certeza muy baja sobre la eficacia de esta opción para los componentes de la tarea (como la evaluación del tamaño uterino mediante exploración bimanual como parte de la realización de un aborto médico). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Estos profesionales realizan intervenciones transcervicales (por ejemplo, la inserción de un DIU) en algunos contextos. El grupo de expertos afirmó que los beneficios superan los posibles daños y que esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción importante del personal de salud.
Auxiliares de enfermería/ enfermeros auxiliares parteros	Se sugiere Condición: En contextos en que los mecanismos establecidos del sistema de salud permiten la participación de auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros en la prestación de atención obstétrica básica de urgencia, y en los que los sistemas de derivación y seguimiento son robustos.	Aunque no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, los beneficios superan cualquier posible daño. Se ha constatado que esta opción es factible, incluso a gran escala en entornos de bajos recursos, y tiene el potencial de reducir las inequidades al extender la atención para el aborto de calidad a las poblaciones rurales y subatendidas.
Enfermeros	Se recomienda	Se halló evidencia sobre la seguridad y eficacia (baja certeza) y sobre la satisfacción de las mujeres (baja certeza) con esta opción. Las mujeres suelen considerar que la atención que reciben de los enfermeros es más solidaria en comparación con otros trabajadores de la salud (evidencia de certeza moderada). Esta opción es factible y puede disminuir las inequidades al extender la atención para el aborto de calidad a las poblaciones subatendidas.
Parteros	Se recomienda	Esta tarea está reconocida como una competencia básica de la partería. ^a Se halló evidencia sobre la seguridad y la eficacia (certeza moderada) y sobre la satisfacción de las mujeres con la experiencia general del aborto (certeza baja) con esta opción. Las mujeres suelen considerar que la atención que reciben del personal de partería es más solidaria en comparación con otros trabajadores de la salud (evidencia de certeza moderada). Se ha constatado que esta opción es factible, incluso en entornos de recursos bajos.
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Se halló evidencia sobre la seguridad y eficacia (certeza moderada) y sobre la satisfacción de las mujeres con la experiencia general del aborto (baja certeza) con esta opción. Esta opción es factible en todos los entornos de recursos y puede disminuir las inequidades al extender la atención para el aborto de calidad a las poblaciones subatendidas.
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería y enfermeros auxiliares parteros mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, solo se mejoró la recomendación sobre los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, pasando de «se sugiere» a «se recomienda»; las recomendaciones relativas a todas las demás categorías de trabajadores de la salud se mantuvieron sin cambios. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre la aspiración al vacío para todas las indicaciones antes de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (I21)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

En un establecimiento de salud. Ambos tipos de aspiración al vacío pueden realizarse en un establecimiento de atención primaria y de forma ambulatoria.

CÓMO

Consideraciones sobre la aplicación

- Si bien la aspiración al vacío manual se utiliza más comúnmente y es más probable en los establecimientos de atención primaria, las capacidades requeridas para la aspiración al vacío eléctrica son similares, por lo que las recomendaciones anteriores se aplican a la realización de cualquiera de las dos formas de aspiración al vacío.
- La aspiración al vacío manual se utiliza en las primeras etapas del embarazo y en ausencia de acceso a una fuente estable de electricidad.
- La dilatación y el legrado instrumental deben sustituirse por la aspiración al vacío manual.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 25: Métodos de aborto quirúrgico en edades gestacionales a partir de las 14 semanas

Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas: **Se recomienda** la dilatación y evacuación.

Observación:

- La aspiración al vacío puede realizarse durante un procedimiento de dilatación y evacuación (es decir, con el fin de realizar una amniotomía o una extracción de tejido al final de la dilatación y evacuación).

Fuente: Recomendación 5 trasladada de la OMS (2012) (19). Se ha revisado la redacción para utilizar la expresión «se recomienda» con el fin de indicar que se trata de una recomendación firme, y se ha cambiado la edad gestacional de «más de 12 a 14 semanas» a «a partir de las 14 semanas» y se han eliminado los métodos médicos (los métodos médicos en edades gestacionales posteriores se tratan en la recomendación 29 de las directrices).



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 26: Dilatación y evacuación para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentosa ^a
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Se sugiere Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Se ha sugerido (recomendación débil) que este tipo de trabajadores realicen otros procedimientos transcervicales, como la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos, la aspiración al vacío y la inserción de un DIU (véanse las recomendaciones 20, 24 y 43). El grupo de expertos afirmó que esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción importante del personal de salud.
Parteros	Se sugiere Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Se ha recomendado que este tipo de trabajadores realicen otros procedimientos transcervicales, como la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos, la aspiración al vacío y la inserción de un DIU (véanse las recomendaciones 20, 24 y 43).
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se sugiere Condición: En contextos donde existan mecanismos establecidos en el sistema de salud para incluir a esos trabajadores de la salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la efectos de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos afirmó que los posibles beneficios superan los posibles daños y que esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto más allá de las 14 semanas de gestación.
Médicos generalistas	Se recomienda	No se encontró evidencia directa de la seguridad o la eficacia de esta opción en comparación con la asistencia por parte de médicos especialistas. No obstante, parece ser factible tanto en entornos de recursos altos como de bajos recursos donde es habitual el uso de la dilatación y evacuación. Estos médicos realizan habitualmente otros procedimientos quirúrgicos, como la cesárea, la aspiración al vacío y la ligadura de trompas. Los posibles beneficios de esta opción superan los daños. Es posible que no siempre haya un médico especialista disponible en el lugar, por lo que esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.
Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó, mediante la metodología GRADE, la evidencia relativa a los clínicos asociados/clínicos avanzados asociados (anteriormente solo se sugerían en el contexto de una investigación rigurosa), a los parteros y a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria (ambos previamente desaconsejados). Tras la revisión, las recomendaciones se mejoraron para todos ellos a una recomendación débil («se sugiere»). La edad gestacional también se modificó de «después de las 12 semanas» a «a partir de las 14 semanas» para ajustar esta recomendación a la recomendación 25 sobre este tema. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre la dilatación y evacuación para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

En un establecimiento de salud. El procedimiento puede realizarse de forma ambulatoria.

CÓMO

Consideraciones sobre la aplicación

- Para todos los proveedores, las capacidades necesarias para la práctica de la dilatación y evacuación son mayores que para una aspiración al vacío realizada en una fase anterior del embarazo y las necesidades de formación son, por tanto, mayores.
- La dilatación y evacuación incluye el uso de la aspiración al vacío, por lo que las capacidades y el conocimiento relativos a la aspiración al vacío son pertinentes para esta tarea.
- Los trabajadores de la salud que practican el aborto o que atienden a mujeres que se someten al aborto a partir de las 12 semanas de gestación pueden tener necesidades adicionales de apoyo profesional y de mentoría.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL ABORTO QUIRÚRGICO

- Los establecimientos, productos y servicios de salud deben estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de buena calidad. Esto significa que deben estar basados en la evidencia y ser científica y médicamente apropiados y estar actualizados.
- **ANTES DE LAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN:** Dado que la dilatación y el legrado instrumental causan dolor y sufrimiento a las mujeres y no se recomienda su uso, es incompatible con numerosos derechos humanos, incluido el derecho a la salud.
- **A PARTIR DE LAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN:** Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22)



Financiación de la salud (sección 1.4.2)



Productos básicos (sección 1.4.4)



Recomendaciones 11 a 15 sobre el tratamiento del dolor



3.4.2 Tratamiento médico del aborto provocado

El tratamiento médico del aborto espontáneo y del aborto provocado (tanto para embarazos viables como no viables) en edades gestacionales tempranas o avanzadas conlleva el uso de un régimen de administración de una dosificación única o de un régimen combinado de medicamentos que se utilizan en secuencia, con dosificaciones y vías de administración específicas.

Los medicamentos que se han utilizado durante varios decenios para el aborto médico son la mifepristona en combinación con el misoprostol, o el misoprostol por sí solo. Al igual que la mifepristona, el letrozol puede utilizarse en combinación con el misoprostol para el aborto médico en edades gestacionales tempranas. El letrozol es un inhibidor selectivo de la aromatasa de tercera generación.

Su mecanismo de acción consiste en la supresión de los niveles de estrógenos, lo que modifica la concentración del receptor de progesterona, provocando así la pérdida del embarazo.

El aborto médico es un proceso que tiene lugar durante un periodo de hasta varios días, en lugar de ser un procedimiento puntual. Además del suministro de información (incluidas las razones para solicitar atención urgente en cualquier momento del proceso), el aborto médico incluye los siguientes componentes o subtareas, a saber:

- i. la valoración de la idoneidad para someterse a un aborto médico (diagnóstico y fechado del embarazo, descarte de contraindicaciones médicas);
- ii. la administración de los medicamentos abortivos con instrucciones sobre su uso adecuado y el tratamiento de los efectos secundarios habituales;
- iii. la evaluación de si el proceso de aborto ha tenido un resultado satisfactorio y si se requiere alguna otra intervención.

Si bien es posible que un único trabajador de la salud preste todo el servicio de atención para el aborto médico, también cabe la posibilidad de que distintos trabajadores de la salud realicen las diferentes subtareas y que se lleven a cabo en distintos lugares, incluso a distancia. Además, dada la naturaleza del proceso de aborto médico, también es posible que las mujeres gestionen el proceso por sí mismas fuera de un establecimiento de atención de salud (por ejemplo, en el hogar), con apoyo si es necesario o cuando se necesite. Estos enfoques de autoevaluación y autogestión pueden empoderar a las mujeres y ayudar a seleccionar la asistencia, lo que conduce a un uso más centrado en la mujer y más óptimo de los recursos sanitarios.

Vías de administración del misoprostol utilizado para el aborto médico:

- Oral: las píldoras se tragan inmediatamente.
- Bucal: las píldoras se colocan entre la mejilla y la encía y se van disolviendo durante 20 a 30 minutos.
- Sublingual: las píldoras se colocan debajo de la lengua y se van disolviendo durante 30 minutos.
- Vaginal: las píldoras se colocan en la vagina.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 27: Tratamiento médico del aborto provocado en edades gestacionales inferiores a 12 semanas

Para el aborto médico antes de las 12 semanas:

- a. **Se recomienda** el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después por 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal. El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.*
- b. Cuando se utilice únicamente misoprostol: **Se recomienda** el uso de 800 µg de misoprostol administrado por vía bucal, sublingual o vaginal.*
- c. **(NUEVA) Se sugiere** la utilización de un régimen combinado de letrozol más misoprostol (letrozol 10 mg por vía oral cada día durante tres días, seguido de misoprostol 800 µg por vía sublingual el cuarto día) como una opción segura y eficaz.**

Observaciones:

- La evidencia de los estudios clínicos demuestra que el régimen combinado (recomendación 27a) es más eficaz que el misoprostol por sí solo.
- Se incluyen todas las vías como opciones para la administración de misoprostol, en consideración a la preferencia de la paciente y del proveedor.
- El régimen combinado sugerido de letrozol más misoprostol puede ser seguro y eficaz hasta las 14 semanas de gestación.

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

** Se necesitan más estudios para determinar la seguridad, eficacia y aceptabilidad del régimen combinado de letrozol más misoprostol a edades gestacionales más avanzadas, especialmente en comparación con el régimen combinado de mifepristona más misoprostol (el examen de la evidencia disponible se centró en la comparación con el uso exclusivo de misoprostol).

Fuente: Las recomendaciones 27a y 27b se trasladaron de la OMS (2018), donde eran la recomendación 3a (120). La recomendación 27c es nueva.

Fundamentos de la recomendación 27c (régimen combinado de letrozol más misoprostol)

Se realizó una revisión sistemática para evaluar la eficacia, seguridad y aceptabilidad de los métodos de aborto médico alternativos a los tratamientos convencionales con mifepristona y/o misoprostol. En la búsqueda bibliográfica se hallaron siete estudios en que se informaba sobre la combinación de letrozol más misoprostol (intervención) frente a misoprostol solo (comparación) para el aborto médico. No se encontraron estudios en que se comparara la combinación de letrozol y misoprostol con la combinación de mifepristona y misoprostol. Los estudios se realizaron en China, Egipto y la República Islámica del Irán. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para la decisión sobre nuevos métodos médicos para el aborto) se presenta un resumen de la evidencia.

En general, la evidencia favorecía la intervención. El uso de letrozol en combinación con misoprostol mostró menores tasas de continuación del embarazo y mayores tasas de aborto efectivo, basándose en pruebas de baja a muy baja certeza. Además, hubo un menor número de mujeres que experimentaron efectos secundarios, basándose en evidencia de certeza moderada.

El debate sobre la relación entre costo y eficacia, la equidad, la viabilidad y la aceptabilidad fue favorable a la intervención. El uso habitual de letrozol para la infertilidad y el tratamiento del cáncer lo hace más accesible que la mifepristona en ciertas partes del mundo. Además, el bajo costo del letrozol es otro factor que contribuye a convertirlo en un método alternativo para el aborto médico.



QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 28: Tratamiento médico del aborto provocado en edades gestacionales inferiores a 12 semanas*, en su totalidad o en parte (es decir, realizando todas o algunas de las subtareas; véase la lista al comienzo de la sección 3.4.2) utilizando mifepristona más misoprostol, o solamente misoprostol[‡]

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Agentes de salud comunitarios	Se recomienda	Se encontró evidencia sobre la seguridad, eficacia y aceptabilidad de esta opción, para las tres subtareas del aborto médico (certeza moderada). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a La evidencia indirecta también demostró la viabilidad y la aceptabilidad de que los agentes de salud comunitarios faciliten la evaluación de la idoneidad y el resultado.
Empleados de farmacia	Se recomienda	Se encontró evidencia limitada sobre la seguridad, eficacia, aceptabilidad o viabilidad de esta opción (estudios no comparativos). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Se utilizó evidencia indirecta sobre los agentes de salud comunitarios para apoyar la viabilidad de esta opción.
Farmacéuticos	Se recomienda	Aunque no se encontró evidencia suficiente sobre la seguridad, la eficacia y la aceptabilidad de que los farmacéuticos realicen las tres subtareas del aborto médico, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a La dispensación de medicamentos con receta médica está dentro de su ámbito de actuación habitual. El grupo de expertos afirmó que, con ayuda de herramientas para evaluar la idoneidad y los resultados, sería factible que los farmacéuticos realizaran las tres subtareas del aborto médico.
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	Se halló evidencia sobre la seguridad y eficacia de esta opción, y sobre la satisfacción de las mujeres con este tipo de proveedores y los servicios que prestan (certeza muy baja). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a El grupo de expertos afirmó que los beneficios superan cualquier posible daño y que esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción importante del personal de salud.
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se recomienda	Se halló evidencia sobre la seguridad y eficacia de esta opción (certeza moderada). Esta opción es factible y ya se está aplicando en algunos entornos de recursos bajos.
Enfermeros	Se recomienda	Se halló evidencia sobre la seguridad y eficacia de esta opción, y sobre la satisfacción de las mujeres con los servicios de aborto con esta opción (certeza moderada).
Parteros	Se recomienda	Se halló evidencia sobre la seguridad y eficacia de esta opción (certeza moderada). Hay más mujeres satisfechas con el proveedor cuando son los parteros quienes practican el aborto médico (evidencia de certeza moderada). Esta opción es factible y ya se está aplicando en varios países.

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	No se encontró evidencia directa suficiente sobre la eficacia de que estos clínicos lleven a cabo componentes de la tarea, por ejemplo, la evaluación de la edad gestacional como parte de la realización de la aspiración al vacío manual. También se encontró evidencia de que los tipos de trabajadores de la salud con una formación básica similar o menos completa (por ejemplo, parteros, enfermeros, enfermeros auxiliares parteros) pueden practicar el aborto médico de forma segura y eficaz (certeza moderada). Esta opción es factible y el potencial para ampliar el acceso a poblaciones desatendidas es alto.
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.
El individuo/la propia persona		
Mujer, niña u otra persona embarazada	Se recomienda	Véase la recomendación 50 en la sección 3.6.2 para conocer los fundamentos, las observaciones y las consideraciones sobre la aplicación de esta recomendación y para obtener más información sobre los enfoques de autogestión.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó, mediante la metodología GRADE, la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria (que anteriormente solo se recomendaban en contextos con mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos agentes de salud en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva), los farmacéuticos (que anteriormente solo se sugerían en el contexto de una investigación rigurosa), los empleados de farmacia (que anteriormente no se recomendaban), los agentes de salud comunitarios (que anteriormente solo se sugerían en el contexto de una investigación rigurosa) y el individuo/la persona (autogestión; que anteriormente se sugería). Tras la revisión, las recomendaciones se mejoraron para todas esas categorías de trabajadores de la salud, que pasaron a «se recomienda», incluidas las tres subtareas de esta intervención. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre el aborto médico antes de las 12 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (12)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

* La evidencia disponible para la práctica autónoma del aborto con medicamentos por personas que no son médicos se refiere a embarazos de hasta 10 semanas (70 días).

† Para esta recomendación, la evidencia disponible sobre los tratamientos para el aborto con medicamentos incluía mifepristona más misoprostol, o solamente misoprostol (no se incluyó el tratamiento con letrozol).

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto al lugar (dentro o fuera del establecimiento).

CÓMO

Consideraciones sobre la aplicación

- No es imprescindible que la persona que practique el aborto médico esté también capacitada y sea competente en la realización de la aspiración al vacío.
- Es posible que haya que modificar las restricciones sobre la facultad de prescripción y dispensación para algunas categorías de trabajadores de la salud dentro del marco normativo del sistema de salud, o establecer otros mecanismos para que estos proveedores puedan poner los medicamentos a disposición de las personas que desean abortar.
- Debe garantizarse la privacidad en todos los entornos, en particular en los lugares donde puede resultar difícil disponer de un espacio privado (por ejemplo, las farmacias).
- Se pueden utilizar herramientas de apoyo para evaluar la idoneidad y el resultado (por ejemplo, pruebas de embarazo de alta sensibilidad, listas de comprobación).

- Existen diversos modelos de prestación de servicios para facilitar el proceso de aborto médico, como la telemedicina o la extensión comunitaria (véase la sección 3.6.1).
- Deben establecerse mecanismos para garantizar el acceso a medicamentos de calidad. El desarrollo de instrumentos como las pruebas diagnósticas en el lugar de consulta para evaluar la calidad podría ayudar tanto a los empleados de farmacia como a la persona.
- Es importante señalar que, al igual que con todos los demás medicamentos, los empleados de farmacia deben dispensar la mifepristona y el misoprostol según lo indicado en la receta.
- La persona que se somete a un aborto médico debe tener acceso o ser derivada a la atención de emergencia en caso de que sea necesario.
- Como parte del entorno propicio, los trabajadores de la salud deben reconocer la autogestión como vía legítima de atención para el aborto y adaptar los sistemas de salud para facilitar y apoyar a las mujeres en su autogestión del aborto, por ejemplo, adaptando los protocolos clínicos.
- Deben establecerse mecanismos para garantizar el acceso o la derivación a los servicios de anticoncepción posteriores al aborto y el suministro de anticonceptivos a las mujeres que los deseen.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 29: Tratamiento médico del aborto provocado a partir de las 12 semanas de gestación

Para el aborto médico a partir de las 12 semanas:

- Se sugiere** el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de 400 µg de misoprostol administrado por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas.*† El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.
- Cuando se utilice únicamente misoprostol: **Se sugiere** el uso repetido de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas.*†

Observaciones:

- El tratamiento combinado (recomendación 29a) es más eficaz que el uso de misoprostol por sí solo.
- La evidencia apunta a que la vía vaginal es la más efectiva. Al considerar las preferencias de la paciente y del proveedor, se propone la inclusión de todas las vías.
- El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra forma.

* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.

† La dosis de misoprostol debe reducirse para el aborto provocado a partir de las 24 semanas debido a la escasez de datos. Se debe utilizar el juicio clínico para determinar la dosis adecuada, reconociendo la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.

Fuente: Recomendación 3b trasladada de la OMS (2018) (120).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 30: Tratamiento médico del aborto provocado a partir de las 12 semanas de gestación

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ⁸ Además, se ha recomendado que estos profesionales faciliten el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (recomendación 28). El potencial para aumentar el acceso equitativo a los servicios de aborto de calidad en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción significativa del personal de salud es elevado.
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ⁸ Además, se ha recomendado que estos profesionales faciliten el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (recomendación 28). Esta opción es factible aceptable y puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.
Enfermeros	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de que los enfermeros presten esta intervención en su conjunto, estos trabajadores de la salud a menudo se encargan del seguimiento y la atención de las mujeres desde el momento de la administración de misoprostol hasta la finalización del aborto. Las mujeres suelen considerar más aceptable la atención para el aborto proporcionada por los enfermeros (evidencia de certeza moderada).
Parteros	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de que los parteros presten esta intervención en su conjunto, estos trabajadores de la salud a menudo se encargan del seguimiento y la atención de las mujeres desde el momento de la administración de misoprostol hasta la finalización del aborto. Las mujeres suelen considerar más aceptable la atención para el aborto proporcionada por el personal de partería (evidencia de certeza moderada).
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico adecuado y a una infraestructura adecuada para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, estos profesionales clínicos realizan habitualmente tareas de complejidad similar, como la aspiración al vacío y la extracción manual de la placenta (138). Este tipo de personal clínico suele existir en los establecimientos de nivel superior donde se presta atención en la gestación avanzada. Es posible que no siempre haya un médico especialista capacitado en un establecimiento de nivel superior y la posibilidad de mantener los servicios para edades gestacionales avanzadas aumenta cuando hay más de un proveedor capacitado en el establecimiento.
Médicos generalistas	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, los médicos generalistas realizan habitualmente tareas de complejidad similar o superior (por ejemplo, partos, extracciones manuales de la placenta, aspiración al vacío). Los posibles beneficios de esta opción superan los daños y la intervención ha demostrado ser viable en varios entornos. Es posible que no siempre haya un médico especialista disponible en el lugar y, por tanto, esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual ^b , por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación existente para la que se revisó la evidencia relativa a todos los trabajadores de la salud mediante la metodología GRADE, excepto para los médicos especialistas y generalistas, cuya intervención ya se recomendaba firmemente. Tras la revisión, las recomendaciones se mejoraron para los profesionales de la medicina tradicional y complementaria y los auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros, que pasaron de «no se recomienda» a «se sugiere» con condiciones especificadas. Para todas las demás categorías de trabajadores de la salud que se revisaron, las recomendaciones se mantienen sin cambios. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la decisión sobre el aborto médico a partir de las 12 semanas) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, que proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

El aborto médico para embarazos a partir de las 12 semanas de gestación se ha practicado e investigado como un procedimiento que se realiza en establecimientos médicos y durante el cual las mujeres deben permanecer bajo observación hasta que se complete el proceso.

CÓMO

Consideración sobre la aplicación

- Los trabajadores de la salud que practican el aborto o que atienden a mujeres que se someten al aborto a partir de las 12 semanas de gestación pueden tener necesidades adicionales de apoyo profesional y de mentoría.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL ABORTO MÉDICO

- Toda persona tiene derecho a la intimidad y la confidencialidad en la atención relativa a la salud sexual y reproductiva.
- La legislación sobre el aborto debe estar fundamentada en los derechos humanos y en la evidencia.
- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.
- Todas las personas tienen derecho al progreso científico y derecho a la salud, lo que exige la disponibilidad y accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad del aborto médico. Esto implica que los Estados deben garantizar el acceso a medicamentos abortivos y que las normas y directrices basadas en la evidencia para ofrecer y proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva *deben i) estar en vigor y ii) actualizarse periódicamente para incorporar los avances médicos.*

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22)



Suministro de información y orientación (secciones 3.2.1 y 3.2.2)



Determinación de la edad gestacional (sección 3.3.5)



Tratamiento del dolor en el aborto (sección 3.3.6)



Autogestión del aborto médico (sección 3.6.2)

3.4.3 Aborto retenido

El aborto retenido se produce cuando el embarazo deja de desarrollarse y el embrión/feto/tejido embrionario o el saco gestacional vacío permanecen en el útero y el orificio cervical se cierra. Los síntomas pueden incluir dolor, sangrado o ningún síntoma en absoluto. Si se realiza una ecografía, esta puede mostrar un embrión o un feto sin actividad cardíaca o lo que parece ser un embarazo en desarrollo temprano, donde solo se ve un saco lleno de líquido dentro del útero (151). El tratamiento médico, quirúrgico (aspiración al vacío) o expectante son las opciones para manejar un aborto retenido.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 31 (NUEVA):

Tratamiento médico del aborto retenido a edades gestacionales inferiores a 14 semanas

Para los casos de aborto retenido antes de las 14 semanas, en personas que prefieren el tratamiento médico:

Se recomienda la administración de una combinación de mifepristona y misoprostol en lugar de misoprostol por sí solo.

- Posología recomendada: 200 mg de mifepristona administrados por vía oral, seguidos de 800 µg de misoprostol administrados por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual).*
- Posología alternativa: 800 µg de misoprostol administrados por cualquier vía (bucal, vaginal o sublingual).‡

Observaciones:

- La decisión sobre el método de tratamiento (expectante, médico o quirúrgico) del aborto retenido debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento.
- El tratamiento expectante puede ofrecerse como opción con la condición de que la mujer, niña u otra persona embarazada sea informada del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero.
- El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra forma.

* El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.

‡ Si se utiliza el tratamiento alternativo (misoprostol en solitario), debe tenerse en cuenta que a edades gestacionales de hasta nueve semanas, la evidencia muestra que la repetición de la dosis de misoprostol es más eficaz para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.

Fundamentos

Se realizó una revisión sistemática para responder a esta pregunta clave. En la estrategia de búsqueda se hallaron 20 estudios sobre el tratamiento del aborto retenido. Estos estudios se realizaron en Alemania, China, los Estados Unidos, la India, Israel, Malasia, el Pakistán, el Reino Unido, Suecia, Tailandia y el Yemen. En el material suplementario 2 (Marco de evidencia para el tratamiento médico del aborto retenido antes de las 14 semanas) se presenta un resumen de la evidencia. De estos estudios, se evaluaron 19 que incluían una de las siguientes comparaciones:

- una combinación de mifepristona y misoprostol en comparación con misoprostol solo;
- el tratamiento médico en comparación con el tratamiento expectante;
- el tratamiento quirúrgico en comparación con el tratamiento médico/expectante.

El tratamiento médico en comparación con el tratamiento expectante produjo tasas más bajas de embarazo en curso y tasas más altas de eficacia del aborto (evacuación uterina sin intervención quirúrgica), según las pruebas de moderada a alta certeza. Si se compara esta pauta combinada con el misoprostol a solas, la pauta combinada produjo tasas más elevadas de eficacia del aborto. Esta recomendación se basa en evidencia de certeza moderada. Las complicaciones y los efectos secundarios también fueron menores, según evidencia de moderada a alta certeza. Las mujeres expresaron mayor satisfacción con la pauta combinada de mifepristona y misoprostol, según evidencia de alta certeza. El tratamiento quirúrgico en comparación con el tratamiento médico y expectante produjo tasas más elevadas de eficacia del aborto, según evidencia de baja a moderada certeza. En el debate sobre los valores y las preferencias de las mujeres se destacó la importancia de ofrecerles la posibilidad de elegir entre los tres tipos de tratamiento. En cuanto al tratamiento médico, el grupo de expertos determinó que, dada la variedad de tratamientos presentados en los estudios incluidos, pueden aplicarse los métodos recomendados y sugeridos para el aborto provocado hasta las 12 semanas de gestación (véase la recomendación 27).

QUIÉN

En cuanto a quién se recomienda el tratamiento médico del aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación, véase la recomendación 28 sobre el tratamiento médico del aborto provocado en edades gestacionales inferiores a 12 semanas.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DEL ABORTO RETENIDO

- Todas las personas tienen derecho a la intimidad y la confidencialidad en la atención relativa a la salud sexual y reproductiva.
- La legislación sobre el aborto debe estar fundamentada en los derechos humanos y en la evidencia.
- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.
- Todas las personas tienen derecho al progreso científico y derecho a la salud, lo que exige la disponibilidad y accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad del aborto médico. Esto implica que los Estados deben garantizar el acceso a medicamentos abortivos y que las normas y directrices basadas en la evidencia para ofrecer y proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva deben *i)* estar en vigor y *ii)* actualizarse periódicamente para incorporar los avances médicos.

Para más información y fuentes, véanse el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.4.4 Muerte fetal intrauterina

La muerte fetal se refiere a las situaciones en las que el feto ya no está vivo, pero el útero aún no ha comenzado a expulsar su contenido y el orificio cervical permanece cerrado (152). El diagnóstico se realiza mediante ecografía tras la manifestación de signos, que pueden incluir hemorragia vaginal, la ausencia de ruidos cardíacos fetales en la auscultación electrónica, la falta de percepción de movimientos fetales o un útero significativamente más pequeño de lo esperado (152). El tratamiento de la muerte fetal intrauterina puede ser expectante, quirúrgico (dilatación y evacuación) o médico.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 32: Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina a edades gestacionales de entre 14 y 28 semanas

Para el tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina entre las 14 y 28 semanas: **Se sugiere** la administración de una combinación de mifepristona y misoprostol en lugar de misoprostol por sí solo.

- Posología propuesta: 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después de dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas.** El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.
- Posología alternativa: dosis repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas.**

Observaciones:

- La evidencia de los estudios clínicos indica que el tratamiento combinado es más eficaz que la administración de misoprostol por sí solo.
- El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra forma.

* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.

‡ La dosis de misoprostol debe reducirse para la muerte fetal intrauterina a partir de las 28 semanas debido a los limitados datos. Debe utilizarse el criterio clínico para determinar la dosis adecuada, reconociendo la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas..

Fuente: Recomendación 2 trasladada de la OMS (2018) (120). Se ha revisado la redacción para que coincida con la utilizada en la recomendación 31 sobre el aborto retenido.



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 33 (NUEVA): Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina entre las 14 y 28 semanas

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico y a una infraestructura adecuados para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Además, se ha recomendado que estos sean los profesionales que se ocupen de proporcionar el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (recomendación 28). El grupo de expertos afirmó que el potencial para aumentar el acceso equitativo a los servicios de aborto de calidad en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción significativa del personal de salud es elevado.
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico y a una infraestructura adecuados para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa de la seguridad, la eficacia o la aceptabilidad de esta opción, los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Además, se ha recomendado que estos sean los trabajadores de la salud que se ocupen de proporcionar el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación (recomendación 28). El grupo de expertos afirmó que esta opción es factible y aceptable y puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.
Enfermeros	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico y a una infraestructura adecuados para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente sobre la seguridad y la eficacia de esta opción, estos trabajadores de la salud suelen ser responsables del seguimiento y la atención de las mujeres desde el momento de la administración del misoprostol hasta la finalización del aborto. Las mujeres suelen considerar más aceptable la atención para el aborto proporcionada por los enfermeros en comparación con otros trabajadores de la salud (evidencia de certeza moderada).
Parteros	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico y a una infraestructura adecuados para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, estos trabajadores de la salud suelen ser responsables del seguimiento y la atención de las mujeres desde el momento de la administración del misoprostol hasta la finalización del aborto. Las mujeres suelen considerar más aceptable la atención para el aborto proporcionada por los parteros en comparación con otros trabajadores de la salud (evidencia de certeza moderada).
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se sugiere Condición: En contextos en que se dispone de un acceso establecido y fácil a un soporte quirúrgico y a una infraestructura adecuados para tratar el aborto incompleto u otras complicaciones.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, estos profesionales clínicos realizan habitualmente tareas de complejidad similar, como la aspiración al vacío y la extracción manual de placentas (138). Este tipo de personal clínico suele estar disponible en los centros de mayor nivel donde se presta atención en la gestación avanzada. Es posible que no siempre haya un médico especialista capacitado en un centro de nivel superior y la posibilidad de mantener los servicios para edades gestacionales avanzadas aumenta cuando hay más de un proveedor capacitado en el establecimiento.
Médicos generalistas	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, estos profesionales realizan habitualmente tareas de complejidad similar o superior (por ejemplo, partos, extracciones manuales de la placenta, aspiración al vacío). Los posibles beneficios de esta opción superan los daños, y la intervención ha demostrado ser viable en varios entornos. Es posible que no siempre haya un médico especialista disponible y, por lo tanto, esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.
Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^a por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Nota: Esta es una recomendación nueva. En las directrices de la OMS de 2015 sobre las funciones del personal sanitario (23), no constaba ninguna recomendación específica sobre el tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina, pero sí se incluyó una recomendación acerca de los servicios clínicos para esta intervención en la directriz de la OMS de 2018, titulada *Tratamiento médico del aborto* (120). Debido a la falta de evidencia directa sobre este tema y a la similitud entre las dos tareas, se aplicó aquí la recomendación 30 sobre el aborto médico a partir de las 12 semanas de gestación. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para el tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, donde se proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

El aborto médico para embarazos a partir de las 12 semanas de gestación se ha practicado e investigado como un procedimiento que se realiza en establecimientos médicos y durante el cual las mujeres deben permanecer bajo observación hasta que este se complete.

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Cualquier regulación en torno a la gestión/eliminación de los restos del embarazo y los certificados de nacimiento o de defunción no debe suponer una carga o una violación de la confidencialidad para las mujeres ni los proveedores.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA

- Todas las personas tienen derecho a la intimidad y la confidencialidad en la atención relativa a la salud sexual y reproductiva.
- La legislación sobre el aborto debe estar cimentada en los derechos humanos y en la evidencia.
- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.
- Todas las personas tienen derecho al progreso científico y derecho a la salud, lo que exige la disponibilidad y accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad del aborto médico. Esto implica que los Estados deben garantizar el acceso a medicamentos abortivos y las normas y directrices basadas en la evidencia para ofrecer y proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva deben *i)* estar en vigor y *ii)* actualizarse periódicamente para incorporar los avances médicos.

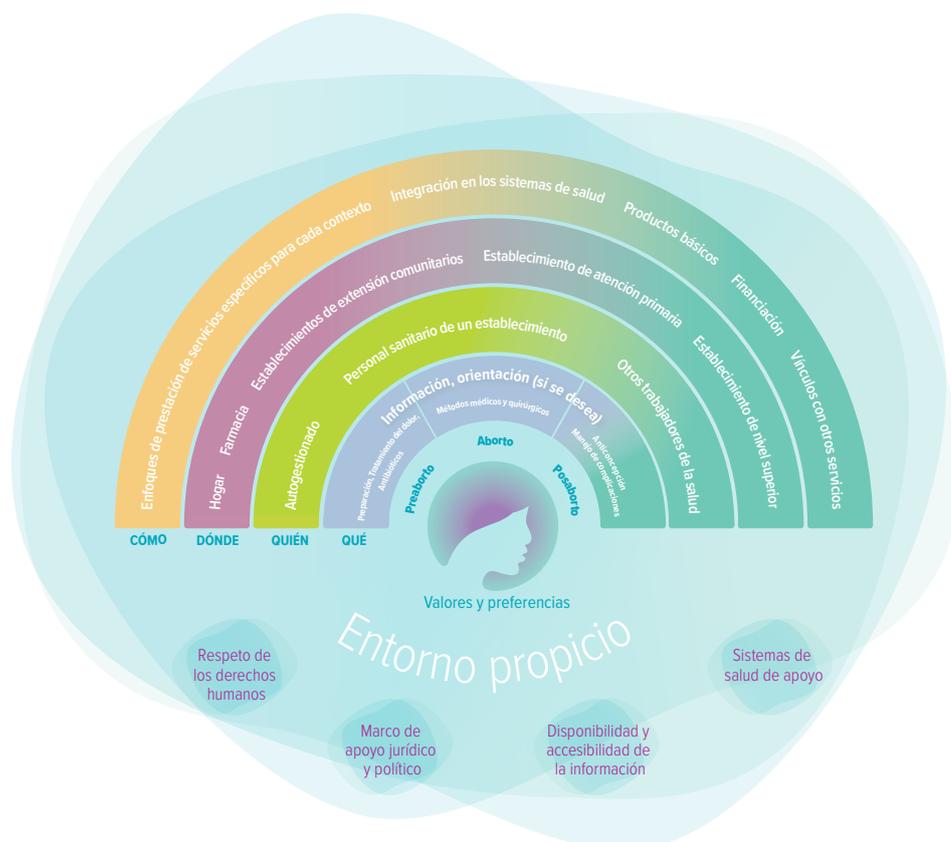
Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21 y 22)

3.5 Posaborto



El periodo posaborto es la tercera y última parte del proceso continuo de la atención al aborto. La atención después de un aborto incluye alguno o todos los elementos siguientes, según sea necesario o se desee: una revisión opcional de seguimiento, el tratamiento de los efectos secundarios residuales o las complicaciones y los servicios de anticoncepción. Cuando se realiza de forma segura, las complicaciones del aborto son poco frecuentes, pero pueden incluir un aborto incompleto, hemorragias, infecciones, perforación uterina, complicaciones relacionadas con la anestesia y rotura uterina. De conformidad con la legislación internacional sobre derechos humanos y las mejores prácticas médicas, siempre debe ofrecerse atención después de un aborto, independientemente de que la práctica esté restringida en determinados entornos.

3.5.1 Atención de seguimiento después del aborto

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

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

- evaluar cómo se está recuperando e indagar sobre cualquier signo o síntoma de embarazo en curso;
- revisar todos los historiales médicos y documentos de derivación disponibles;
- preguntar sobre los síntomas experimentados desde el procedimiento;
- realizar un examen físico específico si es necesario para evaluar cualquier queja; y
- evaluar los objetivos de fertilidad de la paciente y la necesidad de servicios anticonceptivos.
 - Si no se proporcionó ni se inició ningún método anticonceptivo en el momento del aborto, es necesario proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, ofrecer asesoramiento y prestar los servicios necesario en la materia, si así lo desea la mujer.
 - Si ya ha empezado a utilizar un método anticonceptivo, es necesario evaluarlo y resolver cualquier duda o reabastecer los suministros requeridos (122).

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 34: Atención de seguimiento o servicios adicionales después del aborto

Después de un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones: **Se recomienda** que no hay necesidad médica de realizar una visita de seguimiento sistemáticamente. No obstante, debe proporcionarse información sobre la disponibilidad de servicios adicionales en caso de que se necesiten o se deseen.

Observaciones:

- Las mujeres, las niñas y otras personas embarazadas deben ser informadas adecuadamente sobre los síntomas del embarazo en curso (que pueden indicar o no el fracaso del aborto) y otras razones médicas para volver para un seguimiento, como el sangrado abundante prolongado, la ausencia de sangrado con el tratamiento médico del aborto, el dolor que no se alivia con la medicación o la fiebre.
- La calidad de la evidencia es baja (estudios observacionales y evidencia indirecta).

Fuente: Recomendación 9 actualizada de la OMS (2012) (19).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta era una recomendación ya existente para la cual se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada, pero no se aplicó la metodología GRADE. Se revisó la redacción de la recomendación para eliminar la pauta abortiva con medicamentos que se mencionaba (esta recomendación se aplica ahora a todos los métodos y tratamientos abortivos, véase la sección 3.4) y utilizar «se recomienda» para dejar claro que se trata de una recomendación firme.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO

- Con independencia de que el aborto sea legal, los Estados deben garantizar el acceso a la atención posterior al aborto cuando sea necesario.
- La atención después de un aborto debe ofrecerse de forma confidencial, incluso si el aborto es ilegal.
- La atención después de un aborto debe estar disponible sin la amenaza de medidas penales o punitivas. Los Estados no deben exigir a los trabajadores de la salud que denuncien a las personas sospechosas de haber llevado a cabo un aborto ilegal ni exigirles que proporcionen información alguna que pudiera incriminarles mientras reciben atención después de un aborto o como requisito para obtenerla.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.5.2 Aborto incompleto

El aborto incompleto se define por la presencia clínica de un orificio cervical abierto y una hemorragia, lo que indica que no se han expulsado del útero todos los productos de la concepción, o que los productos expulsados no se corresponden con la duración estimada del embarazo. Los síntomas más comunes son el sangrado vaginal y el dolor abdominal. El aborto incompleto sin complicaciones puede producirse tras un aborto provocado o espontáneo; el tratamiento en ambos casos es el mismo. El tratamiento del aborto incompleto puede ser expectante, médico o quirúrgico (aspiración al vacío). El tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones con aspiración al vacío (cuando el tamaño del útero es inferior a 14 semanas) incluye el reconocimiento de la condición, la evaluación del tamaño del útero, el procedimiento en sí y el tratamiento del dolor.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendaciones 35 y 36: Tratamiento del aborto incompleto

35. Para el aborto incompleto antes de las 14 semanas: **Se recomienda** la aspiración al vacío o el tratamiento médico.

36a. Para el tratamiento médico del aborto incompleto con un tamaño uterino inferior a 14 semanas: **Se sugiere** el uso de 600 µg de misoprostol administrados por vía oral o 400 µg de misoprostol administrados por vía sublingual.

36b. Para el tratamiento médico del aborto incompleto con un tamaño uterino superior a 14 semanas:

Se recomienda el uso repetido de 400 µg de misoprostol administrado por vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas*.

Observaciones:

- La decisión sobre el método de tratamiento del aborto incompleto debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento.
- El tratamiento expectante del aborto incompleto puede ser tan eficaz como el misoprostol; puede ofrecerse como opción con la condición de que la mujer, niña u otra persona embarazada sea informada del mayor tiempo de expulsión del tejido del embarazo y del mayor riesgo de vaciado incompleto del útero.
- La recomendación 35 se ha extrapolado de las investigaciones realizadas en mujeres que habían declarado haber sufrido un aborto espontáneo.

* La administración de misoprostol puede repetirse en el intervalo indicado según sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. Hasta la edad gestacional de 14 semanas, los proveedores de salud deben ser cautelosos y utilizar su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en personas embarazadas con incisión uterina previa. La ruptura uterina es una complicación poco frecuente; el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para la gestión de emergencia de la ruptura uterina deben considerarse en periodos gestacionales más avanzados.

Fuente: Recomendación 35 trasladada de la OMS (2012), donde era la recomendación 10 (19). Se ha revisado la redacción para modificar la edad gestacional de «13 semanas o menos» a «antes de 14 semanas» (< 14 semanas). Las recomendaciones 36a y 36b se trasladaron de la OMS (2018), donde eran las recomendaciones 1A y 1B (120). También se han actualizado las edades gestacionales para cambiar el punto de corte de 13 a 14 semanas.



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 37: Tratamiento médico del aborto incompleto sin complicaciones con misoprostol antes de las 14 semanas de gestación

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Agentes de salud comunitarios	Se recomienda	No se encontró evidencia directa para esta opción, pero sí alguna evidencia indirecta de que los agentes de salud comunitarios pueden utilizar herramientas sencillas y listas de verificación para determinar la edad gestacional (a partir de la historia de la paciente), y para evaluar la elegibilidad y el resultado del aborto médico (certeza baja a moderada). Los agentes de salud comunitarios suelen participar en el asesoramiento de las mujeres que solicitan atención para el aborto (evidencia de certeza moderada). En general, la intervención de los agentes de salud comunitarios es aceptable y ha demostrado ser factible en muchos contextos. Las capacidades y los conocimientos para esta tarea necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a
Empleados de farmacia Farmacéuticos	Se recomienda	Si bien no se encontró suficiente evidencia de la seguridad y la eficacia de esta opción, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Además, las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol son similares a las requeridas para la prestación del aborto médico antes de las 12 semanas, que es una tarea recomendada para estos trabajadores de la salud (véase la recomendación 28).
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	Se encontró evidencia de la seguridad y la eficacia de los abortos médicos realizados por estos profesionales en edades gestacionales inferiores a las 12 semanas (certeza baja), y las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol son similares. Además, las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a
Auxiliares de enfermería/ enfermeros auxiliares parteros	Se recomienda	Se encontró evidencia de la seguridad y la eficacia de los abortos médicos realizados por estos profesionales de la salud en edades gestacionales inferiores a las 12 semanas (certeza media), y las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol son similares.
Enfermeros	Se recomienda	Se encontró evidencia indirecta de la seguridad, la eficacia y la aceptabilidad de los abortos médicos realizados por enfermeros (certeza media), y las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol son similares. Esta opción es factible y puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.
Parteros	Se recomienda	Se encontró evidencia de la seguridad y eficacia de esta opción en un entorno de bajos recursos (certeza media a alta). La satisfacción general de las mujeres con el proveedor fue alta cuando los parteros se ocupaban del tratamiento del aborto incompleto (evidencia de certeza media). Esta opción es factible y puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto.
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Se encontró evidencia indirecta de certeza media de la seguridad y la eficacia del tratamiento médico para el aborto incompleto realizado por personal de partería y también se encontró evidencia de certeza media de la seguridad y la eficacia de los abortos médicos realizados por tipos de trabajadores de la salud con una capacitación básica similar o menos completa. Además, se encontró evidencia directa de que estos profesionales pueden evaluar la edad gestacional (según el tamaño uterino) como parte del procedimiento de aspiración manual al vacío. Esta opción es factible y el potencial para aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto es alto.
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria (antes «se sugiere»), a los farmacéuticos y a los empleados de farmacia (ambos antes «no se recomienda») y a los agentes de salud comunitarios (antes «en el contexto de una investigación rigurosa») mediante la metodología GRADE, puesto que la recomendación relativa a esta tarea para el resto de los trabajadores de la salud ya era firme. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para el tratamiento médico del aborto incompleto) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, donde se proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Es posible que deban modificarse las restricciones a la prescripción para algunas categorías de personal o que deban establecerse otros mecanismos para que estos trabajadores de la salud puedan disponer de los medicamentos dentro del marco regulatorio del sistema de salud.
- La evacuación de los productos retenidos es una función básica de atención obstétrica de urgencia; por tanto, la formación y la realización de estas tareas pueden integrarse en los servicios de atención obstétrica de urgencia.

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 38: Aspiración al vacío para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones antes de las 14 semanas de gestación

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	Se encontró evidencia sobre la eficacia de determinados componentes de esta tarea, como la evaluación del tamaño uterino mediante exploración bimanual durante un aborto médico cuando los realizan estos profesionales (certeza muy baja). Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Estos profesionales realizan otras intervenciones transcervicales (por ejemplo, la inserción de DIU) en algunos entornos. Esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad para el aborto en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción importante del personal de salud.
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se sugiere Condición: En contextos en los que los mecanismos del sistema de salud establecidos cuentan con los auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros en la prestación de servicios básicos de atención obstétrica de urgencia, y en los que los sistemas de derivación y seguimiento son sólidos.	No se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción. No obstante, la opción de que este tipo de trabajador de la salud preste atención obstétrica de urgencia (que incluye la extracción de productos retenidos como función básica) o atención postaborto mediante aspiración manual ha demostrado ser factible en programas de varios entornos de bajos recursos.
Enfermeros	Se recomienda	Se encontró evidencia de la seguridad y la eficacia de la aspiración al vacío para el aborto provocado (certeza baja) realizada por estos profesionales de la salud, y las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones con aspiración al vacío son similares. Esta opción es factible, incluso en entornos de bajos recursos.
Parteros	Se recomienda	Se encontró evidencia indirecta de la seguridad y la eficacia de la aspiración al vacío para el aborto provocado (certeza media) realizada por estos profesionales de la salud, y las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones con aspiración al vacío son similares. Esta opción es factible, incluso en entornos de bajos recursos.
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Se encontró evidencia indirecta de la seguridad y la eficacia de la aspiración al vacío para el aborto provocado (certeza baja) realizada por estos profesionales de la salud, y las capacidades requeridas para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones con aspiración al vacío son similares.

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual ^b , por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria y los auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, solo la recomendación para los profesionales de la medicina tradicional y complementaria pasó de «se sugiere» a «se recomienda». Para todas las demás categorías de trabajadores de la salud, las recomendaciones no cambian con respecto a las directrices anteriores. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para el tratamiento mediante aspiración al vacío del aborto incompleto) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (12)*, donde se proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

En establecimientos de salud.

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Las capacidades necesarias para realizar la aspiración manual al vacío y la aspiración eléctrica al vacío son similares, por lo que las recomendaciones anteriores se aplican a ambas. La AMEU se utiliza con más frecuencia y es más habitual en entornos de atención primaria.
- El aborto incompleto sin complicaciones puede darse después de un aborto provocado o espontáneo. El tratamiento es idéntico y las recomendaciones anteriores se aplican a ambos.
- La evacuación de los productos retenidos también es una función básica de la atención obstétrica de urgencia y tanto su uso como la formación para realizarla pueden integrarse en los servicios de atención obstétrica de urgencia.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE LOS ABORTOS INCOMPLETOS

- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.
- Con independencia de que el aborto sea legal, los Estados deben garantizar el acceso a la atención posterior al aborto cuando sea necesario.
- La atención después de un aborto debe ofrecerse de forma confidencial, incluso cuando el aborto sea ilegal.
- La atención después de un aborto debe estar disponible sin la amenaza de medidas penales o punitivas. Los Estados no deben exigir a los trabajadores de la salud que denuncien a las personas sospechosas de haber llevado a cabo un aborto ilegal ni exigirles que proporcionen información alguna que pudiera incriminarles mientras reciben atención después de un aborto o como requisito para obtenerla.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexas



3.5.3 Tratamiento de complicaciones que no ponen en peligro la vida: infección y hemorragia

El tratamiento inicial y básico incluye detectar la complicación, estabilizar a la mujer, suministrarle antibióticos orales o parenterales y líquidos intravenosos antes de derivarla a un profesional o establecimiento de salud adecuado.



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 39: Tratamiento inicial de una infección posaborto que no pone en peligro la vida*

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa relativa al tratamiento de la infección posaborto realizado por estos trabajadores de la salud, su capacitación básica cubre las capacidades necesarias para cumplir esta tarea. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud ^a . El grupo de expertos afirmó que esta opción es factible y aceptable y puede aumentar el acceso equitativo a la atención de calidad posaborto.
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros Enfermeros Parteros Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa relativa al tratamiento de la infección posaborto cuando lo realizan estos trabajadores de la salud, el tratamiento de la sepsis puerperal con antibióticos intramusculares, que requiere capacidades similares, está dentro de su ámbito de actuación habitual (138). ^b
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual ^a , por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, solo la recomendación para los profesionales de la medicina tradicional y complementaria pasó de «se sugiere» a «se recomienda». Para todas las demás categorías de trabajadores de la salud, las recomendaciones siguen siendo «no se recomienda» (no constan en la lista). En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, donde se proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

* Es importante que los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios dispongan de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de esta complicación.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Es importante que los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios dispongan de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de las complicaciones de un aborto peligroso y sepan dónde derivar a las mujeres dentro de sus comunidades.
- Es posible que deban modificarse las restricciones a la prescripción para algunas categorías de personal, o que deban establecerse otros mecanismos para que estos trabajadores de la salud puedan administrar los antibióticos dentro del marco regulatorio del sistema de salud.

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 40: Tratamiento inicial de hemorragia posaborto que no pone en peligro la vida*

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	No se encontró evidencia directa relativa al tratamiento de la hemorragia posaborto realizado por estos profesionales, pero su capacitación básica cubre las capacidades necesarias para cumplir esta tarea. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa relativa al tratamiento de la hemorragia posaborto realizado por estos profesionales, el tratamiento inicial de la hemorragia posaborto con líquidos intravenosos, que requiere capacidades similares, es una tarea que se recomienda que lleven a cabo estos trabajadores de la salud (138).
Enfermeros Parteros Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa relativa al tratamiento de la hemorragia posaborto cuando lo realizan estos trabajadores de la salud, el tratamiento inicial de la hemorragia posaborto con líquidos intravenosos, que requiere capacidades similares, está dentro de su ámbito de actuación habitual (138).
Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Estas tareas están dentro de su ámbito de actuación habitual, ^b por lo que no se ha realizado ninguna evaluación de la evidencia.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, solo la recomendación para los profesionales de la medicina tradicional y complementaria pasó de «se sugiere» a «se recomienda». Para todas las demás categorías de trabajadores de la salud, las recomendaciones siguen siendo «no se recomienda» (no constan en la lista). En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care* (121), donde se proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

* Es importante que los farmacéuticos, los empleados de farmacia y los agentes de salud comunitarios dispongan de los conocimientos necesarios para reconocer los signos y síntomas de esta complicación.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- El tratamiento inicial de la hemorragia y la infección es también una función básica de atención obstétrica de urgencia y tanto su uso como la formación para realizarla pueden integrarse en los servicios de atención obstétrica de urgencia.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LAS COMPLICACIONES QUE NO PONEN EN PELIGRO LA VIDA

- Con independencia de que el aborto sea legal, los Estados deben garantizar el acceso a la atención posterior al aborto cuando sea necesario.
- La atención después de un aborto debe ofrecerse de forma confidencial, incluso si el aborto es ilegal.
- La atención después de un aborto debe estar disponible sin la amenaza de medidas penales o punitivas. Los Estados no deben exigir a los trabajadores de la salud que denuncien a las personas sospechosas de haber llevado a cabo un aborto ilegal ni exigirles que proporcionen información alguna que pudiera incriminarles mientras reciben atención después de un aborto o como requisito para obtenerla.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

3.5.4 Anticonceptivos después del aborto

Tras un aborto provocado o espontáneo, la ovulación puede comenzar incluso de 8 a 10 días después y, por lo general, en el plazo de un mes, por lo que es importante iniciar el uso de anticonceptivos lo antes posible dentro del primer mes para las mujeres que deseen retrasar o evitar un futuro embarazo (153, 154). Tras un aborto, pueden considerarse todos los métodos anticonceptivos. Los deseos de la usuaria son lo más importante; si ella desea iniciar o reanudar un método anticonceptivo, pueden considerarse todos los métodos anticonceptivos en cualquier momento de la atención y algunos pueden iniciarse en el momento del aborto (155). Los Estados están obligados a garantizar el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, seguros y asequibles (36 [párrafo 8], 49 [párrafo 33]). Deben respetarse los criterios establecidos en las publicaciones de la OMS *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción* y *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (156, 157). La consideración en profundidad de todos los métodos anticonceptivos después de un aborto excede el alcance de estas directrices.

En esta sección se trata cuál es el momento adecuado para el uso de anticonceptivos y qué tipos de profesionales de la salud pueden proporcionarlos. Los enfoques de autogestión de la anticoncepción posaborto se cubrirán en mayor detalle en la sección 3.6.3.

QUÉ

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 41: Criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos después del aborto

Los siguientes métodos anticonceptivos pueden comenzar a utilizarse inmediatamente (categoría CME 1: sin restricciones) después de un aborto quirúrgico o médico (primer y segundo trimestre, y también después de un aborto séptico): anticonceptivos hormonales combinados (AHC), anticonceptivos de progestina sola (APS) y métodos de barrera (preservativos, espermicida, diafragma, capuchón; nota: el diafragma y el capuchón no son adecuados hasta pasadas seis semanas del aborto en el segundo trimestre).

Los dispositivos intrauterinos (DIU) pueden empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto quirúrgico o médico en el primer trimestre (categoría CME 1: sin restricciones) o después de un aborto en el segundo trimestre (categoría CME 2: los beneficios suelen superar a los riesgos), pero no deben empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto séptico (categoría CME 4: la inserción de un DIU puede empeorar sustancialmente el estado de la paciente).

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

Notas:

- En el cuadro siguiente se explican las categorías de CME.
- Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluyen los anticonceptivos orales combinados (AOC), el parche anticonceptivo, el anillo vaginal combinado y los anticonceptivos inyectables combinados (AIC).
- Los anticonceptivos de progestina sola (APS) incluyen los anticonceptivos orales de progestina sola (AOPS), los implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) inyectable y el enantato de noretisterona (EN-NET) inyectable.
- Los dispositivos intrauterinos (DIU) incluyen los DIU con cobre (DIU-Cu) y los DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG).
- Los métodos basados en los síntomas incluyen el método de la ovulación y el método de los dos días, ambos basados en la evaluación del moco cervical, y el método sintotérmico, que es un método de

doble comprobación basado en la evaluación del moco cervical para determinar el primer día fértil y la evaluación del moco cervical y la temperatura para determinar el último día fértil.

- Los métodos basados en el calendario incluyen el método del ritmo (que consiste en evitar las relaciones sexuales sin protección desde el primer hasta el último día fértil estimado, tras registrar la duración de varios ciclos menstruales como base de cálculo) y el método de los días fijos (que consiste en evitar las relaciones sexuales sin protección en los días del ciclo 8-19, para las personas cuyos ciclos suelen durar entre 26 y 32 días).

Fuente: Recomendaciones extraídas de *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (2015) (157) de la OMS. Se ha revisado el formato de la redacción para adaptar el contenido de las tablas de las directrices originales.

Explicación de las categorías de CME para la elegibilidad anticonceptiva

- Categoría 1: Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
- Categoría 2: Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
- Categoría 3: Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
- Categoría 4: Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 42: Anticoncepción y aborto quirúrgico

Para las personas que se someten a un aborto quirúrgico y desean utilizar métodos anticonceptivos:

Se recomienda la opción de iniciar el método anticonceptivo en el momento del aborto quirúrgico.

Observación:

- La calidad de la evidencia basada en los ensayos controlados aleatorizados es muy baja.

Fuente: Parte de la recomendación 13 trasladada de la OMS (2012) (19). Solo se ha mantenido el componente de la recomendación existente que es pertinente para el aborto quirúrgico, con la palabra «se recomienda» para aclarar que es una recomendación firme y se han hecho revisiones para incluir todos los métodos anticonceptivos.

SERVICIOS CLÍNICOS. Recomendación 43: Anticoncepción y aborto médico

Para las personas que se sometan a un aborto médico con el tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol:

a. Para quienes elijan utilizar un **anticonceptivo hormonal** (píldoras, parche, anillo, implante o inyecciones):

Se sugiere que se les ofrezca la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración de la primera pastilla para el aborto médico

b. Para quienes opten por la colocación de un **DIU**: **Se sugiere** la colocación del DIU en el momento en que se determine que el procedimiento de aborto ha sido efectivo.

Observación (para las recomendaciones 43a y 43b):

- Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol. El tratamiento combinado de letrozol y misoprostol no se menciona aquí porque en los estudios incluidos que han servido de fundamento a estas recomendaciones no se evaluó este tratamiento.

Observaciones (solo para la recomendación 43a):

- El inicio inmediato de la inyección intramuscular de acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada (AMPLR) se asocia a una ligera disminución de la eficacia de los tratamientos de aborto médico (158). Aun así, debe ofrecerse el inicio inmediato de la administración de AMPLR como un método anticonceptivo que puede utilizarse después del aborto.

- Se ha utilizado evidencia indirecta como base para la toma de decisiones sobre el inicio de la anticoncepción hormonal como opción para las personas que se someten a un aborto médico con solo misoprostol.
- No existían datos sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados (píldoras o inyecciones) en personas que se habían sometido a un aborto médico.
- Las personas que optan por empezar a utilizar el anillo anticonceptivo deben recibir instrucciones para comprobar si el anillo es expulsado en caso de sangrado abundante durante el proceso de aborto médico.

Fuente: Recomendaciones 4a y 4b trasladadas de la OMS (2018) (120).

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 44: Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos (DIU)

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se sugiere Condición: En contextos con mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos profesionales en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Su formación básica suele abarcar las capacidades relevantes necesarias para realizar esta tarea. Esta opción es probablemente factible y puede promover la continuidad de la atención de la mujer y aumentar el acceso en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción importante del personal de salud.
Auxiliares de enfermería	Se sugiere Condición: En el contexto de una investigación rigurosa.	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Enfermeros auxiliares parteros Enfermeros Parteros	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138), en las que se consideraba que esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual ^a .

Fuente: Recomendación trasladada de la OMS (2015) (23).

^a Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 45: Inserción y extracción de implantes

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos
Agentes de salud comunitarios	Se sugiere Condición: En el contexto de una investigación rigurosa.	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).

Traditional and complementary medicine professionals	Se sugiere Condición: En contextos con mecanismos establecidos en el sistema de salud para la participación de estos profesionales en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva y en los que la formación para la extracción de los implantes se imparte junto con la formación para insertarlos.	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad y la eficacia de esta opción, su capacitación básica cubre las capacidades requeridas para cumplir esta tarea. Esta opción puede promover la continuidad de la atención de la mujer.
Auxiliary nurses/ANMs	Se sugiere Condición: En el contexto de un seguimiento y evaluación específicos.	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Nurses Midwives	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Associate/advanced associate clinicians Generalist medical practitioners Specialist medical practitioners	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138), en las que se consideraba que esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual ^a .

Fuente: Recomendación trasladada de la OMS (2015) (23).

^a Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.



Consideraciones relativas a la prestación de atención

- La retirada de los implantes puede requerir una mayor destreza que la inserción; todos los trabajadores de la salud capacitados para insertar implantes de forma independiente deberían estar también bien formados para extraerlos (23).



En un establecimiento de salud u otro entorno estéril.



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 46: Administración de anticonceptivos inyectables (inicio y continuación)

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Agentes de salud comunitarios	Se recomienda	Se encontró evidencia limitada sobre la seguridad y la eficacia de esta opción. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de los agentes de salud comunitarios. ^a Esta opción es factible y aceptable, dado que los agentes de salud comunitarios proporcionan otros componentes de la atención para el aborto. Además, esta opción puede aumentar las opciones para las mujeres y reducir las desigualdades en el acceso a los anticonceptivos.
Empleados de farmacia	Se recomienda	Si bien no se encontró evidencia directa suficiente de la seguridad, eficacia, aceptabilidad o viabilidad de esta opción, la administración de inyecciones está dentro de su ámbito de actuación habitual ^a y las necesidades de capacitación adicionales para esta tarea serían mínimas. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud ^a . Esta opción puede aumentar las opciones para las mujeres y reducir las desigualdades en el acceso a los anticonceptivos.

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos ^a
Farmacéuticos	Se recomienda	Si bien la evidencia disponible sobre la seguridad y la eficacia de esta opción son de una certeza muy baja, la administración de inyecciones está dentro de ámbito de actuación habitual ^b y las necesidades de capacitación adicionales para esta tarea serían mínimas. Esta opción puede aumentar las opciones para las mujeres y reducir las desigualdades en el acceso a los anticonceptivos.
Profesionales de medicina tradicional y complementaria	Se recomienda	T Su formación básica cubre las capacidades requeridas para esta tarea, por lo que las necesidades de capacitación adicionales serían mínimas. Las capacidades y los conocimientos necesarios para cumplir esta tarea (según el marco de competencias) se ajustan a las competencias de este tipo de trabajador de la salud. ^a Esta opción es factible y aceptable, dado que estos profesionales prestan servicios similares en el sistema de salud existente y, por lo tanto, puede promover la continuidad de la atención de la mujer.
Auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Enfermeros Parteros Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138), en las que se consideraba que esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual. ^b
Individuo/la propia mujer		
Mujer, niña u otra persona embarazada	Se recomienda	Véanse los fundamentos, la observación, las consideraciones de aplicación y más información sobre los enfoques de autogestión de la recomendación 51 en la sección 3.6.2.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Se trata de una recomendación ya existente para la que se revisó la evidencia relativa a los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, los empleados de farmacia, los agentes de salud comunitarios y el individuo/la propia mujer (autogestión) mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, las recomendaciones para las tres categorías de trabajadores de la salud pasaron de «se sugiere» a «se recomienda». Para todas las demás categorías de trabajadores de la salud, las recomendaciones no se revisaron y no cambian, de manera ahora se recomienda firmemente esta tarea para todas las categorías de trabajadores de la salud y la propia mujer. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la administración de anticonceptivos inyectables) se presenta un resumen de la evidencia.

^a Para esta y todas las recomendaciones sobre el personal de salud, dada la escasa evidencia para muchas de las combinaciones de tareas y personal de salud, los debates del grupo de expertos se centraron en el marco de competencias de la publicación de la OMS de 2011, *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121)*, donde se proporciona información sobre las competencias (incluidas las capacidades y los conocimientos) necesarias para cada tarea, y también los criterios de WHO-INTEGRATE, en particular sobre la viabilidad, la equidad y la aceptabilidad de la intervención y los valores y preferencias de las mujeres.

^b Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- La administración de anticonceptivos inyectables implica el uso de una jeringa, y puede ser intramuscular o subcutánea.
- Es importante disponer de mecanismos adecuados para desechar los objetos punzantes, las jeringas y las agujas usadas.
- Es fundamental garantizar un suministro constante de los inyectables, especialmente en el punto de venta, para que las mujeres puedan obtenerlos y utilizarlos por cuenta propia.
- Debe tenerse en cuenta la inversión en la formación inicial de los trabajadores de la salud que no estén certificados para poner inyecciones. Es importante disponer de mecanismos para vincular al trabajador de la salud con el sistema de salud y garantizar una vía de derivación.



PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 47: Ligadura de trompas

Tipo de trabajador de la salud	Recomendación	Fundamentos
Enfermeros	Se sugiere Condición: En el contexto de una investigación rigurosa.	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Parteros	Se sugiere Condición: En el contexto de una investigación rigurosa.	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138).
Clínicos asociados/clínicos avanzados asociados Médicos generalistas Médicos especialistas	Se recomienda	Procede de las recomendaciones de la OMS para optimizar las funciones de los trabajadores de la salud (138), en las que se consideraba que esta tarea está dentro de su ámbito de actuación habitual. ⁹

Fuente: Recomendación trasladada de la OMS (2015) (23). Las recomendaciones se revisarán para la próxima actualización de la guía de la OMS sobre la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud (138).

⁹Para conocer el alcance habitual de trabajo/práctica, véase el anexo 5: Categorías y funciones de los trabajadores de la salud.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS ANTICONCEPTIVOS POSABORTO

- Los anticonceptivos solo deben proporcionarse si la persona ha dado su consentimiento libre e informado para recibirlos.
- Los Estados deben garantizar la disponibilidad de toda la gama de opciones anticonceptivas, incluida un amplio abanico de métodos modernos, seguros y asequibles.
- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales, incluidos los métodos anticonceptivos, de forma asequible y no discriminatoria.
- Todas las personas tienen derecho a una información basada en la evidencia sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos.
- La información y los servicios relacionados con los métodos anticonceptivos deben proporcionarse sin discriminación, coacción o violencia.
- Todas las personas tienen derecho a la intimidad y a la confidencialidad en la recepción de información y servicios anticonceptivos.
- La información y los servicios de anticoncepción posaborto deben estar disponibles y a disposición de los adolescentes sin que sea necesaria la autorización de sus padres o tutores.
- Los Estados deben garantizar que las prácticas de rechazo/objeción de conciencia no infrinjan el derecho a la información y los servicios de anticoncepción.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



3.6 Opciones de prestación de servicios y enfoques de autogestión

Como se indica a lo largo de este capítulo, los servicios de atención para el aborto pueden proporcionarlos distintos trabajadores de la salud y algunas tareas pueden realizarlas las propias personas. Incluso en las intervenciones que se realizan en un establecimiento de salud, algunos elementos de la atención (por ejemplo, la información y el asesoramiento previos al aborto, la preparación del cuello uterino o la atención de seguimiento posterior al aborto) pueden realizarse en otros lugares.

A diferencia del aborto quirúrgico, el aborto médico es un proceso que se desarrolla durante varias horas o días, en lugar de ser una intervención aislada. El proceso en su conjunto o sus componentes pueden tener lugar en diferentes lugares, incluso a través de la autogestión o con el apoyo de diferentes trabajadores de la salud en varias etapas del proceso, lo que hace posible —y en algunos casos deseable— obtener la atención en una serie de entornos diferentes de entre una amplia gama de opciones distintas.

En esta sección se tratan los enfoques de servicios con apoyo (sección 3.6.1) y los enfoques de autogestión.

Los enfoques de autogestión que se tratan en esta sección incluyen la autogestión del aborto médico (sección 3.6.2) y la autogestión de los anticonceptivos postaborto (sección 3.6.3).

3.6.1 Enfoques de prestación de servicios con apoyo

Toda una serie de agentes del sistema de salud pueden ofrecer y prestar asistencia para obtener un aborto médico. Los servicios pueden prestarse bien mediante un modelo integral que aborde todo el espectro de la atención al aborto o bien puede que solo se ofrezcan componentes específicos de la atención. Además, estos servicios pueden prestarse a través de los sectores público o privado o de organizaciones no gubernamentales (ONG), y pueden recibirse en un local comunitario que no se encuentre en un establecimiento de salud o incluso en el hogar, y también es posible que coexistan diversos modelos de prestación de servicios a nivel nacional, subnacional y local.

Los enfoques de la prestación de servicios no son estáticos y, a medida que ganan protagonismo las tecnologías digitales y se obtienen más pruebas y datos científicos sobre las intervenciones eficaces, las innovaciones también seguirán evolucionando. Para los fines de estas directrices, se revisó la evidencia disponible sobre diversas modalidades de prestación de la atención o apoyo para el aborto. Entre los ejemplos de enfoques de prestación de servicios que se señalaron en las revisiones sistemáticas realizadas para estas directrices se incluyeron:

- **Franquicia social:** Se describe como un sistema de relaciones contractuales generalmente gestionado por una ONG que utiliza la estructura de una franquicia comercial para lograr objetivos sociales. La principal diferencia entre una franquicia social y una franquicia comercial es que la franquicia social aspira a lograr un beneficio social, mientras que la comercial se rige por el ánimo de lucro. Sin embargo, la escasa evidencia pone de manifiesto las posibles desigualdades de tales modelos (160).

- **Herramientas digitales de apoyo:** Incluyen aplicaciones que proporcionan información, recordatorios por mensajes de texto y herramientas que ayudan a evaluar la duración del embarazo.
- **Líneas directas:** Suelen ser servicios de información telefónica que pueden ayudar a las mujeres a acceder a una atención de calidad para el aborto. Las líneas telefónicas de atención para el aborto pueden limitarse a proporcionar información basada en la evidencia sobre los servicios o pueden estar vinculadas a otros modelos de prestación de servicios que faciliten el acceso a los medicamentos y apoyen a las mujeres durante el proceso de aborto y después de este.
- **Marketing social:** Se define en términos generales como la aplicación de las técnicas de marketing a los problemas sociales y tiene como objetivo persuadir o motivar a las personas para que adopten determinadas fuentes de acción o comportamientos que se consideran generalmente beneficiosas. Este enfoque de comercialización se ha estudiado ampliamente como un modelo eficaz para distribuir intervenciones/productos sanitarios (por ejemplo, preservativos), sin embargo, la documentación relacionada con la atención de calidad para el aborto (es decir, medicamentos e instrucciones para el aborto) es más limitada. Puede ser una opción para mejorar el acceso y hacer que la atención sea más asequible.
- **Modelos de acompañamiento:** Un agente de salud comunitario proporciona apoyo acompañando a la persona a través del proceso de aborto médico (por teléfono, plataforma tecnológica segura o en persona), lo que incluye proporcionar información, asesoramiento y apoyo emocional y moral, además de apoyo logístico (incluida la ayuda en las derivaciones o interacciones con los establecimientos de salud locales en caso de que se necesite o se desee recibir atención).
- **Modelos de reducción de daños:** Modelos de servicio en un entorno clínico en el que se ofrece a las mujeres información previa al aborto, se les indica dónde encontrar los medicamentos y cómo utilizarlos y donde pueden volver para recibir apoyo después del aborto si lo necesitan, pero no se les proporciona la medicación para interrumpir el embarazo.
- **Servicios de extensión a la comunidad:** Incluyen los servicios de salud en los que se moviliza a los trabajadores de la salud para que presten servicios a la población o a otros trabajadores de la salud fuera del lugar donde suelen trabajar y vivir (159). Se trata de una estrategia para movilizar al personal de salud a zonas remotas o rurales, como las unidades móviles. No obstante, la evidencia documentada sobre el uso de este modelo para la prestación de atención para el aborto es limitada.
- **Telemedicina:** Es una modalidad de prestación de servicios de salud en la que los proveedores y las usuarias, o los proveedores y las personas que los consultan, interactúan a distancia. La interacción puede tener lugar en tiempo real (de forma sincrónica), mediante un enlace telefónico o de vídeo, o de forma asincrónica mediante un método de almacenamiento y reenvío, cuando se envía una consulta y la respuesta llega posteriormente (por ejemplo, por correo electrónico, texto o mensaje de voz/audio) (161).

En toda la gama de opciones de prestación de servicios, las interacciones entre una solicitante de aborto y un trabajador de la salud pueden tener lugar en persona o a distancia. Tras la revisión y evaluación de la evidencia por parte del grupo de expertos, se acordó que había evidencia suficiente en cantidad y calidad para apoyar la formulación de una recomendación específica en relación con el uso de enfoques de telemedicina como alternativa a las interacciones en persona para la prestación del aborto médico (véase la recomendación 48).

La evidencia disponible no era adecuada para apoyar la formulación de recomendaciones sobre los demás modelos de prestación de servicios. En su lugar, dada la naturaleza contextual de los enfoques de prestación de servicios, la heterogeneidad de los tipos de intervenciones y los solapamientos entre los enfoques, se elaboró una declaración de buenas prácticas en dos partes que puede aplicarse a todos ellos y en la que se hace referencia a la prestación de servicios en general, en lugar de a una modalidad o modelo específico de prestación de servicios (véase la declaración de prácticas óptimas 49).

QUÉ

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Recomendación 48 (NUEVA): Enfoques de telemedicina para la prestación de atención para el aborto médico

Se recomienda la opción de la telemedicina como alternativa a las interacciones presenciales con el trabajador de la salud para prestar servicios de aborto médico en su totalidad o en parte.

Observaciones:

- La recomendación anterior se aplica a la evaluación de la elegibilidad para el aborto médico, la orientación y/o la instrucción relacionadas con el proceso de aborto, la provisión de instrucciones para la facilitación activa de la administración de medicamentos y la atención de seguimiento posterior al aborto, todo ello a través de la telemedicina.
- Las líneas directas, las aplicaciones digitales o los medios de comunicación unidireccionales (por ejemplo, mensajes de texto de recordatorio) que simplemente proporcionan información no se incluyeron en la revisión de la evidencia para esta recomendación.

Fundamentos

Se realizó una revisión sistemática para responder a esta pregunta clave. En la estrategia de búsqueda se hallaron 10 estudios que informaban sobre la prestación de atención para el aborto médico a través de la telemedicina. Se realizaron cuatro ensayos controlados aleatorios en Bangladesh, Camboya, Egipto e Indonesia, y seis estudios observacionales en el Canadá, el Perú y los Estados Unidos. En los estudios que se compararon los servicios de telemedicina con los de atención médica en persona para el aborto, no hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a las tasas de eficacia del aborto o de embarazos en curso (basado en evidencia de muy baja certeza). Las derivaciones para intervenciones quirúrgicas fueron menores entre las mujeres que utilizaron la telemedicina (basado en evidencia de baja certeza). La satisfacción con los servicios de telemedicina fue alta y comparable a la de los servicios clínicos habituales (basada en pruebas de muy baja certeza). En el material suplementario 3 (Marco de evidencia sobre la telemedicina) se presenta un resumen de la evidencia.

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Los servicios de telemedicina deben incluir la derivación (en función de la ubicación de la mujer) para obtener medicamentos (abortivos y analgésicos), cualquier atención abortiva o seguimiento postaborto que se requiera (incluida la atención de urgencia si es necesaria) y los servicios de anticoncepción postaborto, que son pertinentes después de un aborto tanto médico como quirúrgico.

QUÉ

QUIÉN

PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Declaración de prácticas óptimas 49 (NUEVA)

Parte 1: No existe un enfoque único recomendado en materia de servicios para el aborto. La elección de un trabajador de la salud específico (de entre las opciones recomendadas) o la gestión por la propia persona, y el lugar de la prestación del servicio (de entre las opciones recomendadas) dependerán de los valores y las preferencias de la mujer, niña o persona embarazada, de los recursos disponibles y del contexto nacional y local. En un mismo contexto determinado pueden coexistir varios enfoques de prestación de servicios.

Parte 2: Considerando la diversidad de enfoques posibles de prestación de servicios, es importante garantizar que, del conjunto de opciones de prestación de servicios que se ofrecen, la persona que solicita atención reciba:

- acceso a información científicamente rigurosa y comprensible en todas las etapas;
- acceso a medicamentos de calidad garantizada (incluidos los destinados al tratamiento del dolor);
- apoyo en caso de necesitar o desear una derivación;
- vínculos con una selección adecuada de servicios de anticoncepción para quienes deseen recurrir a la anticoncepción después del aborto.

En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para el aborto médico en distintos entornos) se presenta un resumen de la evidencia.

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Los enfoques de prestación de servicios deben, cuando sea posible, ser creados en colaboración con las personas que se beneficiarán de la intervención.
- Todos los modelos deben probarse y adaptarse al contexto local en el que se van a utilizar.
- Es posible que no todos los enfoques de prestación de servicios funcionen en todas partes, pero los que se están considerando para los programas nacionales deben someterse a pruebas piloto adecuadas antes de su generalización.
- Todos los modelos de prestación de servicios deben contar con mecanismos para supervisar la calidad y garantizar la rendición de cuentas.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Los Estados deben elaborar y hacer cumplir normas y directrices basadas en la evidencia para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y estas deben actualizarse periódicamente para incorporar los avances médicos. Asimismo, los Estados están obligados a proporcionar a todas las personas una educación sobre la salud sexual y reproductiva que sea integral, adecuada a la edad, basada en pruebas y científicamente precisa.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar disponibles, ser accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad. Esto significa que la prestación de servicios debe ser respetuosa con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y respetar las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y los requisitos del ciclo de vida.
- Los Estados deben adoptar medidas para reducir la mortalidad y la morbilidad de la madre.
- Los Estados deben poner a disposición de las personas de manera confidencial información sobre el aborto que sea precisa y basada en la evidencia.
- Los Estados deben garantizar la prestación de servicios sobre la base de la no discriminación y la igualdad.
- Los Estados deben garantizar la prestación de servicios de manera que se respete el derecho al progreso científico, lo que significa que los Estados deben garantizar el acceso a formas modernas y seguras de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, los medicamentos para el aborto, las tecnologías de reproducción asistida y otros bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, sobre la base de la no discriminación y la igualdad.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)

3.6.2 Enfoques de autogestión para el aborto médico en su totalidad o en parte

La autoasistencia, tal como se define en el glosario, es un concepto amplio que puede abarcar numerosas acciones destinadas a capacitar al individuo para mejorar su propia salud. Los enfoques de autogestión son un componente de la autoasistencia. Dada la naturaleza del proceso de aborto médico, las mujeres pueden gestionar el proceso por sí solas, en su totalidad o en parte. Si bien las propias mujeres pueden llevar a cabo por cuenta propia algunos o todos los componentes relacionados con el proceso de aborto (autoevaluación de la elegibilidad, la autoadministración de los medicamentos y la autoevaluación de la eficacia del aborto), lo más habitual es que la autogestión coexista con las interacciones con trabajadores de la salud capacitados o con un establecimiento de salud y en conjunción con los enfoques de prestación de servicios descritos en la sección 3.6.1. La propia paciente lleva las riendas del proceso y decide qué aspectos de la atención al aborto prefiere autogestionar y en qué aspectos desea contar con el apoyo de personal de salud capacitado o bien recibir el tratamiento en un establecimiento de atención de salud.

Las mujeres pueden decidir autogestionar parte o la totalidad del proceso de aborto por diversas razones motivadas por sus circunstancias y preferencias individuales. Para algunas mujeres, esta puede ser la única opción posible en su contexto y, para otras, puede que se trate de una decisión propia. No obstante, desde la perspectiva del sistema de salud, la autogestión no debe considerarse una opción de último recurso ni un sustituto para cubrir las posibles disfunciones del sistema de salud. La autogestión debe reconocerse como una extensión activa del sistema de salud y de los enfoques de reparto de tareas que pueden contribuir al empoderamiento. Un entorno de apoyo propicio, como el descrito en la sección 1.3 del capítulo 1, sirve tanto para los enfoques de autogestión como para otros elementos de la prestación de atención.

QUÉ

QUIÉN

AUTOGESTIÓN. Recomendación 50: Autogestión del aborto médico en su totalidad o en parte antes de las 12 semanas de gestación

Para el aborto médico antes de las 12 semanas (con una combinación de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol): **Se recomienda** la opción de autogestión del proceso de aborto médico en su totalidad o en cualquiera de las tres partes que lo componen:

- autoevaluación de la elegibilidad (determinar la duración del embarazo; descartar las contraindicaciones);
- autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento de salud y sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado, y gestión del proceso de aborto;
- autoevaluación de la eficacia del aborto.

Observaciones:

- Existe más evidencia para la autogestión del aborto médico (con todos los tratamientos) para embarazos antes de las 10 semanas de gestación.
- Esta recomendación se aplica al tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol y de misoprostol solo. En los estudios incluidos que fundamentan estas recomendaciones no se evaluó el tratamiento con una combinación de letrozol y misoprostol.
- Todas las personas que se autogestionen el aborto médico deben tener también acceso a información precisa, medicamentos de calidad garantizada, incluido para el tratamiento del dolor, el apoyo de personal de salud capacitado, un establecimiento de salud y servicios de derivación si lo necesitan o lo desean.
- Es posible que deban modificarse las restricciones a la prescripción y dispensación de medicamentos para el aborto, o que deban establecerse otros mecanismos para la autogestión dentro del marco regulatorio del sistema de salud.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta era una recomendación ya existente para la cual se revisó la evidencia de todas las subtareas mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, las recomendaciones para todas las subtareas pasaron de «se sugiere» a «se recomienda» para la autoadministración y la autoevaluación de los resultados y a «en el contexto de una investigación rigurosa» para la autoevaluación de la elegibilidad.



DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

Fundamentos

Se realizaron dos revisiones sistemáticas para responder a esta pregunta clave. La primera revisión se centró en la autoevaluación de la elegibilidad y la autoevaluación de la eficacia. En la estrategia de búsqueda se hallaron 14 estudios sobre estas dos subtareas. Los cuatro estudios sobre la autoevaluación de la elegibilidad se llevaron a cabo en los Estados Unidos, el Reino Unido y Sudáfrica. Sobre la autoevaluación de la eficacia, se llevaron a cabo 10 estudios en Austria, Finlandia, la India, México, Nepal, Noruega, Sudáfrica, Suecia, Uzbekistán y Viet Nam. La segunda revisión se centró en la autoadministración de medicamentos e incluyó 18 estudios, que se realizaron en Albania, Bangladesh, China, Francia, la India, Nigeria, Túnez, Turquía y Viet Nam. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la autogestión del aborto médico) se presenta un resumen de la evidencia.

Autoevaluación de la elegibilidad: La evidencia sobre la seguridad, la eficacia y la aceptabilidad de la autoevaluación de la elegibilidad para un aborto médico, utilizando la fecha de inicio del último periodo menstrual sola o en combinación con otras herramientas (por ejemplo, listas de verificación), es de certeza baja. El grupo de expertos debatió sobre la viabilidad de esta intervención en determinadas situaciones, como que la mujer tenga una menstruación regular, una fecha de inicio del último periodo menstrual conocida y la disponibilidad de herramientas validadas. Cuando disponen de la información necesaria, las mujeres pueden determinar si son aptas para someterse a un aborto médico. Por estos motivos y teniendo en cuenta los valores y preferencias y la alta aceptabilidad de este enfoque, el grupo de expertos se pronunció a favor de esta intervención.

Autoadministración de medicamentos: Hay evidencia de que la autoadministración de medicamentos para el aborto médico es eficaz (certeza moderada) y segura (certeza baja). Las mujeres manifestaron una alta satisfacción con esta opción (evidencia de muy baja certeza). Hubo una alta adherencia al tratamiento de aborto médico (evidencia de baja certeza). La alta aceptabilidad y viabilidad dan preferencia a esta intervención.

Autoevaluación de la eficacia del proceso de aborto: Hay evidencia de alta certeza de que la autoevaluación del resultado/eficacia del aborto (mediante herramientas como una prueba de embarazo de baja sensibilidad o una prueba de embarazo de varios niveles) es tan eficaz como la evaluación realizada por un trabajador de la salud capacitado. Según evidencia de baja certeza, más mujeres que utilizaron la autoevaluación expresaron su satisfacción con el proceso.



CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Todas las mujeres deben tener acceso a información precisa sobre el proceso de autogestión, así como a otras opciones disponibles en su contexto local, para poder decidir con conocimiento de causa si desean autogestionar todo o parte del proceso.
- La autoevaluación de la elegibilidad incluye la evaluación de la duración del embarazo basada en la fecha de la última menstruación. Las herramientas en papel o digitales para ayudar a recordar y calcular la duración del ciclo o las listas de verificación pueden ser útiles para autoevaluar la elegibilidad. Cuando los ciclos menstruales son irregulares o la mujer tiene otras preocupaciones, se le debe alentar a que solicite el apoyo de un trabajador de la salud capacitado en la medida de lo posible.
- La autoadministración de medicamentos y la gestión del proceso de aborto médico implica la toma de todos o algunos de los medicamentos abortivos sin la supervisión directa de un trabajador de la salud. Es importante que todos los medicamentos se adquieran de fuentes que proporcionen medicamentos de calidad garantizada.
- Asimismo, las mujeres deben tener información sobre el dolor durante el proceso y deben poder obtener medicamentos para tratarlo.
- Las mujeres también deben tener información sobre los requisitos para tratar en casa las hemorragias relacionadas con el aborto, y deben tener acceso o vías de derivación a servicios de urgencias si fuera necesario.

- La autoevaluación de la eficacia del aborto puede realizarse con listas de verificación de signos y síntomas. Pueden utilizarse otras herramientas (por ejemplo, pruebas de embarazo de baja sensibilidad), si están disponibles, para ayudar a la mujer a autoevaluar la finalización del embarazo. Las pruebas de embarazo de baja sensibilidad en orina son diferentes de las pruebas de embarazo ordinarias. Se ha demostrado que el uso de una prueba de embarazo de alta sensibilidad (una prueba de embarazo multinivel) sola o junto con las listas de comprobación tiene una mayor sensibilidad para detectar la eficacia del aborto. Las mujeres deben tener acceso a un trabajador de la salud o a un establecimiento de salud para confirmar la eficacia del aborto o para tratar los efectos secundarios o las complicaciones.
- Como parte del entorno propicio, los trabajadores y responsables de la salud deben reconocer la autogestión como una vía legítima de atención para el aborto, y deben velar por adaptar los sistemas de salud de modo que faciliten y apoyen a las mujeres en su autogestión del aborto, por ejemplo, mediante la adaptación de los protocolos clínicos utilizados en su establecimiento.
- Es necesario establecer mecanismos para garantizar el acceso o la derivación a los servicios de anticoncepción después del aborto y la provisión de anticonceptivos para las mujeres que los deseen.
- Si bien la autogestión puede contribuir a la eficiencia de los sistemas de salud a largo plazo, no debe significar que la carga del coste de los servicios de salud se transfiera simplemente del proveedor o del establecimiento a la propia mujer.

3.6.3 Enfoques de autogestión sobre los anticonceptivos posaborto

Tras un aborto, no tiene por qué excluirse ningún método anticonceptivo. Para obtener más información, véase la sección 3.5.4: Anticonceptivos después del aborto. Muchos métodos de planificación familiar son totalmente autogestionados (es decir, se adquieren en el dispensario o en línea y se autoadministran) y suelen estar disponibles sin receta, incluidos los métodos de barrera y algunos anticonceptivos hormonales, entre ellos algunas píldoras anticonceptivas orales, así como las píldoras anticonceptivas de emergencia. En el caso de los métodos que tradicionalmente han requerido una prescripción médica o la administración por parte de un trabajador de la salud, el cambio para incluir la opción de utilizar enfoques de autogestión, como las píldoras anticonceptivas de venta libre y la autoinyección de anticonceptivos hormonales, puede mejorar la adhesión al método anticonceptivo al eliminar los obstáculos, como la necesidad de volver a un establecimiento de salud cada tres meses para repetir la inyección. Estos enfoques podrían ampliar el acceso a la anticoncepción para aquellas personas que tienen dificultades para acceder a los establecimientos de salud con regularidad y en lugares donde hay escasez de personal de salud, lo que podría reducir en gran medida la incidencia de los embarazos no deseados.



AUTOGESTIÓN. Recomendación 51: Autoadministración de anticonceptivos inyectables (inicio y continuación)¹⁷

Se recomienda la opción de la autoadministración de anticonceptivos inyectables en el periodo posterior al aborto.

Observación:

- La administración de anticonceptivos inyectables implica el uso de una jeringa, y puede ser intramuscular o subcutánea. Se han desarrollado dispositivos compactos precargados y autoinutilizables para facilitar la autoadministración.

Fuente: Recomendación actualizada de la OMS (2015) (23).

Nota sobre la actualización de la recomendación: Esta era una recomendación ya existente para la cual se revisó la evidencia mediante la metodología GRADE. Tras la revisión, la recomendación pasó de «se sugiere» a «se recomienda».

¹⁷ La inclusión de una recomendación exclusiva sobre los anticonceptivos inyectables no implica que las opciones de anticoncepción para las mujeres después de un aborto deban limitarse a este método ni tampoco a los métodos cubiertos por las recomendaciones presentadas en la sección 3.5.4; después de un aborto pueden considerarse todos los métodos anticonceptivos.

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

Fundamentos

Se realizó una revisión sistemática para responder a esta pregunta clave. También se consideraron para su inclusión los estudios con poblaciones indirectas (es decir, mujeres en edad reproductiva dispuestas a iniciar o continuar con un anticonceptivo inyectable). En la estrategia de búsqueda se hallaron siete estudios sobre los anticonceptivos inyectables autoadministrados y se incluyeron en la evidencia revisada; tres ensayos controlados aleatorios se llevaron a cabo en los Estados Unidos y Malawi y cuatro estudios observacionales se realizaron en los Estados Unidos, el Reino Unido, el Senegal y Uganda. Se considera que la evidencia es indirecta, ya que ninguna de las mujeres incluidas en los estudios revisados se describió como solicitante de anticoncepción posaborto. En el material suplementario 3 (Marco de evidencia para la autoadministración de anticonceptivos inyectables) se presenta un resumen de la evidencia.

Existe evidencia de que las tasas de continuación de los anticonceptivos inyectables autoadministrados son más altas en comparación con los anticonceptivos inyectables suministrados por proveedores en los establecimientos de salud (evidencia de muy baja a baja certeza). La satisfacción fue mayor entre las mujeres que se autoadministraban los anticonceptivos inyectables (evidencia de certeza muy baja a moderada). Esta opción puede suponer un ahorro de tiempo y dinero para las mujeres. Además, puede aumentar las opciones y la autonomía en el uso de anticonceptivos dentro de un marco basado en los derechos.

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención

- Debe ofrecerse formación sobre la técnica de autoinyección.
- Debe ofrecerse formación y mecanismos para el almacenamiento y la eliminación seguros de los objetos punzantes (anticonceptivos inyectables usados), especialmente en entornos con alta prevalencia del VIH.
- La usuaria debe poder adquirir anticonceptivos inyectables de forma periódica sin necesidad de acudir repetidamente a un establecimiento de salud.

QUÉ

QUIÉN

AUTOGESTIÓN. Recomendación 52: Píldoras anticonceptivas orales de venta libre

Se recomienda que las píldoras anticonceptivas orales de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que las utilicen.

AUTOGESTIÓN. Recomendación 53: Píldoras anticonceptivas orales de emergencia de venta libre

Se recomienda que las píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que deseen utilizar anticonceptivos de emergencia.

AUTOGESTIÓN. Recomendación 54: Uso de preservativos

El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH; reducir el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres en parejas serodiscordantes; reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual y afecciones asociadas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino; y prevenir los embarazos no planeados.

Fuente: Recomendaciones 15, 16 y 18 de la OMS (2021) (26).

DÓNDE

No hay requisitos específicos en cuanto a la ubicación (en un establecimiento o no).

CÓMO

Consideraciones relativas a la prestación de atención en relación con las píldoras anticonceptivas

- Proporcionar un suministro de píldoras suficiente para hasta un año, según la preferencia de la mujer y el uso previsto.
- Los programas deben equilibrar la conveniencia de dar a las mujeres el máximo acceso a las píldoras con las consideraciones relativas al suministro y la logística de los anticonceptivos.
- El sistema de reabastecimiento debe ser flexible, para que la mujer pueda obtener fácilmente las píldoras en la cantidad y en el momento que las necesite.¹⁸

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LOS ENFOQUES DE AUTOGESTIÓN

- La atención de la salud sexual y reproductiva (SSR) debe estar disponible, ser accesible, aceptable y de buena calidad.
- Los Estados deben garantizar la disponibilidad de una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, seguros y asequibles.
- Los Estados deben garantizar un acceso adecuado a los medicamentos esenciales de forma asequible y no discriminatoria.
- Los Estados deben respetar la toma de decisiones autónoma, la no discriminación y la igualdad. Esto significa que los Estados deben derogar o reformar las leyes y políticas que anulen o menoscaben la capacidad de ciertas personas y grupos para ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva, incluida la tipificación del aborto como delito o las leyes que lo restrinjan.
- Los Estados deben poner a disposición de las personas de manera confidencial información sobre el aborto que sea precisa y esté basada en la evidencia.
- Los Estados deben adoptar medidas para reducir la mortalidad y la morbilidad de la madre.
- De conformidad con los requisitos de derechos humanos, la autogestión del aborto no debe estar penalizada por ley. La tipificación como delito de la autogestión del aborto puede dar lugar a demoras u obstáculos para solicitar asistencia o atención postaborto cuando sea necesario. La autogestión del aborto médico debe estar disponible como una opción en función de la elegibilidad clínica. No debe restringirse por razones no clínicas, como la edad.

Para más información y fuentes, véase el recuadro 1.2 y el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto.

18 Estas son las recomendaciones 20a, b y c de la OMS (2021) (26).

Enlaces a temas y recomendaciones conexos



Todas las recomendaciones relacionadas con la legislación y las políticas (recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22)



Consentimiento informado (en la sección 1.3.1: Derechos humanos)



Facilitación de información sobre la atención de calidad para el aborto (sección 3.2.1)



Facilitación de asesoramiento (sección 3.2.2)



Tratamiento del dolor en el aborto (sección 3.3.6)

Capítulo 4.

Divulgación, aplicabilidad, lagunas de investigación y futuras actualizaciones de las directrices y las recomendaciones

4.1 Divulgación

Estas directrices se publicarán en formato digital (tanto una versión interactiva en la web como un documento tradicional que podrá descargarse en línea) y en formato impreso; véase más información en el anexo 11.

Está previsto traducir las directrices al español (en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud [OPS]), al francés y al portugués. Las traducciones a otros idiomas de las Naciones Unidas se realizarán según sea necesario.

A partir de estas directrices actualizadas y consolidadas, se elaborarán varios materiales conexos:*

- orientaciones operativas con detalles sobre la aplicación de las recomendaciones, incluidas las consideraciones estratégicas para mejorar el acceso de las jóvenes a la atención de calidad para el aborto;
- materiales informativos, como carteles en los que se destaquen determinadas recomendaciones, que pueden colocarse en los establecimientos de salud y en otros lugares adecuados;
- tablas/tarjetas de bolsillo para los trabajadores de la salud, con las recomendaciones actualizadas para el aborto médico y quirúrgico y la anticoncepción posaborto, y tarjetas de referencia para derivar a las personas a otros servicios de atención de salud (adaptadas para su uso por diferentes tipos de trabajadores de la salud y para diferentes niveles de alfabetización);
- herramientas de apoyo a la toma de decisiones de uso sencillo para el personal de salud y los responsables de las políticas, creadas con las aportaciones de las usuarias finales, que participarán en el proceso de determinar la mejor manera de traducir las orientaciones para este fin (incluidas herramientas digitales de decisión en formato de aplicación móvil [app]);
- estudios de caso sobre la calidad de la atención para el aborto en diferentes entornos humanitarios, a fin de demostrar y destacar las consideraciones y los requisitos pertinentes;
- orientaciones operativas sobre el tratamiento médico de determinadas indicaciones clínicas, como el aborto espontáneo.

* Nota: Cuando proceda, la OMS colaborará con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas en las actividades de divulgación. Por ejemplo, la OMS colaborará con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) para difundir orientaciones y herramientas que apoyen la aplicación de un enfoque de la salud sexual y reproductiva basado en los derechos humanos, así como para responder a las solicitudes de asistencia técnica de los países en la ejecución de estos enfoques.

4.2 Aplicación y evaluación del impacto de las directrices

La aplicación de estas directrices requiere un enfoque multifacético. Tras los esfuerzos iniciales de publicación, traducción y difusión a nivel regional, nacional y local (véase el anexo 11), será importante aplicar técnicas activas como la realización de talleres y programas de formación para que los usuarios se familiaricen con estas directrices. También será crucial el compromiso de los miembros del equipo de la OMS con los administradores y el personal de los establecimientos de salud para que incorporen a sus sistemas de apoyo clínico recordatorios sobre las orientaciones más recientes. En cuanto a la planificación de políticas y programas, será importante trabajar con los responsables políticos y los funcionarios nacionales y locales del sector de la salud para garantizar la aplicación de las recomendaciones adoptadas en todos los niveles del sistema de salud. La colaboración con los ministerios nacionales y las oficinas de la OMS en los países para contextualizar las directrices puede facilitar su adaptación. Se prevé que el principal obstáculo para la aplicación de estas directrices sea la cuestión de la que se ocupa, la atención de calidad para el aborto, que es un asunto delicado y estigmatizado. Esto significa que es aún más importante trabajar con las partes interesadas, incluidos el gobierno, los responsables políticos y los defensores del aborto seguro y legal, para informarles sobre las directrices y facilitar un diálogo abierto sobre las realidades del aborto en su país. La base de datos global de políticas sobre aborto facilitará el debate (116).

La evaluación del proceso y del impacto será continua durante el primer año de aplicación de estas directrices, y se centrará en la accesibilidad, la aceptación, el uso, el impacto y la posibilidad de generalizar el uso de las directrices y sus recomendaciones. Como evaluación de la aceptación de este documento, se estudiará los accesos a la versión interactiva en línea de las directrices, el número de descargas del documento desde el sitio web de la OMS y el número de copias impresas de las directrices que se soliciten y distribuyan a través del centro de documentación.

Un año después de la publicación, se llevará a cabo una evaluación del impacto inmediato de las directrices mediante una encuesta en línea. Esta se realizará mediante las oficinas regionales y nacionales de la OMS y encuestados seleccionados de otros grupos de usuarios (por ejemplo, sociedades profesionales u ONG) con el fin de medir la utilización en el país y si alguna de las recomendaciones de las directrices se ha aplicado o ha influido en las decisiones políticas, y de qué manera. Esta evaluación del impacto a corto plazo también incluirá una valoración de los obstáculos a la aplicación efectiva, lo que constituirá una importante fuente de información para los materiales conexos y las futuras modificaciones.

4.3 Lagunas de investigación y temas para futuros estudios

En el transcurso de la elaboración de estas directrices, durante las reuniones de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de directrices, se observaron varias lagunas de evidencia y áreas de investigación adicional.

Legislación y políticas

- Las repercusiones de la legislación y las políticas sobre el aborto en las personas con discapacidad y con capacidad disminuida que desean interrumpir un embarazo;
- Las repercusiones de la legislación y las políticas sobre el aborto en los grupos en situación de vulnerabilidad y en los grupos con identidades marginadas, en particular las adolescentes y las personas transgénero;
- Las repercusiones, las consecuencias y las implicaciones de los obstáculos de procedimiento para el aborto en diversos contextos;
- Las repercusiones, las consecuencias y las implicaciones en materia de derechos derivadas de ofrecer el aborto a petición de la mujer, la niña o la persona embarazada, sin restricciones adicionales;
- Las repercusiones, las consecuencias y las implicaciones en materia de derechos derivados de la despenalización de la autogestión del aborto y de la asistencia a su autogestión.

Servicios clínicos

- La eficacia, seguridad y aceptabilidad del tratamiento combinado de letrozol y misoprostol en todas las edades gestacionales y en comparación con el tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol;
- La eficacia del tratamiento solo con misoprostol (es decir, uso ordinario/real fuera de las condiciones del estudio, número óptimo de dosis);
- La eficacia, seguridad y aceptabilidad del tratamiento solo con misoprostol en todas las edades gestacionales;
- La eficacia, seguridad y aceptabilidad del aborto médico ambulatorio a partir de las 12 semanas de gestación;
- La seguridad, eficacia y aceptabilidad de los antiepilépticos y ansiolíticos para el tratamiento del dolor en el aborto médico a partir de las 14 semanas de gestación;
- La preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación a partir de las 18 semanas de gestación cuando no se disponga de dilatadores osmóticos;
- Las pautas óptimas de antibióticos para la profilaxis de las infecciones posaborto;
- Los métodos eficaces de diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico asintomático;
- La seguridad y eficacia del cribado y el tratamiento antibiótico para la infección pélvica inflamatoria antes del aborto quirúrgico frente a la profilaxis pre o perioperatoria con antibióticos sin cribado o evaluación previa del riesgo de infección pélvica inflamatoria;
- La eficacia de la telemedicina para el aborto médico en edades gestacionales inferiores a las 6 semanas;
- La eficacia, seguridad y aceptabilidad de todos los métodos de aborto e intervenciones clínicas conexas en todas las edades gestacionales para la personas transgénero, no binarias e intersexuales que solicitan atención para el aborto;
- El desarrollo y la adaptación de materiales validados para proporcionar la información que necesitan las personas que optan por la autogestión del aborto para tomar decisiones informadas sobre los riesgos y beneficios y las alternativas al uso de diferentes métodos de aborto médico;
- La elaboración de información eficaz y sencilla para las personas que desean abortar, por ejemplo, folletos y páginas web o información para las líneas de atención telefónica y los servicios de telemedicina;
- La elaboración y validación de materiales educativos de calidad para la formación de proveedores de una serie de servicios de atención para el aborto (por ejemplo, para formar a farmacéuticos, empleados de farmacia y agentes de salud comunitarios, de modo que puedan realizar con eficacia todas las tareas relacionadas con el aborto médico antes de las 12 semanas de gestación o para que apoyen su autogestión);
- La seguridad, comodidad y aceptabilidad de la reutilización del equipo de aspiración manual al vacío.

Prestación de servicios

- La seguridad, eficacia y viabilidad de ampliar las funciones del personal de salud de modo que asuman determinadas tareas de atención para el aborto en entornos de ingresos bajos y medios (por ejemplo, el aborto quirúrgico hasta las 12 semanas de gestación o la aspiración al vacío para el aborto incompleto).
- La viabilidad de que los farmacéuticos administren anticonceptivos inyectables en entornos de recursos bajos y medios (investigación sobre la prestación de atención);
- El impacto de los enfoques de marketing social y franquicia social en la atención para el aborto medido a través de una investigación de evaluación;
- Las autoridades más apropiadas para la prescripción y dispensación de los medicamentos abortivos, incluida la comparación entre los medicamentos abortivos de autoconsumo y los prescritos o dispensados por personal de salud capacitado;
- Los mecanismos para garantizar que las personas que gestionan el aborto médico por su propia cuenta tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del dolor y a métodos anticonceptivos;

- La aceptabilidad y la satisfacción de personas transgénero, no binarias e intersexuales con una serie de enfoques de prestación de servicios para la atención de calidad para el aborto.

Cobertura sanitaria universal (CSU), financiación y productos básicos para la salud

- Las repercusiones de los cambios en las listas modelo de medicamentos esenciales de la OMS en el tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol se miden mediante una investigación de evaluación.

Indicadores de seguimiento y evaluación de la atención

- La elaboración y validación de indicadores que incluyan la discapacidad social y económica, además de la física, en el cálculo de los años de vida con discapacidad relacionada con el aborto (en consonancia con el creciente interés por la carga mundial de la enfermedad y la estimación de la discapacidad);
- La elaboración y validación de métodos normalizados de verificación de datos, de modo que los datos relacionados con el aborto puedan presentarse con una puntuación de verificación (como parte de los esfuerzos para resolver la escasa notificación de datos sobre el aborto como consecuencia del estigma que este acarrea);
- La elaboración y el aumento del uso de métodos cualitativos para el seguimiento de la calidad de la atención para el aborto, con el fin de evaluar los obstáculos al progreso y los factores que contribuyen a mejorar el rendimiento del sistema de salud.

Referencias

1. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo: estrategia mundial adoptada por la 57.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?ua=1#:~:text=Los%20cinco%20aspectos%20fundamentales%20de,abortos%20peque%C3%B1os%20combatir%20las).
2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada en 1946, entró en vigor en 1948. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1946 (<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>).
3. Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016 (E/C/12/GC/22).
4. Observación general núm. 31: Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York (NY), Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (80.º periodo de sesiones), 2004 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.13).
5. IHL and human rights law. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), 2010 (<https://www.icrc.org/en/document/ihl-human-rights-law>).
6. Recomendación general núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos. Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2013 (CEDAW/C/GC/30).
7. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID 19: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334360>).
8. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Continuing essential sexual, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID 19 pandemic: practical considerations. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278406/retrieve>).
9. Grupo de Acción Sanitaria Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS). Working paper on the use of essential packages of health services in protracted emergencies. Ginebra, OMS, 2018 (<https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf>).
10. Equipo de trabajo sobre la COVID 19 del Grupo de Acción Sanitaria Mundial. Essential health services: a guidance note: how to prioritize and plan essential health services during COVID 19 response in humanitarian settings. Grupo de Acción Sanitaria Mundial, 2020 (<https://www.who.int/health-cluster/news-and-events/news/GHC-COVID-TT-EHS-final.pdf>).
11. COVID 19: Preguntas frecuentes [sitio web]. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2020 (<https://www.unfpa.org/es/covid-19-preguntas-frecuentes>).
12. COVID 19 technical brief for maternity services. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2020 (<https://www.unfpa.org/resources/covid-19-technical-brief-maternity-services>).
13. Achieve gender equality to deliver the SDGs [sitio web]. Instituto Internacional de Desarrollo Sostenible, 2017 (<http://sdg.iisd.org/commentary/policy-briefs/achieve-gender-equality-to-deliver-the-sdgs/>).
14. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Nueva York (NY), Todas las mujeres, todos los niños, 2015 (https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUUpdate_Full_ES_2017_web.pdf).
15. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).
16. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, *et al*. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–e61.
17. Nota descriptiva: Aborto [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>).
18. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, *et al*. Global, regional, and subregional classification of abortions

- by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81.
19. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>).
 20. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, *et al*. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-e33.
 21. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K, *et al*. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980-1004.
 22. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG*. 2015;123(9):1489-98.
 23. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
 24. Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>).
 25. Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311274>).
 26. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>).
 27. Consejo de Derechos Humanos, trigésimo quinto periodo de sesiones, 6 a 23 de junio de 2017, Tema 3 de la agenda: Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo: Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género: Nota de la Secretaría. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2017 (A/HRC/35/36; <https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=A/HRC/35/36&Lang=S>).
 28. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, 12 de julio de 2018. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018 (A/73/152; <https://undocs.org/A/73/152>).
 29. Framework on integrated people-centred health services (IPCHS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>).
 30. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra, OMS, 2018. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
 31. Altshuler A, Whaley N. The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):407-13.
 32. Programa de Acción. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Edición 20 Aniversario. Nueva York (NY), Naciones Unidas, 2014 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Es-FINAL.pdf>).
 33. Desarrollo sostenible: los 17 objetivos [sitio web]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2021 (<https://sdgs.un.org/es/goals>).
 34. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Naciones Unidas, 1966.
 35. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York (NY), Naciones Unidas, 2016 (A/HRC/32/32).
 36. Observación general núm. 36: Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida. Ginebra, Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (124.º periodo de sesiones), 2018 (CCPR/C/GC/36).

37. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe provisional a la Asamblea General. Nueva York (NY), Naciones Unidas, 2011 (A/66/254).
38. Recomendación general núm. 4: Los derechos de las mujeres rurales. Nueva York (NY), Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2016 (CEDAW/C/GC/34).
39. Recomendación general núm. 4: Artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud). Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1999 (A/54/38/Rev.1).
40. Observación general n.º 28: Artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Nueva York (NY), Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10).
41. Informe del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica al Consejo de Derechos Humanos. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016 (A/HRC/32/44).
42. Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID 19. Naciones Unidas, 2021 (A/76/172).
43. Observación general n.º 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra, Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2003 (CRC/GC/2003/4).
44. Relatora Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias. Informe de la Relatora Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias acerca de la adopción de un enfoque de género respecto de las ejecuciones arbitrarias. Naciones Unidas, 2017 (A/HRC/35/23).
45. Observación general n.º 15: El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). Ginebra, Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2013 (CRC/C/GC/15).
46. Observación general n.º 14: El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000 (E/C.12/2000/4).
47. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Paul Hunt. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2004 (E/CN.4/2004/49).
48. Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Informe ante el Consejo de Derechos Humanos. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2013 (A/HRC/22/53).
49. Observación general núm. 25 (2020): La ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrafos 1 b), 2, 3 y 4), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2020 (E/C.12/GC/25).
50. Whelan contra Irlanda. Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2017 (CCPR/C/11/D/2425/2014).
51. Mellet contra Irlanda. Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2016 (CCPR/C/116/D/2324/2013).
52. Observación general núm. 3: Artículo 6: Las mujeres y las niñas con discapacidad. Ginebra, Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016 (CRPD/C/GC/3).
53. Observación general n.º 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2009 (E/C.12/GC/20).
54. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe provisional ante el Consejo de Derechos Humanos. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2013 (A/HRC/23/42).
55. Recomendación general n.º 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general n.º 19. Nueva York (NY), Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017 (CEDAW/C/GC/35).
56. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Informe ante el Consejo de Derechos Humanos. Naciones Unidas, 2008 (A/HRC/7/3).
57. KL contra el Perú. Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2005 (CCPR/C/85/D/1153/2003).

58. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe a la Asamblea General. Naciones Unidas, 2009 (A/64/272).
59. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Aprobada el 13 de diciembre de 2006, entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Nueva York (NY), Naciones Unidas (A/RES/61/106).
60. Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities. Declaración conjunta del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Adoptada el 29 de agosto de 2018. Naciones Unidas, 2018.
61. Recomendación general núm. 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia. Nueva York (NY), Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2015 (CEDAW/C/GC/33).
62. Observación general núm. 20 sobre la eficacia de los derechos del niño durante la adolescencia. Ginebra, Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2016 (CRC/C/GC/20).
63. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. Informe ante el Consejo de Derechos Humanos. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016 (A/HRC/32/44).
64. Observación general n.º 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 1990 (E/1999/12).
65. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Victorian Health Promotion Foundation, Universidad de Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Ginebra, OMS, 2004.
66. Aniteye P, Mayhew S. Shaping legal abortion provision in Ghana: using policy theory to understand provider-related obstacles to policy implementation. *Health Res Policy Syst.* 2013;11(23). doi:10.1186/1478-4505-11-23.
67. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2014;22(43):141-8.
68. Fink L, Stanhope K, Roach R, Bernal O. "The fetus is my patient, too": attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2021;42(2):71-80.
69. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1989.
70. Observación General n.º 6: Igualdad y no discriminación. Ginebra, Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2018 (CRPD/C/GC/6).
71. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York (NY), Naciones Unidas, 1979.
72. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia (edición revisada). UNESCO, UNUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS, 2018 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/265335spa.pdf>).
73. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>).
74. Norris A, Bessett D, Steinberg J, Kavanaugh M, De Zordo S, Becker D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Womens Health Issues.* 2011;21(3 Supl.):S49-54.
75. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller S, Kersting A. Abortion stigma: a systematic review. *Persp Sex Reprod Health.* 2016;48(4):169-77.
76. Kumar A, Hessini L, Mitchell E. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex.* 2009;11(6):625-39.
77. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
78. Universal health coverage for sexual and reproductive health: evidence brief. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/financing-uhc-for-sexual-reproductive-health-evidence-brief/en/>).
79. UHC compendium 2021. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).

80. Coast E, Lattof S, Meulen Rodgers Y, Moore B, Poss C. The microeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252005.
81. Lattof S, Coast E, Rodgers Y, Moore B, Poss C. The mesoeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic effects of abortion on health systems. *PLoS One*. 2020;15(11):e0237227.
82. Rodgers Y, Coast E, Lattof S, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250692.
83. Cook R, Dickens B, Fathalla M. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
84. Billings D, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramírez R, Villaseñor Martínez L, *et al*. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reprod Health Matters*. 2002;10(19):86-94.
85. Villela W, Araújo M. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reprod Health Matters*. 2000;8(16):77-82.
86. Cook R, Ngwenya C. Women's access to health care: the legal framework. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94(3):216-25.
87. Cook R, Erdman J, Hevia M, Dickens B. Prenatal management of anencephaly. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102(3):304-8.
88. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;62:25-35.
89. Assifi A, Kang M, Sullivan E, Dawson A. Abortion care pathways and service provision for adolescents in high-income countries: a qualitative synthesis of the evidence. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242015.
90. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*. 2002;10(19):54-63.
91. Cook R, Erdman J, Dickens B. Achieving transparency in implementing abortion laws. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99(2):157-61.
92. Coast E, Norris A, Moore A, Freeman E. Trajectories of women's abortion-related care: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2018:199-210.
93. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. Londres y Nueva York, Zed Books, 1999.
94. Observaciones finales: Portugal. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; 2015 (CEDAW/C/PRT/CO/8-9).
95. Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impacto de las tarifas de los usuarios en la utilización de los servicios de salud materna y los resultados de salud relacionados: una revisión sistemática. *Salud Pol Plann*. 2014;29(2):137-50.
96. Observaciones finales: Alemania, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017 (CEDAW/C/DEU/CO/7-8).
97. Observaciones finales: Eslovaquia, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2012 (E/C.12/SVK/CO/2).
98. Observaciones finales: Austria, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2013 (CEDAW/C/AUT/CO/7-8).
99. Observaciones finales: Perú, Comité de las Naciones Unidas contra la Tortura, 2013.
100. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43434>).
101. Nota descriptiva: Cobertura sanitaria universal (CSU). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 ([https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
102. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, División de Salud y Medicina, Junta de Servicios de Atención Sanitaria, Junta de Salud de la Población y Práctica de Salud Pública, Comité de Servicios de Salud Reproductiva. Essential clinical competencies for abortion providers (capítulo 3). En: *The safety and quality of abortion care in the United States*. Washington, DC, National Academies Press (US), 2018 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507233/>).
103. Essential competencies for midwifery practice: 2019 update. International Confederation of Midwives, 2019 (<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>).
104. Developing a global competency framework for universal health coverage. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/news/item/04-06-2018-developing-a-global-competency-framework-for-universal-health-coverage>).

105. Marco mundial de competencias y resultados de la OMS para la cobertura sanitaria universal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (de próxima aparición).
106. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Asamblea Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>).
107. WHO model list of essential medicines – 21st list, 2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>).
108. WHO model list of essential medicines – 22nd list, 2021. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>).
109. Roadmap for access to medicines, vaccines and health products 2019–2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145>).
110. Giashuddin M, Kibria M. Forecasting exercise for the 13 reproductive, maternal, newborn, and child health commodities prioritized by the UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa de Sistemas para la Mejora del Acceso a Productos Farmacéuticos y Servicios (SIAPS). Arlington (VA), Management Sciences for Health, 2014 (<https://siapsprogram.org/publication/forecasting-exercise-for-the-13-reproductive-maternal-newborn-and-child-health-commodities-prioritized-by-the-un-commission-on-life-saving-commodities-for-women-and-children/>).
111. Babigumira J, Stergachis A, Kanyok T, Evans L, Hajjou M, Nkansah P, *et al.* Promoting the quality of medicines: a risk-based resource allocation framework for pharmaceutical quality assurance for medicines regulatory authorities in low- and middle-income countries. Rockville (MD), USP, 2018 (https://www.usp-pqm.org/sites/default/files/pqms/article/risk-based_resource_allocation_framework_june2018.pdf).
112. List of Stringent Regulatory Authorities, 51st report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 1003. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs>).
113. Marketing authorization of pharmaceutical products with special reference to multisource (generic) products. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44576/9789241501453_eng.pdf).
114. Dirección General de Empresa e Industria. A guideline on changing the classification for the supply of a medicinal product for human use. Comisión Europea, 2006 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-2/c/switchguide_160106_en.pdf).
115. Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial, GAVI, Fondo Mundial. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (https://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_frant_Nov_2009.pdf).
116. Global Abortion Policies Database (GAPD) [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, sin fecha (<http://abortion-policies.srhr.org/>).
117. Mutua M, Manderson L, Musenge E, Achia T. Policy, law and post-abortion care services in Kenya. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204240.
118. Rehfuess EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e000844.
119. Schünemann, H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, editors. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. GRADEpro.org; 2013 (<https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>).
120. Tratamiento médico del aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328166>).
121. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf).
122. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747>).

123. Rodek C, Deans A. Red cell alloimmunization. En: Rodek CH y Martin JW, editores. *Fetal medicine basic sciences and clinical practice*, second edition. Londres: Churchill Livingstone Elsevier; 2009:559-77.
124. Goldman J, Eckerling B. RH immunization in spontaneous abortion. *Acta Europaea Fertilitatis*. 1972;3(3):253-4.
125. Gavin P. Rhesus sensitization in abortion. *Obstet Gynecol*. 1972;39(39):37-40.
126. Stern K, Davidsohn I, Masaitis L. Experimental studies on Rh immunization. *Am J Clin Pathol*. 1956;26(26):833-43.
127. Wiebe E, Campbell M, Aiken A, Albert A. Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. *Contraception X*. 2019;1(100001).
128. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250802>).
129. Penney G, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, *et al*. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *BJOG*. 1998;105(105):599-604.
130. Duncan C, Reynolds-Wright J, Cameron S. Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020. doi:10.1136/bmjsex-2020-200888.
131. Smith G, Stubblefield P, Chirchirillo L, McCarthy M. Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;133(133):489-98.
132. Bélanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*. 1989;36(36):339-50.
133. Renner R, Jensen J, Nichols M, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2009;(2):CD006712.
134. Borgotta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *J Reprod Med*. 1997;42(42):287-93.
135. Grimes D, Schulz K, Cates W. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA*. 1984;251(251):2108-11.
136. Schulz K, Grimes D, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*. 1983;1(1):1182-5.
137. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;62:25-35.
138. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77764>).
139. Observaciones finales: Croacia, Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1998 (A/53/38).
140. Observaciones finales: Italia, Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1997 (A/52/38 Rev.1).
141. Observaciones finales: Eslovaquia, Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2008 (A/63/38).
142. Observaciones finales: Polonia, Comité de las Naciones Unidas contra la Tortura, 2013 (CAT/C/POL/CO/5-6).
143. P. y S. c. Polonia, demanda n.º 57375/08, decisión del 30 de octubre de 2012, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2012.
144. Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF EN) c. Italia, Decisión sobre el fondo, 10 de septiembre de 2013. Comité Europeo de Derechos Sociales (2013) (n.º 87/2012).
145. Observaciones finales: Polonia, Comité de Derechos Humanos, 2010 (CCPR/C/POL/CO/6).
146. Observaciones finales: Polonia, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2009 (E/C.12/POL/CO/5).
147. Observaciones finales: Hungría, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2013 (CEDAW/C/HUN/CO/7-8).
148. Observaciones finales: Eslovaquia, Comité de los Derechos del Niño, 2016 (CRC/C/SVK/CO/3-5).
149. Observaciones finales: Polonia, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2014 (CEDAW/C/POL/CO/7-8).

150. Observaciones finales: Rumania, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017 (CEDAW/C/ROU/CO/7-8).
151. Gemzell-Danielsson K, Ho P, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Supl 2:S182-S5.
152. Lemmers, M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, *et al.* Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2019;(6):CD002253.
153. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin Endocrinol.* 1978;8:123-32.
154. Schreiber C, Sober S, Ratcliffe S, Creinin M. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2011;84(84):230-3.
155. Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review and meta-analysis. *Contraception.* 2021;103(103):291-304.
156. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/102539>).
157. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>).
158. Raymond E, Weaver M, Louie K, Tan Y, Bousiégué M, Aranguré-Peraza A, *et al.* Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(128):739-45.
159. de Roodenbeke E, Lucas S, Rouzaut A, Bana F. Outreach services as a strategy to increase access to health workers in remote and rural areas. Informe técnico, n.º 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310729/>).
160. Haemmerli M, Santos A, Penn-Kekana L, Lange I, Matovu F, Benova L, *et al.* How equitable is social franchising? Case studies of three maternal healthcare franchises in Uganda and India. *Health Policy Plan.* 2018;33(33):411-9.
161. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf>).

Anexos

Anexo 1. Expertos externos y personal de la OMS que participaron en la elaboración de las directrices

Miembros de los Grupos de revisión de la evidencia

Se crearon tres grupos de expertos para revisar la evidencia, uno por cada ámbito tratado en estas directrices: servicios clínicos, prestación de servicios y legislación y políticas. Debajo de la lista de miembros de cada grupo de revisión de la evidencia, se enumeran los colaboradores adicionales que realizaron aportaciones en cada ámbito a las reuniones previas sobre el alcance.

Miembros del Grupo de revisión de la evidencia sobre los servicios clínicos

Nombre	Organización Ciudad, país	Región de la OMS de residencia	Ámbito de competencias	Declaraciones/ conflictos de intereses
Laura Castleman	Planned Parenthood Michigan y la Universidad de Michigan Ann Arbor, MI, Estados Unidos de América (Estados Unidos)	Américas	Ginecología y obstetricia	Ninguno
Suchitra Dalvie	Consultora del programa de salud sexual y reproductiva, Mumbai (India)	Asia Sudoriental	Aborto, sensibilización	Ninguno
Michalina Drejza	Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar (YAFFP), Poznań (Polonia)	Europa	Obstetricia y ginecología, jóvenes	Ninguno
Kristina Gemzell Danielsson ^a	Departamento de Salud de la Mujer y el Niño, Instituto Karolinska Estocolmo (Suecia)	Europa	Obstetricia y ginecología, investigación sobre el aborto	Ninguno
Laura Gil ^a	Fundación Educación Para la Salud Reproductiva (ESAR), Bogotá (Colombia)	Américas	Aborto, anticoncepción	Ninguno
Selma Hajri ^a	Grupo de Investigación y Acción TAWHIDA sobre la Salud de la Mujer Túnez (Túnez)	Mediterráneo Oriental	Aborto, anticoncepción, investigación	Ninguno
Guyo Jaldesa	Universidad de Nairobi, Nairobi (Kenya)	África	Ginecología y obstetricia	Ninguno
Dharmika Perera ^a	Marie Stopes International Londres (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)	Europa	Aborto, anticoncepción	Ninguno
Alongkone Phengsavanh	Universidad de Ciencias de la Salud Vientián (República Democrática Popular Lao)	Pacífico Occidental	Ginecología y obstetricia, tratamiento del aborto	Ninguno
Judiac Ranape ^a	Departamento de Salud, Ciudad del Cabo (Sudáfrica)	África	Enfermería, formación de enfermeros, tratamiento del aborto	Ninguno
Kitihoun Serge	Unidad de Salud Reproductiva, Instituto Regional de Salud Pública Alfred Comlan Quenum Ouidah (Benín)	África	Aborto, anticoncepción	Ninguno
Asesora de derechos humanos				
Christina Zampas	Centro de Derechos Reproductivos, Ginebra (Suiza)	Europa	Derecho, derechos humanos, trabajo sexual, esterilización forzada	Ninguno

^a Estos miembros también contribuyeron a la reunión sobre el alcance relativa a este ámbito, de cara a las reuniones del Grupo de evaluación de la evidencia, junto con los siguientes expertos adicionales: Abigail Aiken (Universidad de Texas, Estados Unidos), Rodica Comendant (Centro de Formación en Salud Reproductiva, República de Moldavia), Debora Diniz (Instituto de Bioética, Brasil), Angel Foster (Universidad de Ottawa, Canadá), Daniel Grossman (Universidad de California, San Francisco, Estados Unidos), Kinga Jelinka (Women Help Women, Países Bajos), Munir Kassa (Center for International Reproductive Health Training, Etiopía), Rasha Khoury (Médicos sin Fronteras, Afganistán), Alice Mark (Federación Nacional del Aborto, Estados Unidos), Mariana Romero (Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina), Marion Stevens (Coalición por la Justicia Sexual y Reproductiva, Sudáfrica), Nadira Sultana (Fondo Mundial - Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, Bangladesh).

Miembros del Grupo de revisión de la evidencia sobre la prestación de servicios

Nombre	Organización Ciudad, país	Región de la OMS de residencia	Ámbito de competencias	Declaraciones/conflictos de intereses
Fauzia Akhter Huda ^a	División de Salud de la Madre y el Niño, Centro Internacional de Investigación de Enfermedades Diarreicas, Bangladesh (ICDDR) Dhaka (Bangladesh)	Asia Sudoriental	Salud pública, sistemas de salud, aborto	Ninguno
Nana Yaa Appiah	Women's Voices Foundation Accra (Ghana)	África	Farmacia, marketing social, desarrollo profesional	Ninguno
Karla Berdichevsky	Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría Federal de Salud, Ciudad de México (México)	Américas	Programas, políticas e investigaciones en materia de salud sexual y reproductiva	Ninguno
Jemima Araba Dennis-Antwi	Colegio de Enfermeras y Comadronas de Ghana Accra (Ghana)	África	Fortalecimiento de los sistemas de salud, salud materna, partería, formación en enfermería	Ninguno
Surendra Dhital	Farmacéutico independiente Katmandú (Nepal)	Asia Sudoriental	Farmacia, asesoramiento, aborto seguro	Ninguno
Caitlin Gerdt ^a	Ibis Reproductive Health Oakland, CA (Estados Unidos de América)	Américas	Investigación cualitativa, uso de la tecnología, acceso al aborto	Ninguno
Daniel Maceira	Departamento de Economía, Universidad de Buenos Aires Buenos Aires (Argentina)	Américas	Investigación sobre sistemas de salud, programación de la salud y formulación de políticas	Ninguno
Vinoj Manning ^a	Fundación Ipas para el Desarrollo Nueva Delhi (India)	Asia Sudoriental	Sistemas de salud, atención para el aborto	Ninguno
Sybil Nkeiru	Red de la Iniciativa Generacional para la Mujer y la Juventud (GIWYN) Lagos (Nigeria)	África	Activista de derechos humanos	Ninguno
Hiroimi Obara ^a	Departamento de Planificación y Gestión de la Salud, Oficina de Cooperación Internacional en Salud, Centro Nacional para la Salud y la Medicina Globales Tokio (Japón)	Pacífico Occidental	Planificación y gestión sanitaria, salud de la madre y políticas sobre el aborto	Ninguno
Karan Parikh	Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar (IYAFF) Mumbai (India)	Asia Sudoriental	Profesional clínico, juventud	Ninguno
Michelle Remme	Instituto Internacional de la Universidad de las Naciones Unidas para la Salud Mundial (UNU-IIGH) Kuala Lumpur (Malasia)	Pacífico Occidental	Investigación, género, financiación de los sistemas de salud	Ninguno
Karthik Srinivasan ^b	Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Londres (Reino Unido)	Europa	Productos básicos, sistema de salud	Ninguno
Asesora de derechos humanos				
Christina Zampas	Centro de Derechos Reproductivos, Ginebra (Suiza)	Europa	Derecho, derechos humanos, trabajo sexual, esterilización forzada	Ninguno

^a Estos miembros también contribuyeron a la(s) reunión(es) sobre el alcance relativas a este ámbito, de cara a las reuniones del Grupo de evaluación de la evidencia, junto con los siguientes expertos adicionales: Patrick Aboagye (Ghana Health Services, Ghana), Laura Castleman (Ipas, Planned Parenthood y Universidad de Michigan, Estados Unidos), Amanda Cleeve (Karolinska Institutet, Suecia), Saida Chowdhury (consultora independiente, Estados Unidos), Rodica Comendant (Centro de Capacitación en Salud Reproductiva, República de Moldavia), Joanna Erdman (Universidad de Dalhousie, Canadá), Rebecca Gomperts (Women on Waves, Países Bajos), Chisale Mhango (Universidad de Malawi, Malawi), Monica Oguttu (Kisumu Medical and Education Trust, Kenia), Paul Mandira (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Estados Unidos), Mariana Romero (Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina), Sarmad Soomar (Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar, Pakistán).

^b Este miembro empezó a trabajar para un organismo de financiación antes de la última reunión del Grupo de evaluación de la evidencia y, por tanto, su participación en la elaboración de las directrices terminó en ese momento.

Miembros del Grupo de revisión de la evidencia sobre legislación y políticas

Nombre	Organización Ciudad, país	Región de la OMS de residencia	Ámbito de competencias	Declaraciones/ conflictos de intereses
Marge Berer	Campaña Internacional por el Derecho de la Mujer al Aborto Seguro Londres (Reino Unido)	Europa	Ciencias sociales, políticas sobre el aborto	Ninguno
Joanna Erdman ^a	Facultad de Derecho de Schulich, Universidad de Dalhousie Halifax (Canadá)	Américas	Derechos humanos, derecho y políticas en materia de salud	Ninguno
Godfrey Kangaude	Universidad de Pretoria y Universidad de Toronto Blantyre (Malawi)	África	Derecho de la salud y los derechos sexuales y reproductivos	Ninguno
Akila Radhakrishnan	Global Justice Center Nueva York (Estados Unidos)	Américas	Legislación y políticas	Ninguno
Ruben Avila Reyna	Grupo de Trabajo de la Juventud de la Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación de la Familia (IYAFF) Nuevo León (México)	Américas	Derechos humanos, sensibilización, juventud	Ninguno
Chi-Chi Undie	Consejo de población Nairobi (Kenya)	África	Aborto y anticoncepción, política	Ninguno
Asesora de derechos humanos				
Abhijit Das	Centro de Salud y Justicia Social Nueva Delhi (India)	Asia Sudoriental	Derechos humanos	Ninguno
Sara Hossain	Colegio de Abogados del Tribunal Supremo de Bangladesh Dhaka (Bangladesh)	Asia Sudoriental	Legislación y políticas, derechos humanos	Ninguno
Karima Khalil	Consultora en salud de la madre y el niño Nueva Delhi (India)	Asia Sudoriental	Legislación y políticas, derechos humanos	Ninguno
Primah Kwagala	Directora, Women's Probono Initiative Kampala (Uganda)	África	Legislación y políticas, derechos humanos	Ninguno
Monica Arango Olaya	Facultad de Derecho de la Universidad de Oxford Oxford (Reino Unido)	Europa	Legislación y políticas, derechos humanos	Ninguno
Xian Warner	Coordinadora de investigación y programas, The Equality Institute Dili (Timor Oriental)	Pacífico Occidental	Legislación y políticas, derechos humanos	Ninguno
Christina Zampas ^a	Centro de Derechos Reproductivos Ginebra (Suiza)	Europa	Derecho, derechos humanos, trabajo sexual, esterilización forzada	Ninguno

^a Estos miembros también contribuyeron a la(s) reunión(es) sobre el alcance para este ámbito, de cara a las reuniones del Grupo de evaluación de la evidencia, junto con los siguientes expertos adicionales: Paola Bergallo (Universidad Torcuato Di Tella, Argentina), Lucia Berro Pizzarossa (Universidad de Groningen, Países Bajos), Scott Burris (Universidad de Temple, Estados Unidos), Fiona de Londras (Universidad de Birmingham, Reino Unido), Silvia de Zordo (Universidad de Barcelona, España), Debora Diniz (Instituto de Bioética, Brasil), Heather Douglas (Universidad de Queensland, Australia), Daniel Grossman (Universidad de California, San Francisco, Estados Unidos), Selma Hajri (Grupo TAWHIDA de Investigación y Acción sobre la Salud de la Mujer, Túnez), Jihan Jacob, Centro de Derechos Reproductivos, Filipinas), Minzee Kim (Universidad Femenina de Ewha, República de Corea), Chisale Mhango (Universidad de Malawi, Malawi), Mahesh Puri (Centro de Investigación sobre Medio Ambiente, Salud y Actividades Poblacionales, Nepal), Patricia Schulz (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Suiza), Patty Skuster (Ipas, Estados Unidos), Marion Stevens (Coalición por la Justicia Sexual y Reproductiva, Sudáfrica), Maya Unnithan (Universidad de Sussex, Reino Unido).

Miembros del Grupo de elaboración de directrices y declaraciones de intereses

Nombre	Cargo, organización Ciudad, país	Región de la OMS de residencia	Ámbito de competencias	Declaraciones/ conflictos de intereses
Fauzia Akhter Huda	Coordinadora de Proyectos, División de Salud de la Madre y el Niño, Centro Internacional para la Investigación de las Enfermedades Diarreicas de Bangladesh (ICDDR) Dhaka (Bangladesh)	Asia Sudoriental	Salud pública, sistemas de salud, aborto	Ninguno
Karla Berdichevsky	Directora de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría Federal de Salud de México Ciudad de México (México)	Américas	Programas, políticas e investigaciones en materia de salud sexual y reproductiva	Ninguno
Marge Berer	Coordinadora de la Campaña Internacional por el Derecho de la Mujer al Aborto Seguro Londres (Reino Unido)	Europa	Legislación y políticas	Ninguno
Laura Castleman (PRESIDENTA)	Directora Médica Asociada, Planned Parenthood de Michigan y Profesora Clínica Adjunta en la Universidad de Michigan Ann Arbor (Estados Unidos)	Américas	Ginecología y obstetricia	Ninguno
Michalina Drejza	Directora de Investigación y Desarrollo, Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar (IYAFP) Poznań (Polonia)	Europa	Obstetricia y ginecología, jóvenes	Ninguno
Joanna Erdman	Profesora asociada de Derecho y Política de la Salud, Facultad de Derecho Schulich, Universidad Dalhousie Halifax, Nueva Escocia (Canadá)	Américas	Legislación y políticas	Ninguno
Kristina Gemzell Danielsson	Directora del Departamento de Salud de la Mujer y el Niño, Instituto Karolinska Estocolmo (Suecia)	Europa	Obstetricia y ginecología, investigación sobre el aborto	Ninguno
Caitlin Gerds	Vicepresidenta de Investigación, Ibis Reproductive Health Oakland, CA (Estados Unidos)	Américas	Investigación cualitativa	Ninguno
Laura Gil	Médica Bogotá (Colombia)	Américas	Servicios clínicos	Ninguno
Selma Hajri	Fundadora y Presidenta del Grupo TAWHIDA de Investigación y Acción sobre la Salud de la Mujer Túnez (Túnez)	Mediterráneo Oriental	Aborto, anticoncepción, investigación	Ninguno
Guyo Jaldesa	Profesor Asociado de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Nairobi Nairobi (Kenya)	África	Ginecología y obstetricia	Ninguno
Godfrey Kangaude	Investigador postdoctoral, Universidad de Pretoria, y colaborador en Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Toronto Blantyre (Malawi)	África	Derecho de la salud y los derechos sexuales y reproductivos	Ninguno
Vinoj Manning	Director general Fundación Ipas para el Desarrollo, Nueva Delhi (India)	Asia Sudoriental	Sistemas de salud	Ninguno
Hiroimi Obara	Médica, Directora Adjunta de la División de Política e Investigación de Salud Mundial, Departamento de Planificación y Gestión Sanitaria, Oficina de Cooperación Sanitaria Internacional del Japón, Centro Nacional de Salud y Medicina Global, y coordinadora de proyectos en Camboya, Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) Tokio (Japón)	Pacífico Occidental	Sistemas de salud	Ninguno
Alongkone Phengsavanh	Vicedecano, Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias de la Salud Vientián (República Democrática Popular Lao)	Pacífico Occidental	Ginecología y obstetricia, tratamiento del aborto	Ninguno
Akila Radhakrishnan	Presidenta del Centro de Justicia Global Nueva York (Estados Unidos)	Américas	Legislación y políticas	Ninguno

Continuación en la página siguiente

Nombre	Cargo, organización Ciudad, país	Región de la OMS de residencia	Ámbito de competencias	Declaraciones/ conflictos de intereses
Michelle Remme	Jefa de Investigación, Instituto Internacional de la Universidad de las Naciones Unidas para la Salud Mundial (UNU-IIGH)	Pacífico Occidental	Investigación, género, financiación de los sistemas de salud	Ninguno
Chi Chi Undie	Senior Associate, Population Council Nairobi, Kenya	África	Aborto y anticoncepción, política	Ninguno
Asesora de derechos humanos				
Christina Zampas	Directora Asociada de Promoción Mundial, Centro de Derechos Reproductivos Ginebra (Suiza)	Europa	Derechos humanos	Ninguno

Observadores en la reunión del Grupo de elaboración de directrices

- Patricia Lohr, directora médica del British Pregnancy Advisory Service (BPAS), Londres (Reino Unido); también miembro del grupo asesor del programa Making Abortion Safe del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
- Jaydeep Tank, Secretario General de la Federación de Sociedades de Obstetricia y Ginecología de la India (FOGSI) y Presidente del Grupo de Trabajo de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) para el aborto seguro, Mumbai (India).
- Francelle Toedtli, Consultora, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Nueva York (Estados Unidos).
- Ann Yates, Asesora Principal de Personal de Partería, Confederación Internacional de Personal de Partería (ICM), Oficina Central, La Haya (Países Bajos).

Responsable(s) de la metodología de las directrices

Ámbito de los servicios clínicos: Jeppe Schroll, Consultor, Coordinador de Investigación y Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Amager Hvidovre, Copenhague (Dinamarca).

Ámbito de prestación de servicios: Nicholas Henschke y Gemma Villanueva, revisores sistemáticos principales, y Yanina Sguassero, revisora sistemática, de Cochrane Response.

Ámbito de legislación y políticas: María Rodríguez, profesora asociada de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Salud y Ciencias de Oregón (OHSU), Portland, Oregón (Estados Unidos).

Equipo(s) de síntesis de la evidencia

Ámbito de servicios clínicos:

- Grupo Cochrane de Regulación de la Fertilidad (CFR), de la Universidad de Salud y Ciencia de Oregón (OHSU):
 - Investigadoras principales: Alison Edelman, María Rodríguez, Makalapua Motu 'apuaka, Taylor King.
 - Apoyo a la estrategia de búsqueda: Robyn Paynter.
 - Miembros del equipo/autores de la revisión: Jessica Atrio, Sharon Cameron, Justin T. Diedrich, Eleanor Drey, Alison Edelman, Katherine Gambir, Bela Ganatra, Jeffrey T.J. Jensen, Nathalie Kapp, Caron Kim, Patricia Lohr, Adrienne E. McKercher, Karen Meckstroth, Chelsea Morroni, Kelly Ann Necastro, Sara J. Newmann, Thoai D. Ngo, Antoinette Nguyen, Mark D.N. Nichols, Regina-Maria Renner, John J. Reynolds-Wright, Tesfaye Tufa, Mulat A. Woldetsadik.
- Personal del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación de la OMS, consultores y colaboradores de Family Planning:
 - Michelle Chan, colaboradora de Family Planning, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Columbia Británica (Canadá);

- Elizabeth Clark, colaboradora de Family Planning, Universidad Emory, Atlanta, Georgia (Estados Unidos);
- Teresa DePiñeres, Directora Clínica, Proyecto de Acceso a Medicamentos Abortivos, Essential Access Health;
- Margit Endler, obstetra y ginecóloga, Hospital Central del Sur de Estocolmo, e Investigadora, Estocolmo (Suecia);
- Roopan Gill, Consultora, Unidad de Prevención del Aborto Peligroso, Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, OMS, Ginebra (Suiza); Asesora en materia de Salud de la Mujer, Médicos Sin Fronteras (MSF), París (Francia);
- Yelena Korotkaya, colaboradora de Family Planning, Universidad de California, Los Ángeles, California (Estados Unidos);
- Lemi Tolu, colaboradora de Family Planning, Profesora Asistente de Obstetricia y Ginecología, Saint Paul 's Hospital Millennium Medical College, Addis Abeba (Etiopía).

Ámbito de prestación de servicios:

- Cochrane Response:
 - Investigadores principales: Nicholas Henschke, Yanina Sguassero y Gemma Villanueva.
 - Apoyo a la estrategia de búsqueda: Elise Cogo.
 - Miembros del equipo/autores de la revisión: Hanna Bergman, Brian Buckley, Jennifer Petkovic, Chantelle Garritty, Candyce Hamel, Katrin Probyn.
- Personal de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS, consultores y colaboradores de Family Planning:
 - Lemi Tolu, colaboradora de Family Planning, Profesora Asistente de Obstetricia y Ginecología, Saint Paul 's Hospital Millennium Medical College, Addis Abeba (Etiopía);
 - Mekdes Feyssa, Médica, Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA), Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, OMS, Ginebra (Suiza);
 - Roopan Gill, Consultora, Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA), Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, OMS, Ginebra (Suiza); Asesora de Salud de la Mujer, Médicos Sin Fronteras (MSF), París (Francia);
 - Caron Kim, Médica, Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA), Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, OMS, Ginebra (Suiza);
 - Bianca Stifani, colaboradora de Family Planning, Obstetra y Ginecóloga, Albert Einstein College of Medicine y Montefiore Medical Center, Nueva York (Estados Unidos);
 - Tesfaye Tufa, colaboradora de Family Planning, Profesora Asistente de Obstetricia y Ginecología, Saint Paul 's Hospital Millennium Medical College, Addis Abeba (Etiopía).
- Otros contribuyentes:
 - Ernestina Coast, profesora de Salud y Desarrollo Internacional, London School of Economics and Political Science, Londres (Reino Unido);
 - Samantha Lattof, investigadora visitante, Departamento de Desarrollo Internacional, London School of Economics and Political Science, Londres (Reino Unido);
 - Brittany Moore, Consultora, Asesora de la División Científica y Técnica, Ipas, Chapel Hill, Carolina del Norte (Estados Unidos);
 - Cheri Poss, Directora Asociada, Program Evidence, Ipas, Chapel Hill, Carolina del Norte (Estados Unidos);
 - Yana Rodgers, Profesora, Departamento de Estudios sobre la Mujer, el Género y la Sexualidad, Directora del Centro para la Mujer y el Trabajo, Universidad de Rutgers, Nueva Brunswick, Nueva Jersey (Estados Unidos).

Ámbito de legislación y políticas:

- Programa de Vigilancia de Políticas del Center for Public Health Law Research (CPHLR), Temple University, Filadelfia, Pensilvania (Estados Unidos):
 - Investigador principal: Scott Burris.
 - Miembros del equipo/autores de la revisión: Lindsay Foster Cloud, Adrienne R. Ghorashi, Rachel Rebouché, Patty Skuster.
- Facultad de Derecho de Birmingham, Universidad de Birmingham, Birmingham (Reino Unido):
 - Investigadora principal: Fiona de Londras, Cátedra de Estudios Jurídicos Globales, Facultad de Derecho de Birmingham.
 - Miembros del equipo/autoras de la revisión: Alana Farrell, Magdalena Furgalska.
- Personal y consultoras de la OMS en materia de salud sexual y reproductiva:
 - Amanda Cleeve, Consultora en salud sexual y reproductiva y prevención del aborto peligroso, Estocolmo (Suecia);
 - Antonella Lavelanet, Médica, Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA), Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, OMS, Ginebra (Suiza);
 - María Rodríguez, Profesora Asociada, Obstetricia y Ginecología, Oregon Health & Science University (OHSU), Portland, Oregón (Estados Unidos).

Grupo de revisión externa

Nombre	Organización Ciudad, país	Región de la OMS de residencia	Ámbito de competencias
Safia Ahsan	Reproductive Health Supplies Coalition, PATH Washington, DC (Estados Unidos)	Américas	Desarrollo del mercado, gestión de la cadena de suministro
Traci Baird	EngenderHealth Washington, DC (Estados Unidos)	Américas	Liderazgo, salud de la mujer, salud sexual y reproductiva
Sharon Cameron	Hospital Chalmers Edimburgo (Reino Unido)	Europa	Obstetricia y ginecología, aborto, anticoncepción, infección del tracto genital
Jane Harries	Dependencia de Investigaciones sobre la Salud de la Mujer, Escuela de Salud Pública, Universidad de Ciudad del Cabo Ciudad del Cabo (Sudáfrica)	África	Aborto, anticoncepción, investigación
Thoai Ngo	Consejo de población Nueva York (Estados Unidos)	Américas	Investigación, políticas de salud
Mariana Romero	Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) Buenos Aires (Argentina)	Américas	Salud materna, aborto, investigación
Rachel Simon-Kumar	Escuela de Salud de la Población, Universidad de Auckland y Centro Asiático de Investigación y Evaluación en Salud (CAHRE) Auckland (Nueva Zelanda)	Europa	Ciencias sociales, género y economía
Beverly Winikoff	Proyecto Gynuity Health Nueva York (Estados Unidos)	Américas	Elección reproductiva, anticoncepción, aborto, salud de la mujer

Asociados externos (incluidas las organizaciones asociadas en la ejecución) que proporcionaron observaciones sobre el proyecto de directrices

- Rasha Dabash, Ipas, Chapel Hill, Carolina del Norte (Estados Unidos);
- Rebecca Wilkins, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Londres (Reino Unido);
- Bethan Cobley, MSI Reproductive Choices, Londres (Reino Unido);
- Steve Luboya, Pathfinder, Watertown, Massachusetts (Reino Unido);
- Eva Lathrop, Population Services International, Washington DC (Estados Unidos).

Miembros del Grupo Directivo de la OMS

Nombre	Departamento y unidad	Ámbito de competencias
Mekdes Daba Feyssa	Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e investigación (SSR), Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA), Sede de la OMS	Aborto, anticoncepción
Bela Ganatra	SSR, PUA, Sede de la OMS	Aborto, ciencias sociales
Roopan Gill (durante las primeras etapas de la planificación de las directrices)	SSR, PUA, Sede de la OMS (anteriormente)	Aborto, anticoncepción, entornos humanitarios
Heidi Johnston	SSR, PUA, Sede de la OMS	Aborto, demografía
Rajat Khosla (durante las primeras etapas de la planificación de las directrices)	SSR, Oficina del Director, Sede de la OMS (anteriormente)	Asesor de derechos humanos
Caron Kim ^a	SSR, PUA, Sede de la OMS	Aborto, anticoncepción, salud sexual y reproductiva y derechos en situaciones de emergencia sanitaria
Antonella Lavelanet	SSR, PUA, Sede de la OMS	Aborto, anticoncepción, legislación y políticas, y derechos humanos
Lemi Tolu (durante las primeras etapas de la planificación de las directrices)	SSR, PUA, Sede de la OMS (anteriormente)	Aborto, anticoncepción

^a Oficial técnica responsable de la elaboración de estas directrices

Miembros de la Secretaría de la OMS

Nombre	Departamento y unidad (y región si corresponde)
Moazzam Ali	Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación (SSR), Unidad de Anticoncepción y Atención de la Fertilidad (CFC), Sede de la OMS, Ginebra (Suiza)
Ian Askew	SSR, Sede de la OMS
Chilanga Asmani	Salud Reproductiva y materna y envejecimiento, Oficina Regional de la OMS para África, Brazzaville (Congo)
Laurence Codjia	Departamento de Personal de Salud, Unidad de Mercado de Trabajo en el Sector de la Salud y Asociaciones (HLM), Sede de la OMS, Ginebra (Suiza)
Ibadat Dhillon	Recursos Humanos para la Salud y Asociaciones, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, Nueva Delhi (India)
Carolyn Ekman	SSR, Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA), Sede de la OMS
Claire Garabedian	SSR, PUA, Sede de la OMS
Rodolfo Gómez Ponce de León	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Salud Reproductiva (CLAP/SMR), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Montevideo (Uruguay)
Veloshnee Govender	SSR, Unidad de Integración de la SSR en los Sistemas de Salud (SHS), Sede de la OMS
Hannah Hatch	SSR, PUA, Sede de la OMS
Lisa Hedman	Sistemas de Salud e Innovación (HIS), Unidad de Medicamentos y Productos Sanitarios Esenciales (EMP), Sede de la OMS
Nilmini Hemachandra	Salud Reproductiva y de la Madre, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, El Cairo (Egipto)
Shogo Kubota	República Democrática Popular Lao, Oficina de la OMS, Vientiane (República Democrática Popular Lao)
Laurence Läser	SSR, PUA, Sede de la OMS
Ulrika Loi Rehnström	SSR, PUA, Sede de la OMS
Bruno Meessen	Gobernanza y financiación de los sistemas de salud (HGF), financiación de la salud (HEF), Sede de la OMS
Fahdi Dkhimi	HGF, HEF, Sede de la OMS
Marta Schaaf	Oficina del Director de SSR, Sede de la OMS
Patricia Titulaer	SSR, PUA, Sede de la OMS

Anexo 2. Selección de tratados de derechos humanos y sus órganos de control

Para obtener información más detallada sobre cómo se aplican las normas internacionales de derechos humanos al aborto, véase el anexo A en línea: Principales normas internacionales de derechos humanos sobre el aborto, disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349317>

Tratado (en orden cronológico)	Abreviatura (en inglés)	Año de adopción	Año de entrada en vigor	Órgano de supervisión del tratado ^a	Abreviatura (en inglés)
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	ICERD	1965	1969	Comité para la eliminación de la discriminación racial	CERD
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	ICCPR	1966	1976	Comité de Derechos Humanos	HRC
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	ICESCR	1966	1976	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	CESCR
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	CEDAW	1979	1981	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer	CEDAW
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	CAT	1984	1987	Comité contra la Tortura	CAT
Convención sobre los Derechos del Niño	CRC	1989	1990	Comité de los Derechos del Niño	CRC
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares	ICMW	1990	2003	Comité sobre los Trabajadores Migratorios	CMW
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	CRPD	2006	2008	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	CRPD

^a En ocasiones también se los denomina «órganos creados en virtud de tratados».

Puede obtenerse más información sobre los principales instrumentos internacionales de derechos humanos y sus órganos de control en: <https://www.ohchr.org/es/core-international-human-rights-instruments-and-their-monitoring-bodies>

Anexo 3. Referencias para el glosario

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID 19 pandemic: interim guidance, mayo de 2020. Documentos técnicos Ginebra, OMS, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975>).
2. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2.^a ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>).
3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10), Vol. 2, segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>).
4. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada en 1946. Entró en vigor en 1948. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1946 (<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>).<http://www.who.int/about/mission/en/>
5. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
6. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>).
7. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (versión: 09/2020) 2020 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>).
8. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Victorian Health Promotion Foundation, Universidad de Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>).
9. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2017;(1):CD007223.
10. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99(Supl. 2):S182-5.
11. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Oficina del Director Asociado de Política y Estrategia. Definition of Policy. Atlanta (GA): CDC; 2015 (<https://www.cdc.gov/policy/analysis/process/definition.html>).
12. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Documentos técnicos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
13. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>).
14. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>).
15. Barone A. Social enterprises. Investopedia [sitio web], 2020 (<https://www.investopedia.com/terms/s/social-enterprise.asp>).
16. Public policy and franchising reproductive health: current evidence and future directions: guidance from a technical consultation meeting (inéedito). Organización Mundial de la Salud y USAID, 2007.
17. Koehlmoos T, Gazi R, Hossain S, Zaman K. Social franchising to increase access to and quality of health services in low- and middle-income countries. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2009;(1):CD007136.
18. Birkinshaw M. Social marketing for health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62146/HMD_89.2.pdf).

19. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf>).
20. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>).

Anexo 4. Métodos y procesos empleados en la elaboración de las directrices

A. Grupos de elaboración de las directrices

En el anexo 1 figuran los nombres de los miembros de cada uno de los grupos de trabajo (y sus declaraciones de intereses). Al final del presente anexo figura un resumen de las principales reuniones celebradas.

Grupo Directivo de las Directrices de la OMS

El Grupo Directivo de Directrices de la OMS llevó las riendas del proceso de elaboración de las directrices. El Grupo estuvo presidido por el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación de la OMS e integrado por ocho funcionarios del Departamento, entre ellos siete de la Dependencia de Prevención del Aborto Peligroso y la asesora de derechos humanos del Departamento. La experiencia en materia de género, ética, responsabilidad social y derechos humanos de los miembros del Grupo Directivo garantizó que se reflejaran adecuadamente los principios subyacentes más importantes. Los miembros del Grupo Directivo establecieron el alcance inicial de las directrices; determinaron y redactaron las preguntas prioritarias en formato «PICO» (población, intervención, comparador, resultado obtenido); y determinaron qué personas debían recibir una invitación para participar como especialistas en metodología de las directrices y como miembros de los equipos de síntesis de la evidencia, los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, el Grupo de elaboración de las directrices y el Grupo de revisión externa (véase más adelante). Los miembros de estos grupos y la participación de otros colaboradores externos solo se confirmaron tras completar un proceso de declaración y gestión de posibles conflictos de intereses, que realizó el Grupo Director en consulta con la Oficina de Conformidad, Gestión de Riesgos y Ética (véase la sección B). El Grupo Directivo designó a la presidenta del Grupo de elaboración de las directrices y los demás miembros del Grupo confirmaron su nombramiento. El Grupo Directivo supervisó el trabajo de los equipos de síntesis de la evidencia y organizó las reuniones del Grupo de revisión de la evidencia y del Grupo de elaboración de las directrices; además, redactó las recomendaciones basadas en las decisiones de estos últimos. El Grupo Directivo no determinó ni acordó las recomendaciones finales, ya que esa era la función del Grupo de elaboración de las directrices. El Grupo Directivo se encargó de redactar, revisar y finalizar las directrices en colaboración con el Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones, los miembros del Grupo de elaboración de las directrices y con el Grupo de revisión externa y otros colaboradores, así como de supervisar la publicación y difusión de las directrices y la elaboración de las herramientas de aplicación correspondientes. Por último, el Grupo Director es responsable de supervisar el advenimiento de nueva información y las necesidades de las usuarias y de determinar en qué momento puede ser necesario actualizar las directrices. El Grupo Directivo contó con el apoyo de la Secretaría de la OMS en general, incluidos 19 funcionarios y consultores del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS, otros departamentos de la Sede de la OMS y representantes de sus oficinas regionales.

Responsables de la metodología de las directrices

Los responsables de la metodología de las directrices colaboraron estrechamente con el Grupo Directivo y los miembros de los equipos de síntesis de la evidencia para evaluar las pruebas de las revisiones sistemáticas mediante la metodología GRADE (véase la sección D). Además, supervisaron todas las cuestiones metodológicas y se encargaron de las evaluaciones GRADE sobre la fiabilidad de la evidencia. Se designó a una persona responsable de la metodología de las directrices para el ámbito de los servicios clínicos y a otra para el ámbito de la legislación y política, mientras que un equipo de Cochrane Response desempeñó esta función para el ámbito de la prestación de servicios.¹ Dado que las repercusiones de las leyes y las políticas en la salud pública son complejas, que la evidencia en el ámbito de investigación relativo a la legislación y las normas no se presta a la realización de ensayos controlados aleatorios o estudios observacionales comparativos, y que no es sencillo sintetizar la evidencia mediante el enfoque de la Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE), se aplicó un enfoque pragmático (véanse los detalles en la sección D).

¹ Cochrane Response es una empresa de consultoría en materia de pruebas gestionada por la Colaboración Cochrane. Ofrece servicios de obtención de evidencia a medida y con capacidad de respuesta, así como modelos de revisión accesibles.

Equipos de síntesis de la evidencia

Los equipos de síntesis de la evidencia planificaron y realizaron las revisiones sistemáticas y elaboraron los marcos GRADE de evidencia para la decisión (que incluyen resúmenes de la evidencia, perfiles/tablas de la evidencia y tablas de evidencia para la decisión). Los equipos de síntesis de la evidencia estaban compuestos por investigadores del personal de la OMS, consultores y colaboradores, así como por grupos de investigación externos. Para el ámbito de los **servicios clínicos**, el equipo de síntesis de la evidencia estaba formado por miembros del Grupo Cochrane de Regulación de la Fertilidad (CFR), colaboradores de Family Planning (personal o pasantes de la OMS) y la oficial técnica responsable del Grupo Directivo de estas directrices. Para el ámbito de **prestación de servicios**, el equipo de síntesis de la evidencia estaba formado por personal de Cochrane Response, colaboradores de Family Planning (personal actual y antiguo de la OMS) y la oficial técnica responsable del Grupo Directivo. El Grupo CFR y Cochrane Response actualizaron sus revisiones sistemáticas para proporcionar la base probatoria de muchas de las recomendaciones en estos dos ámbitos. En el ámbito de **legislación y políticas**, el equipo de síntesis de la evidencia incluía a consultores de la OMS, así como a equipos externos basados en dos centros:

- El Programa de Vigilancia de Políticas del Centro de Investigación de Derecho de la Salud Pública (CPHLR), de la Universidad de Temple, Filadelfia (Estados Unidos): Los investigadores de este programa crearon marcos conceptuales y una cartografía jurídica de las distintas intervenciones y los sistemas que las rodean, y localizaron los datos necesarios para la evaluación empírica de las leyes y las normativas.
- Facultad de Derecho de Birmingham, Universidad de Birmingham (Reino Unido): El equipo de Birmingham aportó su experiencia en derecho y políticas de salud, derechos humanos, derecho comparado y estudios jurídicos globales. Este equipo llevó a cabo revisiones sistemáticas destinadas a proporcionar la base probatoria para las recomendaciones legislativas y normativas.

Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y Grupo de elaboración de las directrices

En lugar de contar con un único grupo de elaboración de directrices desde el inicio del proceso, se establecieron tres grupos distintos para la elaboración de estas directrices consolidadas de amplio alcance, uno para cada uno de los tres ámbitos: servicios clínicos, prestación de servicios y legislación y política. Para la fase final del proceso, se formó un Grupo de elaboración de directrices compuesto por tres o cuatro miembros de cada uno de los tres grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones. Los tres grupos de revisión de la evidencia estaban integrados por entre 6 y 13 miembros, que representaban a todas las regiones y contaban con conocimientos diversos, incluido un representante de la juventud de la Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar (IYAJP). Se seleccionó a los miembros de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, que recibieron una invitación del Grupo Directivo de la OMS, al igual que los asesores de derechos humanos, que también contribuyeron a las reuniones, lo que garantizó que se tuvieran en cuenta los derechos humanos pertinentes durante la formulación de las recomendaciones. Cada grupo de revisión de la evidencia realizó una revisión detallada de las pruebas y formuló y acordó proyectos de recomendaciones durante una serie de cuatro o cinco reuniones en línea celebradas entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Antes de cada reunión, se compartió con los miembros de los grupos de revisión de la evidencia los documentos de referencia: los marcos de evidencia para la decisión y los proyectos de recomendaciones. Se llevaron a cabo consultas por correo electrónico, Skype, Microsoft Teams, GoToMeeting y Zoom, según fuera necesario, entre las reuniones, para garantizar la recepción de las aportaciones de todos los miembros de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones de cada ámbito objeto de la revisión.

A principios de 2021, el Grupo Directivo de la OMS invitó a representantes de todos los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones a unirse al Grupo de elaboración de las directrices para la reunión final celebrada a finales de abril de 2021, durante la cual se presentaron los proyectos de recomendaciones de los tres grupos para su revisión y finalización. Los miembros confirmados del Grupo de elaboración de las directrices confirmaron a su vez a la persona elegida por el Grupo Directivo de la OMS para presidir este Grupo. El Grupo de elaboración de las directrices estaba formado por 18 miembros (14 mujeres y 4 hombres), que representaban a las seis regiones de la OMS y contaban con un amplio abanico de conocimientos, incluido un representante de los jóvenes de la IYAJP. Todos los miembros del Grupo de elaboración de las directrices recibieron un borrador del documento completo de las directrices, incluido el proyecto de recomendaciones, para que lo revisaran antes de la reunión oficial, junto con otros documentos de referencia pertinentes (los marcos de evidencia para la

decisión). Durante la reunión, se revisó y discutió la evidencia y el proyecto de recomendaciones, con el objetivo de llegar a un consenso sobre el grado de fiabilidad de la evidencia disponible y la firmeza y la dirección de las recomendaciones nuevas y actualizadas (véanse los capítulos 2 y 3). Tras la reunión del Grupo de elaboración de las directrices, los miembros también tuvieron la oportunidad de revisar el documento revisado de las directrices, en el que se habían integrado las decisiones tomadas durante la reunión.

Grupo de revisión externa

El Grupo Directivo de la OMS, en consulta con el Grupo de elaboración de las directrices, seleccionó y confirmó a nueve expertos técnicos y partes interesadas con experiencia en las áreas temáticas relevantes para las recomendaciones presentadas en estas directrices a fin de que integraran el Grupo de revisión externa. Los miembros del Grupo de revisión externa aportaban una representación geográfica equilibrada y no presentaban ningún conflicto de intereses de relevancia. Tras la reunión del Grupo de elaboración de las directrices y las posteriores revisiones del proyecto de directrices, se circuló el documento entre los miembros del Grupo de revisión externa. La función de los miembros del Grupo de revisión externa era aportar información sobre la precisión, la claridad del lenguaje, las consideraciones sobre la aplicación y adaptación y la presentación de las directrices. El Grupo de revisión externa también se aseguró de que los procesos de toma de decisiones del Grupo de elaboración de las directrices habían tenido en cuenta e incorporado los valores contextuales y las preferencias de las personas afectadas por las recomendaciones. Las recomendaciones del documento, que había finalizado el Grupo de elaboración de las directrices, no se modificaron a partir de las aportaciones del Grupo de revisión externa, salvo para mejorar la claridad y la legibilidad, según fuera necesario. La oficial técnica responsable recopiló todos los comentarios de los miembros del Grupo de revisión externa y los compartió con el Grupo Directivo de la OMS para su revisión. No se detectaron errores fácticos graves ni problemas que afectaran a ninguna de las recomendaciones ni a ninguna de las secciones principales del proyecto de directrices.

Observadores en las reuniones y asociados externos

De conformidad con las orientaciones del *manual de la OMS para la elaboración de directrices, segunda edición (2014)*,² se invitó a representantes de diversas organizaciones profesionales pertinentes y de organismos de las Naciones Unidas a asistir en calidad de observadores, sin participar en la determinación de las recomendaciones, a la reunión del Grupo de elaboración de las directrices que se celebró en abril de 2021 (véase el anexo 1). Entre los observadores invitados se encontraban el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y asistieron representantes de todos ellos excepto del CIE. Además, se invitó a una serie de organizaciones asociadas en la ejecución de las tareas de la OMS en materia de reproducción humana a revisar el proyecto de directrices antes de presentarlo al Comité de Examen de Directrices; entre estas organizaciones se encontraban Ipas, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), MSI Reproductive Choices, Pathfinder y Population Services International (PSI).

B. Gestión de declaraciones y conflictos de intereses y confidencialidad

De acuerdo con el *manual de la OMS para la elaboración de directrices*, se pidió a todos los miembros invitados de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, el Grupo de elaboración de las directrices, los observadores de las reuniones del Grupo de elaboración de las directrices, los revisores de directrices que representaban a las organizaciones asociadas ejecutoras y otros contribuyentes externos (por ejemplo, consultores y colaboradores) que declararan por escrito cualquier interés concurrente (académico, financiero o de otro tipo) en el momento de la convocatoria para participar en el proceso de elaboración de las directrices o de revisión de la evidencia. Esto se hizo mediante el envío electrónico de un formulario de Declaración de Intereses (DOI) de la OMS firmado, junto con una copia de su *curriculum vitae*, a la oficial técnica responsable antes de la participación. Además, se realizaron búsquedas en internet sobre cada uno de los miembros invitados para evaluar cualquier posible conflicto de intereses que no se hubiera revelado. Se explicó a los participantes invitados cómo se procedería a la gestión de los conflictos de intereses y que no se permitiría a ningún miembro participar en la(s) reunión(es) si no rellenaba y firmaba primero un formulario DOI.

2 Manual para la elaboración de directrices, 2.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>).

La oficial técnica responsable evaluó los formularios DOI y los *curriculum vitae* recibidos de acuerdo con el *manual de la OMS para la elaboración de directrices*, en consulta con el Director del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva y con la aportación del Grupo Directivo de la OMS, para determinar la existencia (y la gravedad) de cualquier conflicto de intereses, y acordar un plan de gestión. Durante la elaboración de las directrices surgió un conflicto relativo a un miembro del Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones, por lo que esta persona no asistió a ninguna de las reuniones posteriores. No hubo ningún otro caso de conflicto de intereses (esto también se recoge en las listas de miembros del Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de las directrices en el anexo 1).

Se consideró que la información biográfica de todos los miembros de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de las directrices no planteaba conflictos de intereses significativos (es decir, conflictos que impedían su participación en el Grupo de elaboración de las directrices) y se publicó, con su consentimiento, en el sitio web del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS para recibir las observaciones del público al menos dos semanas antes del inicio de las respectivas reuniones (en 2020 para los grupos de revisión de la evidencia y en 2021 para el Grupo de elaboración de las directrices). Una vez finalizado este proceso, se confirmaron los miembros de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de las directrices. Una vez confirmada su aptitud para participar, todos los expertos de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, del Grupo de elaboración de las directrices y del Grupo de revisión externa recibieron instrucciones de notificar a la oficial técnica responsable cualquier cambio en los intereses pertinentes durante su participación en el proceso. Al comienzo de cada reunión, todos los participantes de los grupos de Revisión de la evidencia y las recomendaciones y del Grupo de elaboración de las directrices tuvieron la oportunidad de confirmar, añadir o modificar verbalmente cualquier interés declarado, de modo que todos los miembros del Grupo y los demás asistentes estuvieran al corriente. Tuvieron una oportunidad similar de notificar cualquier cambio por escrito antes de presentar los comentarios sobre los borradores de las directrices.

Por último, cabe señalar que se pidió a todos los miembros de los grupos de revisión de la evidencia, el Grupo de elaboración de las directrices, el Grupo de revisión externa y los grupos de síntesis de la evidencia y a todos los expertos en metodología que participaron en las directrices que firmaran un acuerdo de confidencialidad relativo tanto al proceso de elaboración de las directrices como a los resultados. Además, la oficial técnica responsable almacenó de forma segura todas las copias electrónicas e impresas recibidas de los formularios DOI firmados y de los *curriculum vitae* para garantizar la confidencialidad.

C. **Ámbito de aplicación de las directrices: definición de las esferas temáticas y los resultados de interés**

En septiembre de 2018, se realizó una encuesta en línea para iniciar el proceso de actualización de las directrices de la OMS sobre el aborto seguro. Los objetivos de esta encuesta eran *i)* determinar qué ámbitos requerían una actualización o qué ámbitos debían añadirse a las directrices, y *ii)* formular sugerencias para que las directrices fueran más fáciles de utilizar. La encuesta se distribuyó en varias redes del ámbito de la salud sexual y reproductiva y se obtuvieron 122 respuestas.

Posteriormente, se llevaron a cabo reuniones sobre el alcance para cada uno de los tres ámbitos (servicios clínicos, prestación de servicios y legislación y políticas) con una serie de expertos, entre noviembre de 2018 y junio de 2019. El objetivo de estas reuniones era determinar las esferas temáticas clave que requerían la formulación de preguntas fundamentales en formato «PICO» (población, intervención, comparador, resultado obtenido) y formular y debatir en torno a dichas preguntas. Las preguntas PICO se revisaron, modificaron y finalizaron en los intercambios de correo electrónico de seguimiento entre el Grupo Directivo de la OMS y los miembros de los respectivos grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones de cada ámbito. Las esferas temáticas de las preguntas PICO definitivas para cada ámbito, tal como se determinaron durante las reuniones de definición del alcance, se presentan en el recuadro A que figura a continuación. Las preguntas PICO de cada ámbito se encuentran en los anexos 8, 9 y 10.

Además de las reuniones de definición del alcance, también se celebraron tres reuniones técnicas centradas en cuestiones relacionadas con la atención para el aborto en entornos humanitarios (junio de 2019), los valores y las preferencias en relación con la atención para el aborto (septiembre de 2019) y las preocupaciones de los jóvenes en relación con la atención para el aborto (abril de 2021) (se presentan más detalles sobre estas reuniones y asuntos en el recuadro B al final de este anexo y en el anexo B en línea: Reuniones técnicas durante la elaboración de las directrices).

RECUADRO A: Esferas temáticas por ámbito para elaborar las preguntas PICO relativas a las recomendaciones nuevas y actualizadas

Legislación y políticas	Penalización Enfoques basados en supuestos Límites a la edad gestacional Plazos de espera obligatorios Autorización de terceros Restricciones relativas a los proveedores de atención para el aborto Objeción de conciencia de los trabajadores de la salud
Servicios clínicos	Isoinmunización Rh Tratamiento del dolor para el aborto médico y quirúrgico y para la preparación del cuello uterino Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico Autogestión del aborto médico (todas las subáreas) Aborto médico con nuevos métodos (pautas con letrozol) Tratamiento médico del aborto retenido Atención de seguimiento o servicios adicionales después del aborto
Prestación de servicios	<p>Trabajadores de la salud que prestan servicios: autogestión, agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería, enfermeros auxiliares parteros, enfermeros, parteros, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.</p> <p>Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de información sobre el aborto seguro • Asesoramiento a lo largo de todo el continuo asistencial • Preparación del cuello uterino con medicación y dilatores osmóticos antes del aborto quirúrgico • Aborto quirúrgico (aspiración al vacío y dilatación y evacuación) • Tratamiento médico del aborto provocado (todas las subáreas; incluida la autogestión) • Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina • Tratamiento médico y quirúrgico del aborto incompleto • Tratamiento inicial de complicaciones que no ponen en peligro la vida • Inicio y continuación de la administración de anticonceptivos inyectables (incluida la autoinyección) <p>Métodos de prestación de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelos de extensión comunitaria de prestación de atención para el aborto • Atención médica para el aborto a través de la telemedicina • Asesoramiento sobre reducción de daños en la atención para el aborto • Métodos de marketing social para los servicios de aborto • Autoabastecimiento de medicamentos abortivos en línea

D. Examen de la evidencia y formulación de recomendaciones

Definición y examen de las preguntas prioritarias

La lista completa de preguntas PICO se confirmó durante las comunicaciones de seguimiento entre el Grupo Directivo de la OMS y los miembros de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones después de las reuniones de análisis de cada ámbito, que se describieron en la sección anterior. Todas las preguntas PICO y los detalles conexos se encuentran en los anexos 8, 9 y 10.

Métodos de revisión sistemática (obtención de la evidencia)

En el anexo 7 se presenta una lista de todas las revisiones realizadas para la elaboración de estas directrices. La información sobre los métodos específicos utilizados, incluidas las estrategias de búsqueda, se encuentra en las revisiones sistemáticas publicadas y en los paquetes de materiales suplementarios en línea. Al principio de este anexo se encuentra la información sobre los equipos de síntesis de la evidencia.

Entre las fuentes de evidencia relacionadas con las preguntas PICO de interés para los ámbitos de servicios clínicos y prestación de servicios se incluyen ensayos controlados aleatorios, así como ensayos controlados no aleatorios, estudios controlados del tipo «antes y después», series temporales interrumpidas y estudios de cohorte. Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos desde el inicio hasta diciembre de 2020, sin filtros de idioma:

- Bases de datos mundiales: ClinicalTrials.gov, base de datos Cochrane, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), base de datos Excerpta Medica (Embase), POPLINE, PubMed.
- Bases de datos regionales: African Index Medicus (AIM), Chinese Biomedical Literature Database, Global Index Medicus, Index Medicus for South-East Asia (IMSEAR), Index Medicus for WHO Eastern Mediterranean, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Western Pacific Regional Index Medicus.

Además, se realizó una búsqueda en los sitios de registro de ensayos y en los sitios web de las organizaciones y también se utilizó información de expertos en la materia para encontrar todos los ensayos importantes en curso o finalizados pero no publicados que pudieran ser pertinentes para las recomendaciones de las directrices. Se extrajeron los datos de los estudios que cumplían los criterios de inclusión mediante un formulario estandarizado y se organizaron en tablas de resumen de los resultados dentro de los resúmenes de evidencia basados en la Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE), mediante su aplicación en línea.³

En el ámbito de la legislación y política, las principales bases de datos en las que se realizaron búsquedas fueron Google Scholar, JSTOR, Hein Online y PubMed, desde 2010 hasta 2021. Para este ámbito, además de los ensayos controlados aleatorios y otros tipos de estudios, las revisiones también incluyeron análisis jurídicos y políticos, documentos normativos y revisiones jurídicas y políticas.⁴

Evaluación de la calidad y certeza de la evidencia para las recomendaciones

De conformidad con el proceso de la OMS, el Grupo de elaboración de las directrices formuló las recomendaciones teniendo en cuenta la calidad o certidumbre de la evidencia disponible.⁵ La OMS ha adoptado el enfoque de Clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE) para elaborar las recomendaciones, en el que se define la calidad/certeza de la evidencia como el grado de confianza que se puede tener de que las estimaciones del efecto (deseable o adverso) extraídas a partir de la evidencia se acercan a los efectos reales esperados.⁶ El enfoque GRADE especifica cuatro niveles de certeza de la evidencia, que deben interpretarse como sigue:

- Alta: Se confía firmemente en que el efecto real se aproxima al de la estimación del efecto.
- Moderada: Se confía moderadamente en la estimación del efecto; es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
- Baja: La confianza en la estimación del efecto es limitada; el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.
- Muy baja: Se confía muy poco en la estimación del efecto; es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Como referencia, los ensayos controlados aleatorios proporcionan evidencia de «alta calidad», mientras que los ensayos no aleatorios y los estudios observacionales proporcionan evidencia de «baja calidad». Esta calificación inicial de la calidad puede rebajarse cuando se tienen en cuenta las limitaciones del diseño del estudio (el riesgo de sesgo evaluado mediante los criterios descritos en el manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones en seis ámbitos),⁷ la incoherencia, la imprecisión, la falta de concreción y el sesgo de publicación.

3 GRADEpro GDT. GRADEpro Guideline Development Tool [Software] (desarrollado por Evidence Prime, Inc.). McMaster University; 2020 (<https://gradepro.org/>).

4 de Londras F, Cleeve A, Rodríguez M, Lavelanet A. Integrating rights and evidence: a technical advance in abortion guideline development. *BMJ Glob Health*. 2021;6(2):e004141.

5 Manual de la OMS para la elaboración de directrices, 2014.

6 Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editores. GRADE handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations. The GRADE Working Group; 2013 (<https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>).

7 Todos los estudios incluidos se evalúan y califican con un riesgo de sesgo bajo, alto o poco claro relativo a la generación de la secuencia, la ocultación de la asignación, el cegamiento del personal del estudio y de los participantes, la deserción, la notificación selectiva y otras fuentes de sesgo (Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, Welch V, editores. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, versión 6.2. The Cochrane Collaboration; 2021 [<https://training.cochrane.org/handbook/current>]).

En el caso de los estudios observacionales, otras consideraciones, como la magnitud del efecto, podrían llevar a elevar la calificación si no hay limitaciones que indiquen la necesidad de rebajarla. Los miembros de los grupos de síntesis de la evidencia y los especialistas en metodología de las directrices, de acuerdo con los procedimientos operativos estándar aprobados por el Grupo Directivo de la OMS, realizaron la clasificación de la evidencia revisada.

Se utilizó el enfoque GRADE para evaluar la calidad de la evidencia cuantitativa relativa a todos los resultados críticos definidos en las preguntas PICO,⁸ y se preparó un perfil de evidencia GRADE (tabla GRADE) para cada resultado cuantitativo dentro de cada pregunta; estos se presentan en los materiales suplementarios disponibles en línea.

Con respecto al ámbito de la legislación y política, ya existía una recomendación combinada en la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012, en la que se abordaban estas cuestiones y las intervenciones conexas; de ella se extrajeron los temas definidos durante el proceso de delimitación del alcance de estas directrices actualizadas (véase el recuadro A). No obstante, no existía un enfoque uniforme para evaluar la calidad o la certeza de las pruebas relativas a la legislación y las políticas sobre el aborto mediante un análisis basado en derechos.⁹ Por lo tanto, se elaboró un enfoque innovador para evaluar la evidencia, en el que se integraba de forma efectiva la protección y el disfrute de los derechos humanos como parte de los resultados y el análisis de la salud, sin dejar de tener en consideración varios factores importantes y sus posibles interacciones.¹⁰ Este enfoque está en consonancia con las normas y los valores de la OMS y es, por ende, subyacente a la integración de la evidencia en la aplicación de un marco de evidencia para la decisión.

Los resultados de interés para el ámbito de la legislación y política se fundamentaron en los marcos conceptuales y la cartografía jurídica realizados inicialmente por el equipo de síntesis de la evidencia de la Universidad de Temple (véase la sección A), que cartografió las diversas intervenciones y los sistemas que las rodean y halló investigaciones empíricas en las que se evaluaban los efectos de las leyes y las normativas en la salud. En esta cartografía se hizo hincapié en la vigilancia de las políticas, el avance de la tecnología y los métodos de evaluación jurídica, la enseñanza de los métodos de vigilancia de las políticas y el intercambio de datos científicos fehacientes con los investigadores, los responsables de las políticas y la población para abogar por leyes que mejoren la salud. A continuación, el equipo elaboró modelos lógicos causales para las intervenciones jurídicas sobre el aborto con el fin de mostrar las posibles vías entre la aplicación de restricciones y los resultados de salud y socioeconómicos. El tercer paso consistió en utilizar los modelos como guía para realizar una segunda exploración rápida, con el fin de localizar estudios no jurídicos en los que se investigara si los procesos y los resultados planteados en los modelos se dan en realidad, con qué frecuencia y gravedad y con qué consecuencias. Esta evidencia, a su vez, sirvió para inferir la posible causalidad y así aplicarla con fines prácticos en la elaboración de normativas y orientaciones. Mediante el método de identificación de datos para la evaluación empírica del derecho (IDEAL), se intenta crear un marco objetivo para cristalizar las diversas influencias y consecuencias atribuibles al impacto de restricciones específicas del aborto, lo que permite detectar pruebas científicas no aprovechadas sobre los posibles efectos de la ley.¹¹

La evidencia cuantitativa obtenida de todos los tipos de estudios y documentos se evaluó en términos de precisión, concreción y magnitud del efecto, mientras que la evidencia cualitativa se evaluó en términos de adecuación, y se compiló en una tabla de evidencia para la decisión. Se aplicó a la tabla de evidencia una tabla general de análisis de derechos, en la que se determinaron cuáles son las normas de derechos humanos pertinentes para las intervenciones específicas. Esto condujo a la elaboración de una tabla de evidencia de derechos humanos, organizada por resultados de interés. Los métodos completos se describen en de Londras *et al.* (2021).¹²

Formulación de recomendaciones y determinación de la fuerza de las recomendaciones

El Grupo Directivo de la OMS supervisó y finalizó la preparación de los resúmenes de la evidencia, incluidas las tablas GRADE y las tablas de resumen de los resultados, para cada pregunta PICO. Para los ámbitos de

8 Schünemann *et al.*, editores, GRADE Handbook, 2013.

9 Rehfues E, Stratiil JM, Portela A, Baltussen R, Scheel IB, Norris SL. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e000844.

10 de Londras *et al.*, 2021.

11 Burris S, Ghorashi AR, Cloud LF, Rebouché R, Skuster P, Lavelanet A. Identifying data for the empirical assessment of law (IDEAL): a realist approach to research gaps on the health effects of abortion law. *BMJ Glob Health.* 2021;6:e005120.

12 de Londras *et al.*, 2021.

servicios clínicos y prestación de servicios, los resúmenes de evidencia siguieron el nuevo marco de evidencia para la decisión, conocido como el marco WHO-INTEGRATE. Este nuevo marco es más amplio y se adapta mejor a las intervenciones destinadas a los sistemas. Los seis criterios sustantivos del marco WHO-INTEGRATE son los siguientes: equilibrio entre los daños y los beneficios para la salud; derechos humanos y aceptabilidad sociocultural; equidad en materia de salud, no discriminación e igualdad; implicaciones sociales; consideraciones financieras y económicas; y viabilidad y consideraciones del sistema de salud. El metacriterio adicional es la calidad de la evidencia (es decir, el tipo, el tamaño y las limitaciones de los estudios disponibles utilizados como evidencia). El marco WHO-INTEGRATE tiene en cuenta que algunas intervenciones son complejas y tienen múltiples componentes que interactúan de forma sinérgica o no, pueden tener efectos no lineales o pueden depender del contexto. Este marco es más adecuado para la formulación de recomendaciones en el ámbito de legislación y política, así como para los ámbitos de servicios clínicos y prestación de servicios, lo que permite a los usuarios de las directrices tomar decisiones informadas sobre todas las intervenciones. Los valores asignados a los resultados y las preferencias de las mujeres afectadas por las recomendaciones también forman parte del proceso de formulación de recomendaciones en todos los ámbitos. Teniendo esto en cuenta, junto con todos los criterios del marco WHO-INTEGRATE, aplicados a cada intervención para la población especificada, los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y el Grupo de elaboración de las directrices formularon recomendaciones nuevas y actualizadas y las calificaron como recomendaciones firmes («se recomienda») o débiles («se sugiere»; con condiciones de aplicación específicas) a favor de la intervención, o como recomendaciones firmes en contra de la intervención o a favor de la alternativa.

Las recomendaciones se consideraron «nuevas» (como se indica en la tabla al final del resumen ejecutivo y en el capítulo 3) si no existía ninguna recomendación en ninguna de las directrices anteriores de la OMS sobre el tema o la intervención específicos para el grupo de población especificado. En particular, debe tenerse en cuenta que la guía sobre el aborto sin riesgos de 2012 proporcionaba una recomendación combinada relacionada con la legislación y política; en estas directrices, este ámbito consta de siete recomendaciones independientes, pero no se consideran «nuevas» (es decir, las recomendaciones 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

E. Toma de decisiones del Grupo de elaboración de las directrices

La reunión del Grupo de elaboración de las directrices tuvo lugar en abril de 2021 para examinar, revisar y finalizar los proyectos de recomendaciones de los tres ámbitos que habían preparado los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones, como se ha descrito anteriormente. La toma de decisiones se basó en la discusión de la evidencia resumida y en el Marco DECIDE.¹³ La adopción final de cada recomendación se hizo por consenso, definido como un acuerdo total entre todos los participantes del Grupo de elaboración de las directrices siempre que sea posible, que es el método preferido. En un caso, se recurrió a la votación al no poder alcanzar el consenso. La decisión sobre la forma de presentar los procedimientos de aborto médico se tomó teniendo en cuenta que la gran mayoría votó a favor de mantener la forma en que se describen y presentan en las directrices anteriores. El personal de la OMS que asistió a la reunión, los miembros de los equipos de síntesis de la evidencia, los responsables de la metodología y los observadores de la reunión no tenían derecho a voto.

F. Compilación, revisión y presentación del contenido de las directrices

La oficial técnica de la OMS responsable dirigió la redacción de las directrices con redactores externos/ consultores y contó con importantes aportaciones de los equipos de síntesis de la evidencia, los expertos en metodología de las directrices y otros miembros del Grupo Directivo de la OMS. Con anterioridad a la reunión del Grupo de elaboración de las directrices, se preparó un primer borrador del documento completo. Los responsables de la metodología de las directrices redactaron los resúmenes de evidencia GRADE y los miembros del Grupo Directivo de la OMS redactaron los correspondientes marcos de evidencia para la decisión. El borrador completo y estos materiales complementarios se compartieron por vía electrónica con todos los miembros del Grupo de elaboración de las directrices (véase el anexo 1) dos semanas antes de la reunión del Grupo, que se celebró durante la última semana de abril de 2021. Tras la reunión del Grupo de elaboración de las directrices, se hicieron revisiones para reflejar con exactitud las deliberaciones y decisiones de los miembros del Grupo sobre las recomendaciones y para incorporar sus comentarios sobre el borrador. Posteriormente, el borrador revisado de las directrices se compartió por vía electrónica con todos los miembros del Grupo de elaboración de las

13 Evidence to Decision frameworks (EtDs) for policy makers [sitio web]. Cochrane Norway; 2021 (<https://www.cochrane.no/decide-frameworks-policy-makers>).

directrices y se les concedió un plazo de dos semanas para que aportaran más comentarios. Al mismo tiempo, se compartió con todos los miembros del Grupo de revisión externa, los observadores de la reunión del Grupo de elaboración de las directrices y los representantes de las organizaciones asociadas de ejecución (véase la sección A y el anexo 1), ajenos al proceso de elaboración de las directrices, para que hicieran sus comentarios.

A continuación, el Grupo Directivo evaluó cuidadosamente las aportaciones por escrito de todos los revisores (a través del correo electrónico y de los comentarios/ediciones directas sobre el borrador del documento) para su inclusión en el documento final de las directrices, y la versión revisada fue examinada por el director del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS y editada para mayor claridad. El proyecto final se presentó para su revisión en una reunión del Comité de Examen de Directrices de la OMS y el Comité de Examen de Directrices lo aprobó en su totalidad en agosto de 2021, una vez completadas algunas revisiones solicitadas.

La evidencia derivada de las revisiones sistemáticas en apoyo de las recomendaciones nuevas y actualizadas se resumió en marcos de evidencia para la decisión con miras a proporcionar la base de pruebas sobre la eficacia en la que se fundamentan las nuevas recomendaciones de estas directrices. Estos marcos de evidencia para la decisión se presentan por separado en los tres paquetes de materiales complementarios disponibles en línea en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>:

- Material suplementario 1: Marcos de evidencia para la decisión aplicados a las recomendaciones sobre legislación y políticas.
- Material suplementario 2: Marcos de evidencia para la decisión aplicados a las recomendaciones sobre servicios clínicos.
- Material suplementario 3: Marcos de evidencia para la decisión aplicados a las recomendaciones sobre prestación de servicios y declaraciones de prácticas óptimas.

RECUADRO B: Principales reuniones durante la elaboración de las directrices (en Ginebra [Suiza] o en línea)

Reuniones sobre el alcance: noviembre de 2018 – junio de 2019

Se celebraron reuniones de dos días sobre el alcance de cada uno de los tres ámbitos de estas directrices, durante las cuales expertos externos en las áreas temáticas y la metodología (véase el anexo 1) definieron los temas prioritarios y las esferas específicas en las que se requerían recomendaciones o declaraciones de buenas prácticas nuevas o actualizadas.

- **Ámbito de legislación y políticas:** Ginebra, noviembre de 2018. En esta reunión se facilitó el debate y el desarrollo de nuevos enfoques de elaboración de las directrices para *i)* la legislación y la política en materia de aborto, y *ii)* la integración de los derechos humanos.
- **Ámbito de servicios clínicos:** reunión virtual, diciembre de 2018.
- **Ámbito de prestación de servicios:** Ginebra, junio de 2019.

Reuniones técnicas:

i) Consideraciones relativas a la prestación de atención para el aborto en entornos humanitarios: En junio de 2019, se celebró en Ginebra una reunión técnica de dos días de duración. En dicha reunión participaron unos 20 expertos en los ámbitos de la ayuda humanitaria, las situaciones de conflicto, la atención para el aborto y los derechos humanos (incluidos tres representantes de los jóvenes), junto con 20 representantes de la Secretaría de la OMS. Los expertos participantes procedían de nueve países de las regiones de África, el Mediterráneo Oriental, Europa y América del Norte. Durante la reunión, los participantes indicaron los factores específicos que obstaculizan o facilitan la práctica del aborto seguro en contextos humanitarios o de emergencia. Los obstáculos más comunes que se señalaron fueron: la estigmatización, las normas y los valores sociales, la falta de competencias y conocimientos clínicos y los obstáculos jurídicos percibidos. Las prácticas que facilitan la prestación de servicios de aborto de calidad en estos entornos son la colaboración con las principales partes interesadas (en particular con los líderes comunitarios y religiosos), la elaboración de una estrategia de aplicación concreta en la que se definan los posibles puntos de entrada, y la garantía de la recogida y el seguimiento de los datos. Para más detalles, véase el anexo B en línea: Reuniones técnicas durante la elaboración de las directrices.

ii) Valores y preferencias mundiales con relación a la atención para el aborto: En octubre y noviembre de 2018, se preparó y distribuyó una encuesta en línea. En septiembre de 2019, se convocó una reunión técnica de dos días en Ginebra con un diverso espectro de partes interesadas, incluidos 19 participantes de 15 organizaciones/países diferentes (incluidos tres representantes de los jóvenes) y ocho miembros de la Secretaría de la OMS. Fue la primera reunión centrada únicamente en desentrañar el significado de «valores y preferencias» en relación con el aborto. Al final de la reunión, la información generada en esos fructíferos debates constituyó la base para las conversaciones sobre la elaboración de las directrices relativas a los valores y las preferencias de las mujeres, que fue uno de los criterios clave en el proceso de formulación de las recomendaciones. Para más detalles, incluido un resumen de las conclusiones de la revisión bibliográfica, véase el anexo B en línea: Reuniones técnicas durante la elaboración de las directrices.

iii) Preocupaciones de las jóvenes en relación con la atención para el aborto: En cada una de las reuniones técnicas y de análisis de las directrices, mencionadas en este recuadro, hubo representantes de la Alianza Internacional de Jóvenes para la Planificación Familiar (IYAFP) para aportar la perspectiva de los jóvenes, y un representante de la IYAFP también participó en cada uno de los Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones y uno en el Grupo de Elaboración de las directrices final. Además, en abril de 2021 se celebró una reunión técnica en línea de dos días de duración, en la que participaron 16 miembros del Grupo de Trabajo de Jóvenes por el Aborto que la IYAFP había formado para apoyar y fundamentar el proceso de elaboración de las directrices, y cuatro miembros del personal de la OMS de la Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA) del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación de la OMS. Entre los participantes se encontraban jóvenes (de hasta 30 años) con demostrada capacidad de liderazgo en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, en representación de 13 países de las regiones de la OMS. Los debates de la reunión se centraron en tres temas clave: los valores y las preferencias de las jóvenes en relación con los servicios de aborto, el tratamiento de los obstáculos y el estigma del aborto, y la ampliación de las prácticas e intervenciones prometedoras. Entre los temas clave que se debatieron figuran los elementos de un entorno propicio y la participación significativa de los jóvenes. Los miembros de la IYAFP están elaborando un documento de posición como principal producto de la reunión. Para más detalles, véase el anexo B en línea: Reuniones técnicas durante la elaboración de las directrices.

Reuniones del Grupo de revisión de la evidencia y las recomendaciones: marzo de 2020 – marzo de 2021

Las reuniones de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones (4-5 reuniones para cada uno de los tres ámbitos) se celebraron en línea, cada una de ellas durante dos días, facilitadas por la oficial técnica responsable y otros miembros del Grupo Directivo de la OMS. En estas reuniones, los miembros de los equipos de síntesis de la evidencia presentaron sus revisiones sistemáticas de las pruebas, y los miembros del Grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones (véanse la sección A y el anexo 1) debatieron y revisaron la evidencia y formularon borradores de recomendaciones, consideraciones de aplicación y declaraciones de buenas prácticas que se presentaron para su posterior examen, revisión y finalización al Grupo de elaboración de las directrices.

- Ámbito de servicios clínicos: marzo de 2020, mayo de 2020, junio de 2020, septiembre de 2020, febrero de 2021.
- Ámbito de prestación de servicios: antes de las reuniones de los grupos de revisión de la evidencia y las recomendaciones en junio de 2020, octubre de 2020, enero de 2021, principios de marzo de 2021, finales de marzo de 2021.
- Ámbito de legislación y política: marzo-abril de 2020, junio de 2020, agosto-septiembre de 2020, marzo de 2021.

Reunión del Grupo de desarrollo de directrices

En línea, del 27 al 30 de abril de 2021. Durante la reunión del Grupo de elaboración de las directrices, los miembros examinaron, debatieron, revisaron y finalizaron los proyectos de recomendaciones, las consideraciones de aplicación y las declaraciones de buenas prácticas de los tres ámbitos.

Reunión del Comité de Revisión de las Directrices de la OMS

7 de julio de 2021.

Anexo 5. Categorías y funciones de los trabajadores de la salud

Los tipos de trabajadores de la salud considerados en las directrices se describen en la tabla a continuación. Las descripciones se han adaptado a los fines de estas directrices para que sean lo suficientemente genéricas como para aplicarse en todos los entornos. Son explicaciones indicativas con fines ilustrativos y no pretenden sustituir a las definiciones oficiales de los organismos profesionales o títulos utilizados en países específicos.

Categoría general	Descripción de las cualificaciones y tareas a efectos de estas directrices	Ejemplos ilustrativos de otros términos para este tipo de trabajadores de la salud (algunos ejemplos pueden ser específicos de un país o contexto regional)
Agentes de salud comunitarios	Persona que desempeña funciones relacionadas con la prestación de atención de salud/provisión de información y que ha recibido algún tipo de formación en el contexto de la tarea, pero que no ha recibido ningún certificado profesional o semiprofesional ni título de educación universitaria.	Trabajador de salud no profesional, trabajador de salud del pueblo, voluntaria de salud comunitaria, partero capacitado, trabajador capacitado de la línea telefónica de ayuda, acompañante para el aborto, terapeuta de la línea telefónica de ayuda.
Empleados de farmacia	Técnicos y auxiliares que realizan diversas tareas relacionadas con la dispensación de medicamentos bajo la dirección de un farmacéutico. Hacen los inventarios, preparan y almacenan medicamentos y otros compuestos y suministros farmacéuticos, y pueden dispensar medicamentos y fármacos a los clientes e instruir sobre su uso según lo prescrito por los profesionales de la salud. Los técnicos suelen recibir dos o tres años de formación en una escuela farmacéutica, con un diploma no equivalente a un diploma universitario. Los asistentes también suelen haber cursado dos o tres años de estudios secundarios con un periodo posterior de formación en el puesto de trabajo o de prácticas profesionales.	Auxiliar de farmacia, técnico de farmacia, dispensador, asistente de farmacia, auxiliar de dispensario
Farmacéutico/a	Profesional de la salud que dispensa medicamentos. Los farmacéuticos pueden asesorar sobre el uso adecuado y los efectos adversos de los fármacos y medicamentos tras la prescripción de los médicos/profesionales de la salud. Su formación incluye educación de nivel universitario en farmacia teórica y práctica, química farmacéutica o un campo relacionado.	Boticario, farmacéutico clínico, farmacéutico comunitario
Profesionales de la medicina tradicional y complementaria	Profesional de los sistemas de medicina tradicional y complementaria (médico no científico) cuya formación incluye una titulación universitaria de cuatro o cinco años en la que se enseña la anatomía humana, la fisiología, el manejo del parto normal y la farmacología de los medicamentos modernos utilizados en obstetricia y ginecología, además de sus sistemas de medicina. A efectos de estas directrices, estos profesionales se incluyen en relación con la prestación de elementos de la atención relacionada con el aborto según la práctica médica convencional.	Médico ayush, médico ayurvédico, médico de sistemas alternativos de medicina, médico no alópata
Enfermeros auxiliares parteros y auxiliares de enfermería	Un auxiliar de enfermería es una persona formada en los conocimientos básicos de enfermería, pero no en la toma de decisiones de enfermería. Un enfermero auxiliar partero tiene conocimientos básicos de enfermería y algunas competencias de partería, pero no está plenamente cualificado como partero. La duración de la formación puede oscilar entre unos meses y tres años. Puede que incluya un periodo de formación en el puesto de trabajo, que a veces se formaliza en prácticas.	Auxiliar de partería
Enfermero	Una persona que está legalmente autorizada (registrada) para ejercer tras haberse examinado ante una junta estatal de examinadores de enfermería o una autoridad reguladora similar. La instrucción incluye tres o más años en la escuela de enfermería, y conduce a un título universitario o de postgrado o su equivalente.	Diplomado en enfermería, enfermero titulado, enfermero especializado, enfermero, personal de enfermería
Partero	Una persona registrada por una autoridad reguladora estatal de partería o similar y que ha recibido formación en las competencias esenciales para la práctica de la partería. La formación suele durar tres o más años en la escuela de enfermería o partería y conduce a la obtención de un título universitario o su equivalente. Un partero diplomado es competente en todos los aspectos de la partería, incluido el aborto.	Diplomado en partería, partero titulado, partero comunitario, enfermero-partero, comadrona, matrona, personal de partería
Clínicos asociados y clínicos avanzados asociados	Un profesional clínico con competencias básicas para diagnosticar y tratar afecciones médicas y quirúrgicas comunes y también para realizar algunos tipos de cirugía. La formación suele requerir tres o cuatro años de educación postsecundaria en un centro de enseñanza superior establecido. El profesional está registrado y su práctica está regulada por una autoridad reguladora nacional o subnacional.	Auxiliar médico, asociado médico, oficial de salud, asistente médico, técnico quirúrgico, clínico no médico, asistente médico

Médicos generalistas	Médico que posee un título universitario de educación médica básica pero no está especializado en obstetricia y ginecología.	Médico de familia, médico generalista, médico de atención primaria, médico, doctor
Médicos especialistas	Médico con formación clínica de postgrado y especialización en obstetricia y ginecología.	Ginecólogo, obstetra

Fuente: : adaptado con pequeñas revisiones de la OMS (2015) (18), incluida la actualización de algunos de los nombres de las categorías de trabajadores de la salud para utilizar la terminología vigente preferida por la OMS, tal como se presenta en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), Parte III: Definiciones de grupos principales, subgrupos principales, grupos menores y grupos de unidades, actualizada el 21 de junio de 2016 (disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>).

Anexo 6. Seguimiento y evaluación de la calidad de la atención para el aborto: definición de los indicadores

Métodos y resultados preliminares

Para lograr un consenso sobre los indicadores que pueden utilizarse para documentar de forma efectiva los avances en la atención de calidad para el aborto a nivel programático y nacional, el personal científico de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) y la OMS han llevado a cabo una revisión del alcance y múltiples procesos de consulta a expertos.

Revisión del alcance: De la revisión de alcance se obtuvo un resumen de las medidas e indicadores relativos al aborto comunicados durante el periodo de 10 años comprendido entre 2008 y 2018 en las publicaciones científicas y en los materiales señalados en los sitios web de las principales organizaciones no gubernamentales. En total, se examinaron 1999 resúmenes y 7 documentos adicionales pertinentes en busca de indicadores, donde se encontraron 792 indicadores en 142 documentos. Los resultados de la revisión del alcance se publicaron recientemente en *BMJ Global Health* y los 792 indicadores están disponibles en los materiales suplementarios de la publicación, en una hoja de cálculo que permite realizar búsquedas.¹

Reunión de consulta: En una reunión de consulta inicial (virtual) celebrada en junio de 2020, se presentaron múltiples conjuntos de indicadores que podrían utilizarse para el seguimiento a nivel mundial y programático. Entre ellos se incluían un subconjunto de 17 indicadores básicos que se seleccionaron entre los indicadores obtenidos en la revisión del alcance y los indicadores para el seguimiento de la atención al aborto basados en iniciativas de medición aplicadas en el Programa Especial de Investigaciones y Desarrollo y de Formación de Investigadores en Reproducción Humana del PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, la Oficina Regional de la OMS para África, la Iniciativa de Mortalidad Materna (del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación de la OMS) e *Ibis Reproductive Health*. En total, se propusieron 52 indicadores únicos durante la reunión de consulta. El marco de seguimiento y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud de la OMS también se presentó como una posible estructura para el seguimiento y la evaluación de la calidad de los servicios de aborto.

Consolidación: Durante una fase de consolidación, un equipo de científicos de la LSHTM y de la OMS eliminó 29 de los 52 indicadores, al considerar que duplicaban información y aplicar como principales criterios de revisión *i*) la pertinencia dentro del marco de seguimiento y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud, y *ii*) la viabilidad para el seguimiento y la evaluación. Se añadieron seis indicadores para representar categorías del marco de seguimiento y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud que anteriormente no tenían indicadores propuestos asociados (como la protección social y la infraestructura) y en un esfuerzo por alinearse con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estos seis indicadores adicionales se obtuvieron de la lista original de indicadores de la revisión del alcance,² de los indicadores de calidad de la atención de *Ibis Reproductive Health*³ y de los indicadores del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS sobre una atención respetuosa.⁴

Consulta en línea: En una consulta en línea realizada en marzo de 2021, se invitó a los expertos en medición y seguimiento y evaluación de la atención para el aborto a comentar sobre *i*) la pertinencia para los programas de aborto del marco de la OMS de seguimiento y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud, *ii*) la validez, la viabilidad, la importancia y la sensibilidad al cambio de cada uno de los indicadores propuestos, y *iii*) las sugerencias de indicadores alternativos. De los 27 expertos invitados, 22 revisaron un total de 29 indicadores consolidados durante la consulta en línea. Los 29 indicadores se clasificaron en las áreas del marco de seguimiento y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud: gobernanza (5), financiación (1), infraestructura (1), sistema de información (1), personal de salud (1), acceso a las intervenciones y preparación de los servicios (5), calidad y seguridad de las intervenciones (5), cobertura de las intervenciones (1), prevalencia de los comportamientos de riesgo y factores de riesgo (1), mejora de los resultados sanitarios y equidad (4), capacidad de respuesta (2) y protección social (2).

Siguientes pasos

El equipo principal de la LSHTM y la OMS está finalizando la lista de indicadores tras revisar las aportaciones recogidas durante la consulta en línea, conscientes de que la lista de indicadores requerirá una evaluación periódica para reforzar y conservar su utilidad y relevancia. Se publicará un informe a su debido tiempo.

1 Filippi V, Dennis M, Calvert C, Tunçalp Ö, Ganatra B, Kim CR, Ronsmans C. Abortion metrics: a scoping review of abortion measures and indicators. *BMJ Global Health*. 2021;6(1):e003813.

2 *Ibid*

3 Dennis A, Blanchard K, Bessenaar T. Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(43):7-15.

4 Quality of care for maternal and newborn health: a monitoring framework for network countries, actualizado en febrero de 2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/qed-quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-frant-for-network-countries.pdf>, consultado el 3 de septiembre de 2021).

Anexo 7. Revisiones sistemáticas y enlaces a las preguntas PICO y las recomendaciones

Esfera temática	Título y autores de la revisión (y detalles de la referencia, si se ha publicado)	Números de las preguntas PICO conexas, como figuran en los anexos	Número(s) de las recomendaciones conexas(s), como figuran en el documento principal
I. Temas seleccionados para recomendaciones nuevas o actualizadas			
Ámbito de legislación y política Los marcos de evidencia para la decisión se encuentran en el material suplementario 1 ¹	Todas las revisiones realizadas por el equipo de síntesis de la evidencia sobre legislación y política para elaborar estas directrices²	Véase el anexo 8	
Tipificación ³	Repercusiones de tipificar el aborto como un delito en los resultados relacionados con el aborto	1	1
Enfoques basados en supuestos	Repercusiones de los supuestos en los resultados relacionados con el aborto	2	2
Límites a la edad gestacional	Repercusiones de los límites a la edad gestacional en los resultados relacionados con el aborto	3	3
Plazos de espera obligatorios	Repercusiones de los plazos de espera obligatorios en los resultados relacionados con el aborto	4	6
Autorización de terceros	Repercusiones de la autorización de terceros en los resultados relacionados con el aborto	5,6,7,8,9	7
Restricciones relativas al proveedor	Repercusiones de las restricciones relativas al proveedor en los resultados relacionados con el aborto	10	21
Objeción de conciencia	Repercusiones de la objeción de conciencia en los resultados relacionados con el aborto	11	22
Ámbito de servicios clínicos Los marcos de evidencia para la decisión se encuentran en el material suplementario 2 ⁴	Todas las revisiones realizadas por el equipo de síntesis de la evidencia sobre servicios clínicos para elaborar estas directrices	Véase el anexo 9	
Isoinmunización Rh	Nueva revisión sistemática: Chan M, Gill R, Kim C. The effect of routine anti-D administration among unsensitized Rh negative individuals who have an abortion. <i>BMJ Sex Reprod Health</i> . 2021 (en impresión).	1	8
Tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico	Revisión actualizada del Grupo Cochrane de Regulación de la Fertilidad (CFR): Renner R-M, Edelman A, McKecherch AE, Jensen JTJ, Nichols MDN. Pain control in first trimester surgical abortion. 2020 (<i>de próxima publicación</i>) Nueva revisión sistemática: DePiñeres T. Pain management regimens for surgical abortion > 14 weeks gestation. 2020 (<i>inédito</i>)	2, 3	11 y 12 13 y 14
Tratamiento del dolor para el aborto médico	Nueva revisión del grupo CFR: Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C, Cameron S. Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation. 2020 (<i>de próxima publicación</i>) Nueva revisión sistemática: Korotkaya Y, Kim C. Pain control in second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. 2019 (<i>inédito</i>)	4, 5	15 16
Preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico antes de las 12 semanas	Revisión actualizada del grupo CFR: Kapp N, Nguyen A, Atrio J, Lohr P. Cervical preparation for surgical abortion less than 14 weeks. 2020 (<i>de próxima publicación</i>)	6a	17
Preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas	Revisión actualizada del grupo CFR: Newmann SJ, Tufa T, Drey E, Meckstroth K, Diedrich JT. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. 2019 (<i>de próxima publicación</i>)	6b,7,8,9	18

1 Material suplementario 1, disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

2 Las autoras de las siete revisiones son, entre otros, Amanda Clevee, Fiona de Londras, Alana Farrell, Magdalena Furgalska, Antonella Lavelanet, María Isabel Rodríguez.

3 Estas tres primeras recomendaciones se presentan en el capítulo 2. El resto se presenta en el capítulo 3.

4 Material suplementario 2, disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

Esfera temática	Título y autores de la revisión (y detalles de la referencia, si se ha publicado)	Números de las preguntas PICO conexas, como figuran en los anexos	Número(s) de las recomendaciones conexas(s), como figuran en el documento principal
Otros métodos médicos para inducir el aborto	Nueva revisión sistemática: Tolu L, Kim C. The efficacy, safety, and acceptability of alternative methods of medication abortion to the routine mifepristone and/or misoprostol. 2020 (<i>manuscrito en elaboración</i>)	10,11,12	27c
Aborto retenido antes de las 14 semanas	Nueva revisión sistemática: DePiñeres T. Management options for pregnant individuals with missed abortion < 14 weeks. 2020 (<i>inédito</i>)	13,14,15	31
Autogestión del aborto médico (elegibilidad, administración de medicamentos, evaluación del resultado)	Nueva revisión sistemática: Clark E, Tolu L, Gill R, Kim C. Eligibility and outcome assessment. 2020 (<i>inédito</i>) Nueva revisión del grupo CFR: Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2020;(3):CD013181.	16	50 Autogestión
Ámbito de prestación de servicios Los marcos de evidencia para la decisión se encuentran en el material suplementario 3⁵	Todas las revisiones realizadas por el equipo de síntesis de la evidencia sobre la prestación de servicios para elaborar estas directrices	Véase el anexo 10	
Suministro de información	Revisión actualizada de Cochrane Response (sobre los empleados de farmacia): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: information provision by pharmacy workers. 2021 (<i>inédito</i>)	1	4
Orientación	Revisión actualizada de Cochrane Response (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia y agentes de salud comunitarios): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: pre- and post-abortion counselling. 2021 (<i>inédito</i>)	2	5
Preparación del cuello uterino con medicación o dilatación osmótica antes del aborto quirúrgico	Revisión actualizada de Cochrane Response (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería, enfermeros auxiliares parteros) Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Cervical priming using osmotic dilators or medications. 2021 (<i>inédito</i>)	3	19 y 20
Aspiración al vacío para todas las indicaciones antes de las 14 semanas	Revisión actualizada de Cochrane (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería, enfermeros auxiliares parteros, parteros, enfermeros, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados): Kim C, Barnard S, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2021 (<i>de próxima publicación</i>)	4 y 10	24 y 38
Dilatación y evacuación para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas	Nueva revisión sistemática (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, personal de partería): Feysa M, Kim C. Systematic review on effectiveness, safety and acceptability of second trimester abortion by midlevel providers. 2021 (<i>inédito</i>)	5	26
Tratamiento médico del aborto antes de las 12 semanas (elegibilidad, administración de medicamentos, evaluación del resultado)	Revisión actualizada de Cochrane (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería, enfermeros auxiliares parteros, parteros, enfermeros, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados): Kim C, Barnard S, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2021 (<i>de próxima publicación</i>) Nueva revisión actualizada de Cochrane Response (sobre los farmacéuticos, empleados de farmacia y agentes de salud comunitarios): Villanueva G, Cogo E, Petkovic J, Bergman H, Probyn K, Buckley B, et al. Medical abortion facilitation. 2021 (<i>inédito</i>)	6	28
Tratamiento médico del aborto a partir de las 12 semanas	Nueva revisión sistemática (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería): Feysa M, Kim C. Systematic review on effectiveness, safety and acceptability of second trimester abortion by midlevel providers. 2021 (<i>inédito</i>)	7	30

5 Material suplementario 3, disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Esfera temática	Título y autores de la revisión (y detalles de la referencia, si se ha publicado)	Números de las preguntas PICO conexas, como figuran en los anexos	Número(s) de las recomendaciones conexas(s), como figuran en el documento principal
Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina	Nueva revisión de Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: medical management of intrauterine fetal demise (IUID). 2020 (<i>inédito</i>)	8	33
Tratamiento médico del aborto incompleto	Revisión actualizada de Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: medical management of incomplete abortion. 2020 (<i>inédito</i>)	9	37
Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto	Revisión actualizada de Cochrane Response (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería, enfermeros auxiliares parteros): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: diagnosis and management of abortion related complications. 2021 (<i>inédito</i>)	11	39 y 40
Administración de anticonceptivos inyectables	Revisión actualizada de Cochrane Response (sobre los profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia) Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: injectable contraception. 2020 (<i>inédito</i>)	12	46
Telemedicina para la prestación de atención para el aborto médico (atención integral del aborto o componentes individuales)	Revisión actualizada de Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: telemedicine. 2020 (<i>inédito</i>)	13	48
Modelos de extensión comunitaria de prestación de atención para el aborto	Nueva revisión sistemática de Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: Community outreach models. 2021 (<i>inédito</i>)	14	49 (Declaración de prácticas óptimas)
Asesoramiento sobre la reducción de daños para las personas que desean someterse a un aborto provocado	Nueva revisión sistemática: Stifani B, Gill R, Kim C. Harm-reduction counselling to reduce the harms of unsafe abortion: a systematic review. 2021 (<i>manuscrito en revisión</i>)	15	49 (Declaración de prácticas óptimas)
Promoción del marketing social para mujeres embarazadas que desean someterse a un aborto provocado	Nueva revisión sistemática: Abubeker F, Tufa T, Kim C. Impact of social marketing interventions on safe abortion services. 2021 (<i>inédito</i>)	16	49 (Declaración de prácticas óptimas)
Autoabastecimiento de medicación en línea para mujeres embarazadas que desean someterse a un aborto provocado	Nueva revisión sistemática: Abubeker F, Tufa T, Kim C. Safety, effectiveness, and acceptability of self-sourcing of medications for induced abortion. 2021 (<i>inédito</i>)	17	49 (Declaración de prácticas óptimas)
Autoadministración de anticonceptivos inyectables en el periodo posterior al aborto	Revisión actualizada de Cochrane Response: Villanueva G, Bergman H, Cogo E, Petkovic J, Buckley B, Probyn K, et al. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception: self-administration of injectable contraceptives. 2020 (<i>inédito</i>)	18	51 (Autogestión)
II. Temas no incluidos en el alcance, pero sobre los que se realizó una revisión actualizada de la evidencia			
Antibióticos profilácticos	Revisión existente: Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2012;(3):CD005217. (<i>Revisión de la evidencia actualizada en 2021</i>)	N/A	9
Ecografía previa al aborto	Revisión existente: Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first-and second-trimester abortion. <i>Contraception</i> , 2011;83(1):30-3. (<i>Revisión de la evidencia actualizada por Cochrane Response en abril de 2021</i>)	N/A	10
Métodos quirúrgicos para el aborto en el primer trimestre	Revisión existente: Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2001;(4):CD002900. (<i>Revisión de la evidencia actualizada en abril de 2021</i>)	N/A	23

Esfera temática	Título y autores de la revisión (y detalles de la referencia, si se ha publicado)	Números de las preguntas PICO conexas, como figuran en los anexos	Número(s) de las recomendaciones conexas, como figuran en el documento principal
Tratamiento médico del aborto provocado	Revisión existente: Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review. <i>BMC Womens Health</i> . 2020;20(20):142. Revisión actualizada: Whitehouse K, Brant A, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B, <i>et al</i> . Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. <i>Contracept X</i> . 2020;2:100037.	N/A	27 29
Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina	Revisión existente: Cleeve A, Fønhus MS, Lavelanet A. A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14–28 weeks of gestation. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> . 2019;147(147):301-12.	N/A	32
Seguimiento posterior al aborto	<i>Revisiones existentes:</i> <i>Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine follow-up visits after first-trimester induced abortion. Obstet Gynecol. 2004;103(4):738-45.</i> <i>Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. Contraception. 2011;83(6):504-10.</i> (Revisión de evidencia actualizada por Cochrane Response en abril de 2021)	N/A	34
III. Temas de las recomendaciones que se han trasladado o introducido en estas directrices sin revisar			
Métodos de aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación	Trasladada: Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2008;(1):CD006714.	N/A	25 (recomendación 5 de la OMS, 2012)
Tratamiento médico del aborto incompleto	Trasladada: Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2017(1);CD007223.	N/A	35 36a y 36B (recomendaciones 1a y 1b de la OMS, 2018)
Anticonceptivos después del aborto	Introducida en: Véase <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> (OMS, 2015)	N/A	41 (recomendación de Criterios médicos de elegibilidad, OMS, 2015)
Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto quirúrgico	Trasladada: N/A	N/A	42 (recomendación 13 de la OMS, 2012)
Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto médico	Trasladada: Kim C, Nguyen AT, Berry-Bibee E, Ermias Y, Gaffield ME, Kapp N. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: a systematic review and meta-analysis. <i>Contraception</i> . 2021;103(103):291-304. Ermias Y, Berry-Bibee E, Nguyen AT, Curtis K. Post-abortion IUD insertion: a systematic review. 2017 (<i>inédito</i>)	N/A	43 (recomendaciones 4a y 4b de la OMS, 2018) 44 (recomendación de la OMS, 2015)
Inserción y extracción de implantes Ligadura de trompas	Trasladada: Véanse las recomendaciones para <i>optimizar las funciones de los trabajadores de la salud</i> (OMS, 2012)	N/A	45 47 (recomendaciones de la OMS, 2015)
Píldoras anticonceptivas orales de venta libre Píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre Uso de preservativos	Introducida en: Véanse las <i>directrices sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar</i> (OMS, 2021)	N/A	52 (autogestión) 53 (autogestión) 54 (autogestión)

Anexo 8. Preguntas PICO para el ámbito de legislación y políticas

PICO: **P** = población; **I** = intervención; **C** = comparador (si procede); * **O** = resultado(s) obtenido(s)¹

* En los casos en que se dispone de un comparador, se han incorporado los datos pertinentes, pero en muy pocos de los estudios sobre las intervenciones normativas relacionadas con el aborto se incluyen comparadores de ningún tipo.

Reglamentación del aborto

Tipificación

PICO 1: Las repercusiones de tipificar el aborto como delito (véase la recomendación 1)

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de que el aborto esté tipificado como delito en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la derivación a otro proveedor, las repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo), los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados), el impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria, la estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención), los procedimientos de justicia penal, el acoso, las operaciones encubiertas contra el aborto, la disponibilidad de proveedores capacitados y la denuncia de la sospecha de aborto ilegal?

P: Personas embarazadas que desean abortar; profesionales médicos que prestan servicios de aborto.

I: Tipificación.

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:²

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos);
- Aborto ilegal;
- Aborto autogestionado;
- Derivación a otro proveedor;
- Repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo);
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados);
- Impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria;
- Estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención);
- Procedimientos de justicia penal;
- Acoso;
- Operaciones encubiertas contra el aborto;
- Disponibilidad de proveedores capacitados;
- Denuncia de la sospecha de aborto ilegal.

1 Para obtener más información sobre los resultados de las revisiones basadas en las preguntas PICO presentadas en este anexo, véanse los marcos de evidencia para la decisión incluidas en el material suplementario 1.

2 Se han combinado en una sola lista los resultados de ambos grupos de población (embarazadas que solicitan un aborto y profesionales médicos que prestan servicios de aborto) para cada una de las preguntas PICO presentadas en este anexo; para obtener información más específica sobre los resultados de interés de cada revisión, véanse los marcos de evidencia para la decisión incluidas en el material suplementario 1.

Enfoques basados en supuestos

PICO 2: Las repercusiones los enfoques basados en supuestos (véase la recomendación 2)

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de los enfoques basados en supuestos (que limitan el acceso y/o la prestación de servicios para el aborto en función de una serie de supuestos que prohíben el acceso al aborto) sobre el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la discordia familiar anticipada o vivida, la exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal, la coacción reproductiva anticipada o vivida, las consecuencias desproporcionadas, la derivación a otro proveedor, las repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo), la imposición percibida en la conciencia o la ética personal, el impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria, los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados), la estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención)?

P: Personas embarazadas que desean abortar; profesionales médicos que prestan servicios de aborto.

I: Enfoques basados en supuestos (que limitan el acceso y/o la prestación de servicios para el aborto en función de una serie de supuestos que prohíben el acceso al aborto).

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos);
- Aborto ilegal;
- Aborto autogestionado;
- Discordia familiar anticipada o vivida;
- Exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal;
- Coacción reproductiva anticipada o vivida;
- Consecuencias desproporcionadas;
- Derivación a otro proveedor;
- Repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo);
- Imposición percibida en la conciencia o la ética personal;
- Impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria;
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados);
- Estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención).

Límites a la edad gestacional

PICO 3: Las repercusiones de los límites a la edad gestacional (véase la recomendación 3)

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de imponer límites a la edad gestacional en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la exclusión para acceder a un aborto legal, las consecuencias desproporcionadas, la derivación a otro proveedor, las repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo), los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados), el impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria, la estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención)?

P: Personas embarazadas que desean abortar; profesionales médicos que prestan servicios de aborto.

I: Límites a la edad gestacional.

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos);
- Aborto ilegal;
- Aborto autogestionado;
- Exclusión para acceder a un aborto legal;
- Consecuencias desproporcionadas;
- Derivación a otro proveedor;
- Repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo);
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados);
- Impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria;
- Estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención).

Preaborto

Plazos de espera obligatorios

PICO 4: Las repercusiones de los plazos de espera obligatorios (véase la recomendación 6)

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de imponer plazos de espera obligatorios en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), las consecuencias desproporcionadas, el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la exclusión para acceder a un aborto legal, la derivación a otro proveedor, las repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo), los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados), el impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria, la estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención)?

P: Personas que desean abortar; profesionales médicos que prestan servicios de aborto.

I: Plazos de espera obligatorios.

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los desplazamientos para obtener el aborto y costes de oportunidad psicológicos);
- Consecuencias desproporcionadas;
- Aborto ilegal;
- Aborto autogestionado;
- Exclusión para acceder a un aborto legal;
- Derivación a otro proveedor;
- Repercusiones en la carga de trabajo (incluidos los problemas de reasignación para la organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo);
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados);
- Impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria;
- Estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención).

Autorización de terceros para acceder al aborto (véase la recomendación 7)

PICO 5: Repercusiones de la autorización judicial

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de exigir la autorización judicial sobre el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la discordia familiar anticipada o vivida, la exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal, la coacción reproductiva anticipada o vivida, los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados)?

P: Personas embarazadas que desean abortar.

I: Autorización judicial.

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los desplazamientos para obtener el aborto y costes de oportunidad psicológicos);
- Aborto ilegal;
- Aborto autogestionado;
- Discordia familiar anticipada o vivida;
- Exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal;
- Coacción reproductiva anticipada o vivida;
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados).

PICO 6: Repercusiones de la autorización judicial en comparación con el consentimiento de los progenitores

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto, ¿cuáles son las repercusiones de la autorización judicial en comparación con el consentimiento de los progenitores en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la discordia familiar anticipada o vivida, la exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal, la coacción reproductiva anticipada o vivida, los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/ los honorarios privados)?

[P-I-O igual que la PICO 5 pero con un comparador (C) añadido: Consentimiento de los progenitores]

PICO 7: Repercusiones del consentimiento de los progenitores en comparación con las leyes/requisitos de notificación a los progenitores

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto, ¿cuáles son las repercusiones de exigir el consentimiento de los progenitores en comparación con las leyes o requisitos de notificación a los progenitores en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la discordia familiar anticipada o vivida, la exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal, la coacción reproductiva anticipada o vivida, los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados)?

[P y O son los mismos que en la PICO 5; I = Consentimiento de los progenitores y C = Leyes/requisitos de notificación a los progenitores]

PICO 8: Repercusiones de la autorización de los progenitores mediante consentimiento o notificación

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de exigir la autorización de los progenitores mediante consentimiento o notificación sobre el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la discordia familiar anticipada o vivida, la exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal, la coacción reproductiva anticipada o vivida, los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados)?

[P-C-O igual que en la PICO 5, pero I = Autorización de los progenitores mediante consentimiento o notificación]

PICO 9: Repercusiones de la autorización por consentimiento del cónyuge

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto, ¿cuáles son las repercusiones de exigir la autorización por consentimiento del cónyuge sobre el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la discordia familiar anticipada o vivida, la exposición anticipada o vivida a la violencia o la explotación interpersonal, la coacción reproductiva anticipada o vivida, los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados)?

[P-C-O igual que en la PICO 5, pero I = Autorización por consentimiento del cónyuge]

Restricciones relativas al proveedor

PICO 10: Las repercusiones de las restricciones relativas al proveedor (véase la recomendación 21)

Pregunta PICO: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de imponer restricciones relativas al proveedor en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), las consecuencias desproporcionadas, el aborto ilegal, el aborto autogestionado,

la derivación a otro proveedor, las repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo), los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/ los honorarios privados), la imposición percibida en la conciencia o la ética personal, el impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria, la estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención)?

P: Personas embarazadas que desean abortar; profesionales médicos que prestan servicios de aborto.

I: Restricciones relativas al proveedor.

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los desplazamientos para obtener el aborto y la estigmatización y los costes de oportunidad psicológicos);
- Consecuencias desproporcionadas;
- Aborto ilegal;
- Aborto autogestionado;
- Derivación a otro proveedor;
- Repercusiones en la carga de trabajo (incluidos los problemas de reasignación para la organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo);
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados);
- Imposición percibida en la conciencia o la ética personal;
- Impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria;
- Estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención).

Objeción de conciencia

PICO 11: Las repercusiones de la objeción de conciencia (véase la recomendación 22)

PICO Pregunta: Para las personas embarazadas que solicitan un aborto y también para los profesionales médicos que prestan servicios de aborto, ¿cuáles son las repercusiones de la objeción de conciencia en el retraso del aborto, la continuación del embarazo, los costes de oportunidad (incluidos los costes de oportunidad psicológicos), el aborto ilegal, el aborto autogestionado, la derivación a otro proveedor, las repercusiones en la carga de trabajo (incluida la reasignación, los problemas de organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo), los costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados), la imposición percibida en la conciencia o la ética personal, el impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria, la estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención)?

P: Personas embarazadas que desean abortar; profesionales médicos que prestan servicios de aborto.

I: Objeción de conciencia/denegación del servicio por motivos éticos.

C: Ninguno (no es necesario especificar el comparador en los estudios).

O:

- Retraso del aborto;
- Continuación del embarazo;
- Costes de oportunidad (incluidos los desplazamientos para obtener el aborto y la estigmatización y los costes de oportunidad psicológicos);
- Aborto ilegal;
- Autogestión del aborto;
- Derivación a otro proveedor;
- Repercusiones en la carga de trabajo (incluidos los problemas de reasignación para la organización del trabajo, así como el aumento o la disminución de la carga de trabajo);
- Costes del sistema (incluidos los costes directos del sistema y los «desvíos» de los sistemas de salud pública a los servicios de pago/los honorarios privados);
- Imposición percibida en la conciencia o la ética personal;
- Impacto percibido en la relación entre el proveedor y la usuaria;
- Estigmatización de los proveedores de salud (teniendo en cuenta la aplicación de la intervención).

Anexo 9. Preguntas PICO para el ámbito de servicios clínicos

PICO: P = población; I = intervención; C = comparador; O = resultado(s) obtenido(s) ¹

Preaborto

Isoinmunización Rh

PICO 1: La no administración de inmunoglobulina anti-D en personas Rh negativas no sensibilizadas que deseen abortar (véase la recomendación 8 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona Rh negativa no sensibilizada que desea abortar antes de las 12 semanas de gestación, ¿la no administración de inmunoglobulina anti D es una alternativa segura y eficaz a la administración sistemática de inmunoglobulina anti-D?

- P:** Personas Rh negativas no sensibilizadas que desean abortar antes de las 12 semanas de gestación (tanto para el aborto médico como quirúrgico).
- I:** La no administración de inmunoglobulina anti D.
- C:** Administración sistemática de inmunoglobulina anti D.
- O:**
- Tasa de isoinmunización en el embarazo posterior;
 - Tasa de formación de anticuerpos tras el embarazo inicial.

Tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico

PICO 2: Tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación (véanse las recomendaciones 11 y 12 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación, ¿el tratamiento del dolor con algún método concreto es (I) más seguro, más eficaz y/o más satisfactorio/aceptable en comparación con el tratamiento del dolor con un método diferente o sin tratamiento del dolor (C)?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación.
- I:**
- i. Bloqueo paracervical (esto incluye las diferentes concentraciones, tipos [lidocaína], profundidades de la inyección y si es carbonatada o no);
 - ii. Bloqueo paracervical con medicación previa;
 - iii. Sedación consciente intravenosa y bloqueo paracervical;
 - iv. Anestesia general;
 - v. Anestesia tópica (por ejemplo, lidocaína);
 - vi. Intervención no farmacológica (música, acupuntura, «verbicaína», etc.).
- C:**
- i. Sin bloqueo paracervical;
 - ii. Solo bloqueo paracervical;
 - iii. Bloqueo paracervical con medicación previa;
 - iv. Sedación consciente intravenosa y bloqueo paracervical
- O:**
- Eficacia (dolor máximo medido en la escala visual analógica [EVA]);
 - Puntuaciones de ansiedad medidas con la EVA;

¹ Para obtener más información sobre los resultados de las revisiones basadas en las preguntas PICO presentadas en este anexo, véanse los marcos de evidencia para la decisión incluidas en el material suplementario 2.

- Seguridad (complicaciones relacionadas con los métodos de tratamiento del dolor, uso de narcóticos suplementarios, uso de cualquier medicación analgésica adicional, tiempo de recuperación, ingreso en el hospital), efectos secundarios;
- Satisfacción/aceptabilidad.

PICO 3: Tratamiento del dolor para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación (véanse las recomendaciones 11, 13 y 14 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación (incluido el cebado cervical antes del procedimiento), ¿el tratamiento del dolor con algún método concreto es (I) más seguro, más eficaz o satisfactorio/aceptable en comparación con el tratamiento del dolor con un método diferente o sin tratamiento del dolor (C)?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación.

I:

- Bloqueo paracervical (esto incluye las diferentes concentraciones, tipos [lidocaína], profundidades de la inyección y si es carbonatada o no);
- Bloqueo paracervical con medicación previa;
- Sedación consciente intravenosa y bloqueo paracervical;
- Anestesia general;
- Anestesia tópica (por ejemplo, lidocaína);
- Intervención no farmacológica (música, acupuntura, «verbicaína», etc.).

C:

- Sin bloqueo paracervical;
- Solo bloqueo paracervical;
- Bloqueo paracervical con medicación previa;
- Sedación consciente intravenosa y bloqueo paracervical;

O:

- Eficacia (dolor máximo medido en la EVA);
- Puntuaciones de ansiedad medidas con la EVA;
- Seguridad (complicaciones relacionadas con los métodos de tratamiento del dolor, uso de narcóticos suplementarios, uso de cualquier medicación analgésica adicional, duración del tiempo de recuperación, ingreso en el hospital), efectos secundarios;
- Satisfacción/aceptabilidad.

Tratamiento del dolor para el aborto médico

PICO 4: Tratamiento del dolor para el aborto con medicamentos antes de las 14 semanas de gestación (véase la recomendación 15)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico antes de las 14 semanas de gestación, ¿el tratamiento del dolor *i)* con algún método farmacológico concreto (administrado de forma profiláctica o tras la aparición del dolor) o *ii)* con algún método no farmacológico es más seguro, más eficaz o satisfactorio/aceptable en comparación con cualquier otro método de este tipo o con ningún tratamiento/placebo?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico antes de las 14 semanas de gestación.

I:

- i. Métodos farmacológicos (administración: profiláctica o después del inicio del dolor):
 - Ibuprofeno;
 - Paracetamol con codeína;
 - Antieméticos;
 - Loperamida;
 - Tramadol.
- ii. Métodos no farmacológicos (música, acupuntura, «verbicaína», etc.).

C:

- i. Métodos farmacológicos (administración: profiláctica o después del inicio del dolor):
 - Ibuprofeno;
 - Paracetamol con codeína;
 - Antieméticos;
 - Loperamida;
 - Tramadol.
- ii. Métodos no farmacológicos (música, acupuntura, «verbicaína», etc.).
- iii. Sin tratamiento/placebo.

O:

- Eficacia (dolor máximo medido en la EVA);
- Seguridad (complicaciones relacionadas con los métodos de tratamiento del dolor, uso de narcóticos suplementarios, uso de cualquier medicación analgésica adicional), efectos secundarios;
- Eficacia de la pauta abortiva con medicamentos, definida como la finalización exitosa sin intervención quirúrgica adicional;
- Tiempo hasta la expulsión;
- Satisfacción/aceptabilidad.

PICO 5: Tratamiento del dolor para el aborto con medicamentos a partir de las 14 semanas de gestación (véase la recomendación 16 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico a partir de las 14 semanas de gestación, ¿el tratamiento del dolor *i*) con algún método farmacológico concreto (administrado de forma profiláctica o tras la aparición del dolor) o *ii*) con algún método no farmacológico es más seguro, más eficaz o satisfactorio/aceptable en comparación con cualquier otro método de este tipo o con ningún tratamiento/placebo?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico a partir de las 14 semanas de gestación.

I:

- i. Métodos farmacológicos (administración: profiláctica o después del inicio del dolor):
 - Pretratamiento (ibuprofeno, paracetamol con codeína, antieméticos, loperamida, tramadol);
 - Opiáceos IV;
 - Bloqueo paracervical.
- ii. Métodos no farmacológicos (música, acupuntura, «verbicaína», etc.).

C:

- i. Métodos farmacológicos (administración: profiláctica o después del inicio del dolor):

- Pretratamiento (ibuprofeno, paracetamol con codeína, antieméticos, loperamida, tramadol);
 - Opiáceos IV;
 - Bloqueo paracervical.
- ii. Métodos no farmacológicos (música, acupuntura, «verbicaína», etc.).
- iii. Sin tratamiento/placebo.

O:

- Eficacia (dolor máximo medido en la EVA);
- Seguridad (complicaciones, uso de narcóticos suplementarios, uso de cualquier medicación analgésica adicional), efectos secundarios;
- Eficacia de la pauta abortiva con medicamentos, definida como la finalización exitosa sin intervención quirúrgica adicional;
- Tiempo hasta la expulsión;
- Satisfacción/aceptabilidad.

Preparación del cuello uterino

PICO 6a: Preparación del cuello uterino antes de las 12 semanas de gestación (véase la recomendación 17)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico antes de las 12 semanas de gestación, ¿la preparación del cuello uterino es un procedimiento eficaz, seguro y aceptable?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico antes de las 12 semanas de gestación.

I: Preparación del cuello uterino con medicación o métodos mecánicos.

C: Preparación del cuello uterino con un placebo, con medicación (mediante distintas vías, dosis o intervalos de tratamiento) o con diferentes métodos mecánicos.

O:

- Eficacia;
- Satisfacción/aceptabilidad;
- Seguridad.

PICO 6b: Preparación del cuello uterino con medicación a partir de las 12 semanas de gestación (comparando diferentes regímenes) (véanse las recomendaciones 18b a 18d [NUEVAS])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación, ¿la preparación del cuello uterino con una combinación de mifepristona y misoprostol o únicamente con mifepristona es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la preparación del cuello uterino solo con misoprostol?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación.

I: Preparación del cuello uterino con:

- Combinación de mifepristona y misoprostol [varias vías, dosis e intervalos];
- Solo mifepristona [varias vías, dosis e intervalos].

C: Preparación del cuello uterino solo con misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].

O:

- Eficacia (dilatación cervical previa al procedimiento, necesidad de dilatación adicional, facilidad de procedimiento, tiempo necesario para completar el procedimiento);
- Seguridad (complicaciones, necesidad de intervenciones adicionales, dolor antes y después del procedimiento), efectos secundarios;

- Satisfacción (cliente y proveedor)/aceptabilidad;
- Coste (coste comparativo y coste para el cliente).

PICO 7: Preparación del cuello uterino a partir de las 12 semanas con medicación en comparación con la preparación mediante métodos mecánicos (véase la recomendación 18b [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación, ¿la preparación del cuello uterino con medicamentos (mifepristona, misoprostol o ambos) es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la preparación del cuello uterino mediante métodos mecánicos (tallos de laminaria, sonda Foley, Dilapan)?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación.

I: Preparación del cuello uterino con medicación:

- Solo mifepristona;
- Combinación de misoprostol y mifepristona;
- Solo misoprostol.

C: Preparación del cuello uterino con métodos mecánicos (es decir, tallos de laminaria, sonda Foley, Dilapan).

O:

- Eficacia (dilatación cervical previa al procedimiento, necesidad de dilatación adicional, facilidad de procedimiento, tiempo necesario para completar el procedimiento);
- Seguridad (complicaciones, necesidad de intervenciones adicionales, dolor antes y después del procedimiento), efectos secundarios;
- Satisfacción (cliente y proveedor)/aceptabilidad;
- Coste (coste comparativo y coste para el cliente).

PICO 8: Preparación del cuello uterino a partir de las 12 semanas con medicación y tallos de laminaria en comparación con solo los tallos de laminaria (véase la recomendación 18d [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación, ¿la preparación del cuello uterino con medicación y tallos de laminaria es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la preparación del cuello uterino solo con tallos de laminaria?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación.

I: Preparación del cuello uterino con medicación y tallos de laminaria.

- Combinación de mifepristona, misoprostol y tallos de laminaria;
- Combinación de misoprostol y tallos de laminaria;
- Combinación de mifepristona y tallos de laminaria.

C: Preparación del cuello uterino solo con tallos de laminaria.

O:

- Eficacia (dilatación cervical previa al procedimiento, necesidad de dilatación adicional, facilidad de procedimiento, tiempo necesario para completar el procedimiento);
- Seguridad (complicaciones, necesidad de intervenciones adicionales, dolor antes y después del procedimiento), efectos secundarios;
- Satisfacción (cliente y proveedor)/aceptabilidad;
- Coste (coste comparativo y coste para el cliente).

PICO 9: Preparación del cuello uterino a partir de las 12 semanas mediante métodos mecánicos antes de la dilatación y evacuación (véase la recomendación 18 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto quirúrgico (dilatación y evacuación) a partir de las 12 semanas de gestación, ¿la preparación del cuello uterino mediante un método mecánico es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la preparación del cuello uterino con un método mecánico distinto?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación.

I: Preparación del cuello uterino con un método mecánico antes de la dilatación y evacuación.

C: Preparación del cuello uterino con otro método mecánico diferente antes de la dilatación y evacuación.

O:

- Eficacia (dilatación cervical previa al procedimiento, necesidad de dilatación adicional, facilidad de procedimiento, tiempo necesario para completar el procedimiento);
- Seguridad (complicaciones, necesidad de intervenciones adicionales, dolor antes y después del procedimiento), efectos secundarios;
- Satisfacción (cliente y proveedor)/aceptabilidad;
- Coste (coste comparativo y coste para el cliente).

Aborto

Nuevos métodos médicos para el aborto

PICO 10: Aborto médico con una combinación de letrozol y misoprostol, en comparación con solo el misoprostol (véase la recomendación 27c [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿el tratamiento combinado de letrozol y misoprostol es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al aborto médico solo con misoprostol?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto médico (a todas las edades gestacionales).
- I:** Aborto médico con una combinación de letrozol y misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].
- C:** Aborto médico solo con misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].
- O:**
- Eficacia (tasa de embarazo en curso, procedimiento completado sin intervención quirúrgica);
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
 - Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Coste (coste comparativo y coste para la usuaria).

PICO 11: Aborto médico con una combinación de letrozol y misoprostol, en comparación con una combinación de mifepristona y misoprostol

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿el tratamiento combinado de letrozol y misoprostol es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al aborto médico con una combinación de mifepristona y misoprostol?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto médico (a todas las edades gestacionales).
- I:** Aborto médico con una combinación de letrozol y misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].
- C:** Aborto médico con una combinación de mifepristona y misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].
- O:**
- Eficacia (tasa de embarazo en curso, completado sin intervención quirúrgica);
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
 - Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Coste (coste comparativo y coste para la usuaria).

PICO 12: Aborto médico con una combinación de letrozol y misoprostol, en comparación con solo misoprostol

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿el tratamiento combinado de mifepristona y letrozol es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al aborto médico solo con misoprostol?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto médico.
- I:** Aborto médico con una combinación de mifepristona y letrozol [varias vías, dosis e intervalos].
- C:** Aborto médico solo con misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].
- O:**
- Eficacia (tasa de embarazo en curso, completado sin intervención quirúrgica);
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
 - Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Coste (coste comparativo y coste para la usuaria).

Aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación

PICO 13: Tratamiento médico del aborto retenido con una combinación de mifepristona y misoprostol (véase la recomendación 31 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada con un aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación, ¿el tratamiento médico con una combinación de mifepristona y misoprostol es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al tratamiento solo con misoprostol?

P: Personas embarazadas con un aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación.

I: Tratamiento médico con una combinación de mifepristona y misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].

C: Tratamiento médico solo con misoprostol [varias vías, dosis e intervalos].

O:

- Eficacia (expulsión fallida/productos retenidos en curso, completado sin intervención quirúrgica);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
- Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
- Satisfacción/aceptabilidad;
- Coste del tratamiento.

PICO 14: Tratamiento médico del aborto retenido con cualquiera de las pautas (véase la recomendación 31 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada con un aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación, ¿el tratamiento médico (todas las pautas) es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al tratamiento expectante?

P: Personas embarazadas con un aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación.

I: Tratamiento médico (todas las pautas).

C: Tratamiento expectante.

O:

- Eficacia (expulsión fallida/productos retenidos en curso, completado sin intervención quirúrgica);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
- Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
- Satisfacción/aceptabilidad;
- Coste del tratamiento.

PICO 15: Tratamiento quirúrgico del aborto retenido (véase la recomendación 31 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada con un aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación, ¿el tratamiento quirúrgico es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al tratamiento médico o al tratamiento expectante?

P: Personas embarazadas con un aborto retenido antes de las 14 semanas de gestación.

I: Tratamiento quirúrgico.

C:

- Tratamiento médico;
- Tratamiento expectante.

O:

- Eficacia (expulsión fallida/productos retenidos en curso, completado sin intervención quirúrgica);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
- Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
- Satisfacción/aceptabilidad;
- Coste del tratamiento.

Enfoques de autogestión

Autogestión del aborto médico (véase la recomendación 49)

PICO 16: Autogestión del aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿la autogestión del proceso de aborto médico (evaluación de la elegibilidad, administración de mifepristona y/o misoprostol, autoevaluación del resultado/éxito) sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable al aborto médico tratado por un trabajador de la salud capacitado?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto médico a cualquier edad gestacional.
- I:** Personas embarazadas que autogestionan el proceso de aborto médico (en su totalidad) sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado.
- C:** Aborto médico tratado por un trabajador de la salud capacitado (todas las pautas recomendadas para el aborto médico).
- O:**
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Experiencia física y emocional (efectos secundarios, emociones positivas y negativas, estigmatización interiorizada), saber cuándo solicitar atención médica (visitas no programadas, llamadas telefónicas a la clínica, visitas de emergencia);
 - Coste.

PICO 16a: Autoevaluación de la elegibilidad para el aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿la autoevaluación de la elegibilidad¹ para realizar un aborto médico es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la evaluación de la elegibilidad realizada por un profesional médico u otro trabajador de la salud capacitado?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto médico a cualquier edad gestacional.
- I:** Personas embarazadas que autogestionan la primera parte del proceso de aborto médico mediante la autoevaluación de su elegibilidad para someterse a un aborto médico sin la supervisión directa de un trabajador de la salud.
- C:** Evaluación de la elegibilidad realizada por un trabajador de salud capacitado.
- O:**
- Proporción de personas embarazadas consideradas aptas para someterse a un aborto médico;
 - Proporción de personas embarazadas que no se consideraron aptas debido a la edad gestacional;
 - Proporción de personas embarazadas que no se consideraron aptas debido a las contraindicaciones;
 - Exactitud de estas evaluaciones cuando se comparan con un verificador independiente o un protocolo de diagnóstico;
 - Embarazo en curso;
 - Completado sin intervención quirúrgica;
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Coste.

¹ Criterios de elegibilidad: menos de 12 semanas de gestación; sin contraindicaciones; sin signos ni síntomas de embarazo ectópico.

PICO 16b: Autoadministración de medicamentos para el aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿la autoadministración de medicamentos para el aborto, si se proporcionan acompañados de instrucciones de uso y provienen de una fuente fiable, son una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la administración de medicamentos por un trabajador de la salud capacitado?

- P:** Personas embarazadas que solicitan un aborto médico a cualquier edad gestacional.
- I:** Personas embarazadas que se autoadministran los medicamentos para un aborto médico (dentro del proceso de aborto médico) sin la supervisión directa de un trabajador de la salud (pero con instrucciones de una fuente fiable de atención médica).
- C:** Administración de medicamentos para el aborto médico por parte de un trabajador de la salud capacitado.
- O:**
- Adhesión de las personas embarazadas a la pauta de aborto médico recomendada conforme a las instrucciones;
 - Eficacia (tasa de embarazo en curso, completado sin intervención quirúrgica);
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
 - Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
 - Experiencia física y emocional (efectos secundarios, emociones positivas y negativas, estigmatización interiorizada), saber cuándo solicitar atención médica (visitas no programadas, llamadas telefónicas a la clínica, visitas de emergencia);
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Coste (coste comparativo y coste para la usuaria).

PICO 16c: Autoevaluación del resultado del proceso de aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que se ha sometido a un aborto médico, ¿la autoevaluación del resultado o la eficacia del aborto médico es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la evaluación del resultado o la eficacia realizada por un trabajador de la salud capacitado?

- P:** Personas que se han sometido a un aborto médico.
- I:** Personas embarazadas que autogestionan la última parte del proceso de aborto médico mediante la autoevaluación del resultado o la eficacia del aborto sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado.
- C:** Evaluación del resultado o la eficacia del aborto realizada por un trabajador de la salud capacitado.
- O:**
- Eficacia (proporción de personas embarazadas evaluadas que tienen un aborto exitoso, exactitud de estas evaluaciones cuando se comparan con un verificador independiente o un protocolo de diagnóstico);
 - Tasa de embarazo en curso;
 - Completado sin intervención quirúrgica;
 - Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves), efectos secundarios;
 - Tiempo de expulsión desde el inicio del tratamiento;
 - Experiencia física y emocional (efectos secundarios, emociones positivas y negativas, estigmatización interiorizada), saber cuándo solicitar atención médica (visitas no programadas, llamadas telefónicas a la clínica, visitas de emergencia);
 - Satisfacción/aceptabilidad;
 - Coste (coste comparativo y coste para la usuaria).

Anexo 10. Preguntas PICO para el ámbito de prestación de servicios

PICO: P = población; I = intervención; C = comparador; O = resultado(s) obtenido(s)²

Nota: En el anexo 5 se describen todas las categorías de trabajadores de la salud mencionadas en este anexo.

Servicios aplicables lo largo de todo el continuo asistencial

Suministro de información

PICO 1: Empleados de farmacia para proporcionar información precisa (véase la recomendación 4)

Pregunta PICO: En el caso de una persona que busca información sobre la atención para el aborto (antes o después del tratamiento/aborto), ¿la información sobre la disponibilidad de proveedores seguros de atención para el aborto (prestación de servicios de aborto, atención para las complicaciones del aborto, tratamiento del aborto incompleto) proporcionada por un empleado de la farmacia es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a no proporcionar información (práctica habitual)?

P: Persona que busca información sobre el tratamiento para el aborto (antes o después del tratamiento/aborto) o tras un aborto incompleto o sus complicaciones (sean médicas o quirúrgicas, a cualquier edad gestacional).

I: Información y vinculación con los servicios de aborto, en la comunidad o en otros lugares, por parte de los empleados de farmacia.

C: Sin información (práctica habitual).

O:

- Eficacia (conocimiento correcto de los empleados de farmacia sobre el aborto seguro y las posibles complicaciones, sobre la atención segura después del aborto y sobre las indicaciones para la derivación);
- Privacidad y confidencialidad al proporcionar información;
- Accesibilidad de los servicios para la persona que los necesita;
- Satisfacción/aceptabilidad de la información y los servicios prestados.

Orientación

PICO 2: Orientación antes y después del aborto (véase la recomendación 5)

Pregunta PICO: En el caso de una persona que se dispone a abortar, ¿la orientación antes y después del aborto facilitada por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/aceptable a la orientación proporcionada por el personal de la clínica?

P: Personas embarazadas que se disponen a abortar.

I: Orientación antes y después del aborto facilitada por profesionales de medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Orientación proporcionada por el personal de la clínica (es decir, médicos generalistas o especialistas, enfermeros o parteros).

O:

- Eficacia (conocimiento correcto de los trabajadores de la salud y de las usuarias sobre las opciones anticonceptivas, sobre los servicios de aborto seguros y adecuados y sobre la atención segura después del aborto);
- Satisfacción/aceptabilidad del asesoramiento sobre los anticonceptivos y la orientación y los servicios prestados;
- Disponibilidad de asesoramiento y servicios anticonceptivos;
- Accesibilidad a la información y los métodos elegidos;

¹ Para obtener más información sobre los resultados de las revisiones basadas en las preguntas PICO presentadas en este anexo, véanse los marcos de evidencia para la decisión incluidas en el material suplementario 3.

- Respeto de la privacidad y confidencialidad de la usuaria durante la prestación de la orientación y los servicios;
- Participación en la prestación de asesoramiento y servicios;
- Calidad del asesoramiento y los servicios;
- Toma de decisiones informada después del asesoramiento y los servicios;
- Rendición de cuentas en la prestación del asesoramiento y los servicios;
- Variedad de métodos anticonceptivos propuestos en la orientación.

Preaborto

Preparación del cuello uterino previa al aborto quirúrgico

PICO 3: Preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos o medicación (véanse las recomendaciones 19 y 20)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que se somete a un aborto quirúrgico provocado, ¿la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos o con medicación por parte de un profesional de la medicina tradicional y complementaria, un clínico asociado/avanzado, un partero, un enfermero o un auxiliar de enfermería o enfermero auxiliar partero es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la preparación del cuello uterino por parte de un médico?

P: Personas embarazadas que se someten a un aborto provocado con aspiración al vacío o dilatación y evacuación.

I: Preparación del cuello uterino con:

- dilatadores osmóticos administrados por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/avanzados, parteros, enfermeros o auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros;
- medicación administrada por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/avanzados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería/enfermeros auxiliares parteros, farmacéuticos o empleados de farmacia.

C: Preparación del cuello uterino realizada por médicos con *i*) dilatadores osmóticos o *ii*) medicación.

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (grado de dilatación y percepción del proveedor sobre la facilidad del procedimiento);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Aborto

Aborto quirúrgico antes de las 14 semanas de gestación

PICO 4: Aspiración al vacío para todas las indicaciones antes de las 14 semanas de gestación (véase la recomendación 24)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado o a un tratamiento para un aborto incompleto o un aborto espontáneo (es decir, todas las indicaciones para la aspiración al vacío), ¿la aspiración al vacío realizada por un profesional de la medicina tradicional y complementaria, un auxiliar de enfermería o un enfermero auxiliar partero es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la realización de la aspiración al vacío por un médico?

P: Personas embarazadas que se someten a un aborto provocado o a un tratamiento para un aborto incompleto o espontáneo.

I: Aspiración al vacío proporcionada por un profesional de la medicina tradicional y complementaria, un auxiliar

de enfermería o un enfermero auxiliar partero.

C: Aspiración al vacío proporcionada por médicos generalistas o especialistas (obstetras/ginecólogos).

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (eficacia del aborto tras el procedimiento);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Aborto quirúrgico en edades gestacionales posteriores

PICO 5: Dilatación y evacuación para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación (véase la recomendación 26)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que va a someterse a un aborto quirúrgico (dilatación y evacuación), ¿el tratamiento por parte de un profesional de la medicina tradicional y complementaria, un clínico asociado/avanzado o un partero, es una alternativa segura, eficaz o satisfactoria/aceptable a la prestación de ese servicio por parte de un médico?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas de gestación.

I: Dilatación y evacuación realizada por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/avanzados o parteros.

C: Aborto quirúrgico realizado por médicos generalistas y especialistas.

O:

- Eficacia (eficacia del aborto tras el procedimiento);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Aborto médico antes de las 12 semanas de gestación y las tareas que lo componen (véase la recomendación 28)

PICO 6: Tratamiento del aborto médico antes de las 12 semanas de gestación

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico antes de las 12 semanas de gestación, ¿la prestación del aborto médico (es decir, la evaluación de la elegibilidad, la administración de medicamentos de calidad garantizada, la evaluación del resultado/éxito) por parte de un profesional de la medicina tradicional y complementaria, un farmacéutico, un empleado de farmacia o un agente de salud comunitario, es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la prestación del aborto médico por parte de un médico?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico.

I: Aborto médico proporcionado por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Aborto médico proporcionado por médicos generalistas o especialistas (obstetras/ginecólogos).

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del tratamiento);
- Satisfacción/aceptabilidad.

PICO 6a: Evaluación de elegibilidad para el aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿la evaluación de la elegibilidad para el aborto médico por parte de un profesional de la medicina tradicional y complementaria, un farmacéutico, un empleado de farmacia o un agente de salud comunitario es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la evaluación realizada por un médico, y tan precisa como esta?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico.

- I: Evaluación de elegibilidad por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.
- C: Evaluación de elegibilidad por médicos generalistas o especialistas (obstetras/ginecólogos).
- O:
 - Eficacia (proporción de embarazadas consideradas aptas para el aborto médico por tipo de proveedor y exactitud de estas evaluaciones cuando se comparan con un verificador independiente o un protocolo de diagnóstico);
 - Seguridad (eventos adversos graves, excepto el tratamiento por aborto incompleto o embarazo en curso);
 - Eficacia (eficacia del aborto tras el procedimiento);
 - Satisfacción.

PICO 6b: Administración de medicación para el aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿la administración de medicación para el aborto médico (es decir, la facilitación de información, la dispensación de medicamentos de calidad garantizada, la recomendación de una fuente acreditada de medicamentos) con instrucciones de uso por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, efectiva y satisfactoria/ aceptable a su administración por parte de médicos?

- P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico.
- I: Administración de medicación (es decir, la facilitación de información, la dispensación de medicamentos de calidad garantizada, la recomendación de una fuente acreditada de medicamentos) con instrucciones de uso por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.
- C: Administración de medicación (es decir, la facilitación de información, la dispensación de medicamentos de calidad garantizada, la recomendación de una fuente acreditada de medicamentos) por parte de médicos generalistas o especialistas.
- O:
 - Comprensión del protocolo por parte de las usuarias, demostrada por la toma de la pauta correcta;
 - Seguridad (eventos adversos graves, excepto el tratamiento por aborto incompleto o embarazo en curso);
 - Eficacia (eficacia del aborto tras el procedimiento);
 - Satisfacción.

PICO 6c: Evaluación precisa del éxito del proceso de aborto médico

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿la evaluación de la eficacia del aborto médico por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la evaluación realizada por un médico, y tan precisa como esta?

- P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico.
- I: Evaluación eficacia del aborto realizada por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.
- C: Evaluación de la eficacia del aborto realizada por médicos generalistas o especialistas.
- O:
 - Eficacia de la evaluación del resultado (proporción de embarazadas evaluadas respecto a la eficacia del aborto por tipo de proveedor y exactitud de estas evaluaciones cuando se comparan con un verificador independiente o un protocolo de diagnóstico);
 - Eficacia (eficacia del aborto tras el procedimiento);
 - Seguridad (eventos adversos graves, excepto el tratamiento por aborto incompleto o embarazo en curso o

por un embarazo ectópico);

- Satisfacción.

Tratamiento del aborto provocado a partir de las 12 semanas de gestación

PICO 7: Tratamiento para el aborto en a partir de las 12 semanas de gestación (véase la recomendación 30)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado, ¿el aborto médico o quirúrgico realizado por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la evaluación realizada por un médico?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico o quirúrgico a partir de las 12 semanas de gestación.

I: Aborto médico o quirúrgico realizado por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Aborto médico o aborto quirúrgico realizado por médicos generalistas o especialistas.

O:

- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de más intervenciones médicas o quirúrgicas);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Satisfacción.

Muerte fetal intrauterina

PICO 8: Tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina (véase la recomendación 33 [NUEVA])

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada a la que se le ha diagnosticado una muerte fetal intrauterina, ¿el tratamiento médico de la muerte fetal intrauterina (con mifepristona y misoprostol, o solo con misoprostol) proporcionado por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería o enfermeros auxiliares parteros, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria al tratamiento médico por parte de un médico?

P: Personas embarazadas diagnosticadas de muerte fetal intrauterina.

I: Tratamiento médico con mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol proporcionado por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería o enfermeros auxiliares parteros, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Tratamiento médico con mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol proporcionado por médicos generalistas o especialistas.

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Posaborto

Aborto incompleto antes de las 14 semanas de gestación

PICO 9: Tratamiento del aborto incompleto con misoprostol (véase la recomendación 37)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada con un aborto incompleto, ¿el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol proporcionado por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable al tratamiento con misoprostol proporcionado por un médico?

P: Personas embarazadas con un aborto incompleto.

I: Tratamiento médico con misoprostol proporcionado por profesionales de la medicina tradicional y

complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Tratamiento médico con misoprostol proporcionado por médicos generalistas o especialistas.

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
- Satisfacción/aceptabilidad.

PICO 10: Aspiración al vacío para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones (véase la recomendación 38)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado, ¿la aspiración al vacío para el aborto provocado/aborto incompleto/aborto espontáneo (en todas las indicaciones) realizada por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería o enfermeros auxiliares parteros es una opción segura, eficaz o satisfactoria en comparación con la aspiración al vacío realizada por médicos?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto provocado.

I: Aspiración al vacío realizada por profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería o enfermeros auxiliares parteros.

C: Aspiración al vacío realizada por médicos generalistas o especialistas (obstetras/ginecólogos).

O:

- Eficacia (eficacia del aborto tras el procedimiento);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Reconocimiento y tratamiento de las complicaciones (véanse las recomendaciones 39 y 40)

PICO 11: Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto

Pregunta PICO: En el caso de una persona que presenta una o varias complicaciones derivadas de un aborto provocado y que se encuentra en un estado estable, ¿el diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable al diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico, y es tan preciso como este?

P: Mujeres que presentan complicaciones derivadas de un aborto provocado y se encuentran en situación estable.

I: Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

- i. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.
- ii. Diagnóstico y tratamiento de hemorragias por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, farmacéuticos, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Diagnóstico y tratamiento de infecciones y sangrado abundante por parte de médicos generalistas y especialistas.

O:

- Eficacia (determinación precisa de una complicación seguida de una propuesta de tratamiento correcto o de una derivación en función de la capacidad profesional y el entorno clínico);
- Seguridad (eventos adversos graves);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Anticonceptivos después del aborto

PICO 12: Suministro de anticonceptivos inyectables después del aborto (véase la recomendación 46)

Pregunta PICO: En el caso de una persona que necesita anticonceptivos después de un aborto, ¿la provisión de anticonceptivos inyectables (iniciación o continuación) por parte de profesionales de medicina tradicional y complementaria, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la provisión por parte de un trabajador de la salud capacitado?

P: Mujeres después de un aborto que necesitan anticonceptivos.

I: Administración de anticonceptivos inyectables por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, empleados de farmacia o agentes de salud comunitarios.

C: Administración de anticonceptivos inyectables por parte de trabajadores de la salud capacitados.

O:

- Uso y adhesión a los anticonceptivos;
- Seguridad (eventos adversos graves y complicaciones relacionadas con la administración del método anticonceptivo);
- Eficacia (fallo del método anticonceptivo);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Consideraciones sobre la prestación de servicios

Atención no basada en establecimientos/ambulatoria/domiciliaria

PICO 13: Telemedicina (véase la recomendación 48)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto médico, ¿el tratamiento para el aborto médico proporcionado mediante la telemedicina (atención integral o componentes individuales) es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable al tratamiento para el aborto médico en persona?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto médico.

I: Tratamiento para el aborto médico proporcionada mediante la telemedicina, incluida la atención integral o cualesquiera de los siguientes componentes:

- Evaluación de la elegibilidad para el aborto médico mediante la telemedicina;
- Asesoramiento y/o instrucciones para el aborto médico mediante la telemedicina;
- Instrucciones y facilitación activa del aborto médico mediante la telemedicina;
- Seguimiento del aborto médico mediante la telemedicina.

C: Tratamiento para el aborto médico en persona.

O:

- Eficacia (tasas de embarazo en curso, éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica tras el procedimiento ni de evacuación quirúrgica tras el aborto);
- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Satisfacción/aceptabilidad;
- Tasa de cumplimiento de la pauta (dosis) recomendada (autodeclarada);
- Coste declarado de los servicios.

PICO 14: Servicios de extensión en la comunidad (véase la declaración de buenas prácticas 49)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado, ¿los modelos de servicios de extensión basados en la comunidad destinados al tratamiento para el aborto son seguros, eficaces y satisfactorios/aceptables como alternativa al tratamiento para el aborto en un establecimiento de salud por parte de un trabajador de salud capacitado?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto provocado.

I: Servicios de extensión con agentes de salud.

C: Tratamiento en un establecimiento de salud por parte de personal de salud capacitado.

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
- Relación coste-eficacia;
- Aumento de la solicitud de atención de salud (comportamientos);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Entorno:

- Infraestructura deficiente;
- Restricciones jurídicas.

PICO 15: Asesoramiento para reducir los daños (véase la declaración de buenas prácticas 49)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado, ¿el asesoramiento para la reducción de daños en el tratamiento para el aborto es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la prestación convencional de servicios en la clínica?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto provocado.

I: Asesoramiento sobre reducción de daños.

C: Prestación convencional de servicios en la clínica.

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Entorno:

- Entornos humanitarios;
- Entornos no humanitarios.

PICO 16: Divulgación/comunicación sobre el aborto seguro mediante el marketing social (véase la declaración de buenas prácticas 49)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado, ¿el marketing social puede facilitar el acceso a servicios para el aborto provocado que sean seguros, eficaces y satisfactorios/aceptables, en comparación con la prestación de servicios de aborto en un establecimiento de salud por parte de trabajadores de la salud capacitados?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto provocado.

I: Métodos de marketing social para el aborto provocado.

C: Prestación de servicios de aborto en establecimientos de salud.

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
- Acceso (asequibilidad, utilización, volumen de pacientes, asistencia y cobertura por población);
- Calidad de la atención (métodos de aborto elegidos, calidad de la información dada a la persona embarazada, competencia del proveedor, relación entre la persona embarazada y el proveedor);
- Efectos adversos (efectos no deseados en los servicios públicos o privados existentes, uso inadecuado de los servicios);

- Acceso o utilización equitativa (distribución del acceso entre los distintos grupos sociodemográficos);
- Coste/servicio (desde la perspectiva de la sociedad o del comercializador/franquiciador, franquiciado o persona embarazada/cliente);
- Satisfacción/aceptabilidad.

PICO 17: Autoabastecimiento de medicación para el aborto provocado (véase la declaración de buenas prácticas 49)

Pregunta PICO: En el caso de una persona embarazada que desea someterse a un aborto provocado, ¿el autoabastecimiento de medicación en línea es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a la obtención de una receta y/o medicación por parte de un trabajador de la salud capacitado?

P: Personas embarazadas que solicitan un aborto provocado.

I: Personas embarazadas que obtienen la medicación para el aborto en línea sin receta.

C: Personas embarazadas que obtienen una receta y/o medicación de trabajadores de la salud (médicos especialistas o generalistas, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, parteros, enfermeros, auxiliares de enfermería, enfermeros auxiliares parteros, farmacéuticos, empleados de farmacia, agentes de salud comunitarios).

O:

- Seguridad (eventos adversos y complicaciones graves);
- Eficacia (éxito del aborto sin necesidad de intervención quirúrgica después del procedimiento);
- Calidad de los medicamentos;
- Satisfacción/aceptabilidad.

Enfoques de autogestión

PICO 18: Autoadministración de anticonceptivos inyectables después del aborto (véase la recomendación 50)

Pregunta PICO: En el caso de una persona que necesita anticonceptivos después de un aborto, ¿la autoadministración de anticonceptivos inyectables (inicio o continuación) es una alternativa segura, eficaz y satisfactoria/aceptable a su administración por parte de un trabajador de la salud capacitado?

P: Mujeres que necesitan anticonceptivos después de un aborto.

I: Autoadministración de anticonceptivos inyectables (inicio o continuación).

C: Administración de anticonceptivos inyectables por parte de trabajadores de la salud capacitados.

O:

- Uso y adhesión a los anticonceptivos;
- Seguridad (eventos adversos graves y complicaciones relacionadas con la administración del método anticonceptivo);
- Eficacia (fallo del método anticonceptivo);
- Satisfacción/aceptabilidad.

Anexo 11. Detalles sobre la promoción y la actualización de las directrices

Promoción

Estas directrices se publicarán en formato digital (tanto una versión interactiva en la web como en un documento PDF disponible en línea para su descarga) y en formato impreso. Las recomendaciones de estas directrices también figurarán en el compendio de recomendaciones aprobadas que el Comité de Examen de Directrices de la OMS actualiza anualmente y que elaborará para todas las áreas temáticas el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación (SSR) de la OMS. Las versiones digitales de las directrices estarán disponibles a través del sitio web de la OMS.¹ Los enlaces a las versiones digitales se circularán entre las organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas, los sitios web de las asociaciones profesionales y las plataformas de las redes sociales. El material complementario, que incluye los correspondientes marcos GRADE de evidencia para la decisión de cada una de las recomendaciones, también está disponible en línea.² Las versiones impresas de las directrices se distribuirán entre las oficinas regionales y nacionales de la OMS, a las ONG asociadas y a las asociaciones profesionales.

Está previsto traducir las directrices al español (en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud [OPS]), al francés y al portugués. Las traducciones a otros idiomas de las Naciones Unidas se realizarán según sea necesario. Se alienta a terceros a traducirlas a otros idiomas, siempre que se ajusten a las orientaciones de la OMS.

Las directrices se presentarán en reuniones divulgativas en todas las regiones de la OMS, y se llevarán a cabo actividades específicas de transferencia de conocimientos y adaptación, así como de investigación sobre la aplicación, en algunos países, en función de las necesidades y del interés expresado para avanzar en la aplicación de las recomendaciones. Otros materiales adicionales complementarán el lanzamiento de las directrices para que pueda difundirse ampliamente la información clave en las regiones. Entre otros materiales se incluye:

- una presentación en PowerPoint en la que se resumen los mensajes clave y los nuevos elementos de las directrices;
- una presentación en PowerPoint sobre la evidencia en la que se basan algunas de las recomendaciones; y
- plantillas para redes sociales.

Se espera que las oficinas regionales de la OMS y una serie de organismos y ONG asociadas interesadas colaboren activamente en la difusión y adaptación regional, nacional y local de estas directrices y en la elaboración de materiales informativos derivados..

Actualización

Estas directrices se presentarán en línea en un formato interactivo basado en la web poco después de la publicación de la versión en formato estándar, que podrá descargarse. El formato basado en la web permitirá que las directrices sean evolutivas, puesto que facilitará la revisión de evidencia que vaya surgiendo de la investigación para garantizar su examen en el Grupo de elaboración de las directrices, de modo que, a continuación, puedan actualizarse periódicamente según corresponda. En estas directrices consolidadas se combinan y actualizan las recomendaciones de tres directrices anteriores de la OMS sobre la atención para el aborto,³ y las futuras actualizaciones también abarcarán nuevos temas conexos, según sea necesario.

La rápida evolución de las intervenciones y los enfoques de la atención de calidad para el aborto, especialmente los de autogestión del aborto, exige una revisión continua de las publicaciones. El Grupo Directivo de las Directrices de la OMS (véase el anexo 1) está elaborando un sistema de base de datos que permitirá la búsqueda y revisión continuas de la evidencia. A su vez, esto facilitará las futuras actualizaciones de las recomendaciones

1 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

2 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

3 Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2.^a ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548434>).

Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204374>).

Tratamiento médico del aborto. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328166>).

y proporcionará información sobre cualquier área que pueda requerir una nueva recomendación. En numerosos ámbitos, no se han encontrado pruebas o las recomendaciones se basan únicamente en evidencia de baja certeza (véase el capítulo 4, sección 4.3) y, en esos casos, es posible que sea necesario publicar nuevas recomendaciones o modificar las recomendaciones publicadas, respectivamente. Cualquier duda sobre la validez de una recomendación existente puede comunicarse rápidamente a la Unidad de Prevención del Aborto Peligroso (PUA) del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación de la OMS (correo electrónico: srhpua@who.int), tras lo cual, la Unidad PUA solicitará la aprobación del Comité de Examen de Directrices de la OMS para someterla al proceso de «directriz rápida», y se planificará la actualización de la recomendación según sea necesario.

Todos los recursos técnicos desarrollados durante el proceso de elaboración de estas directrices —incluidos los informes completos de las revisiones sistemáticas, las estrategias de búsqueda correspondientes y las fechas de las búsquedas— se archivarán para su referencia y uso en un futuro. En caso de que existan dudas sobre la validez de una recomendación basada en nuevas pruebas, se actualizará la revisión sistemática sobre la pregunta principal. Para actualizar la revisión, se volverá a aplicar la estrategia de búsqueda utilizada para la revisión inicial. Todas las preguntas nuevas que surjan tras el ejercicio original de delimitación del alcance las directrices se someterán a un proceso similar de obtención de la evidencia, síntesis y aplicación del enfoque GRADE de acuerdo con las normas del *Manual de la OMS para la elaboración de directrices*.⁴ En las recientes publicaciones de Vergara-Merino *et al.* (2020)⁵ y Vogel *et al.* (2019) puede encontrarse más información sobre el proceso de elaboración de directrices evolutivas.⁶

4 Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>).

5 Vergara-Merino L, Verdejo C, Carrasco C, Vargas-Peirano M. Living systematic review: new inputs and challenges. *Medwave*. 2020;20(11):e8092.

6 Vogel J, Dowswell T, Lewin S, Bonet M, Hampson L, Kellie F, *et al.* Developing and applying a “living guidelines” approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health. *BMJ Glob Health*. 2019;4(4):e001683.



**Organización
Mundial de la Salud**

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Si desea más información, póngase en contacto con:

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación

Organización Mundial de la Salud
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Correo electrónico: srhrp@who.int

Sitio web: www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

9789240057920



9 789240 057920