

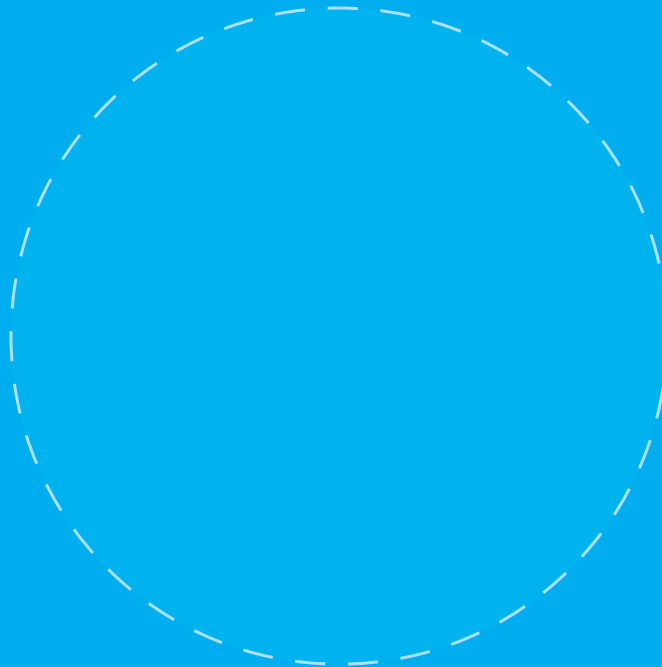


ABORTO SIN RIESGOS

Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



ABORTO SIN RIESGOS

Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA 2003

Reconocimientos

La Organización Mundial de la Salud agradece la contribución de todos aquellos que han colaborado en la elaboración de la publicación, y en particular a los participantes de la Conferencia Técnica de la OMS sobre aborto sin riesgos, llevada a cabo en Ginebra en el mes de septiembre del 2000, por su contribución y posterior revisión. La preparación e impresión de la publicación, así como la realización de la Consulta Técnica, fueron posibles gracias a las contribuciones financieras de la Fundación David y Lucille Packard, la Fundación Ford, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido.

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia 20 / 1211 Ginebra 27 / Suiza
Fax: +41-22-791-4171
E-mail: rhrpublications@who.int
Sitio Web: <http://www.who.int/reproductive-health/>

Organización Mundial de la Salud

Aborto Sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud.

1. Métodos de aborto inducido
2. Estándares de aborto inducido
3. Organización y Administración de cuidados prenatales
4. Estándares de cuidados prenatales
5. Bienestar materno
6. Política de Salud
7. Guías
- I. Título

ISBN 92 75 32482 4

(c) Organización Mundial de la Salud 2003

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse de Diseminación y Marketing, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41-22-791-2476; fax: +41-22-791-4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - tanto para su venta como para su distribución no comercial- deben dirigirse a Publicaciones, a la dirección transcripta arriba (fax: +41-22-791-4806; e-mail: permissions@who.int).

Las designaciones utilizadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ningún tipo de opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud con relación a las leyes de cualquier país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, o concerniente a las delimitaciones de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos en los mapas representan límites aproximados razón, sobre los que puede no haber completo acuerdo.

El hecho que se nombren compañías específicas o los productos de ciertos fabricantes no significa que sean respaldados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud, en preferencia a otros de similar naturaleza que no han sido mencionados. A excepción de errores y omisiones, los nombres de los productos patentados se distinguen con iniciales en letras mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta y no será responsable de ningún daño que resulte como consecuencia de su uso.

Contenidos

Introducción	7
--------------	---

Capítulo 1: Servicios de aborto sin riesgos: el desafío de la salud pública.

<i>Resumen</i>	10
1. Antecedentes	11
2. Aborto inducido	12
3. Aborto inseguro	12
4. Aborto sin riesgos	14
5. Consideraciones legales, de política y contextuales	14
6. El desafío: lograr que se disponga de servicios seguros	16
<i>Referencias</i>	17

Capítulo 2: Cuidados clínicos para las mujeres en quienes se practica un aborto

<i>Resumen</i>	20
1. Cuidados previos al aborto	
1.1 Historia de la paciente	23
1.2 Examen físico	23
1.3 Estudios de laboratorio	24

1.4 Exploración ecográfica	24
1.5 Condiciones pre-existentes	24
1.6 Infecciones del tracto reproductivo (ITRs)	25
1.7 Embarazo ectópico	25
1.8 Isoinmunización Rh	25
1.9 Citología cervical	26
1.10 Información y asesoramiento	26
1.10.1 Asesoramiento para la toma de decisiones	26
1.10.2 Información sobre los procedimientos de aborto	27
1.10.3 Servicios e información sobre anticoncepción	27

2. Métodos de aborto

<i>Resumen</i>	29
2.1 Preparación cervical	30
2.2 Manejo del dolor	30
2.2.1 Medicación para el dolor	31
2.2.2 Anestesia	31
2.3 Aborto quirúrgico	32

2.3.1 Aspiración al vacío	32	2.5 Otros temas relacionados con los procedimientos de aborto.	40
2.3.2 Dilatación y curetaje	33	2.5.1 Control y prevención de infecciones	40
2.3.3 Dilatación y evacuación	33	2.5.1.1 Lavado de manos y uso de barreras protectoras	40
2.3.4 Otros métodos quirúrgicos para ser utilizados en embarazos avanzados	34	2.5.1.2 Limpieza	40
2.3.5 Análisis de los tejidos luego de un aborto quirúrgico	35	2.5.1.3 Eliminación segura del material contaminado con líquidos corporales	40
2.4 Métodos médicos de aborto	35	2.5.1.4 Manejo y eliminación segura de materiales “filosos”	41
2.4.1 Mifepristone y prostaglandinas	36	2.5.1.5 Limpieza segura de los equipos una vez utilizados	41
2.4.1.1 Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación	36	2.5.2 Manejo de las complicaciones del aborto	42
2.4.1.2 De 10 a 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación	38	2.5.2.1 Aborto incompleto	42
2.4.1.3 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación	38	2.5.2.2 Aborto fallido	42
2.4.2 Misoprostol o gemeprost solos	38	2.5.2.3 Hemorragia	42
2.4.2.1 Hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación	38	2.5.2.4 Infección	43
2.4.2.2 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación	39	2.5.2.5 Perforación uterina	43
2.4.3 Otros agentes médicos para realizar un aborto	39	2.5.2.6 Complicaciones relacionadas con la anestesia	43
		2.5.2.7 Secuelas a largo plazo	43
		3. Seguimiento	
		3.1 Período de recuperación	44

3.1.1	Métodos quirúrgicos de aborto	44
3.1.2	Métodos médicos de aborto	44
3.2	Provisión de métodos anticonceptivos y asesoramiento para ITS	45
3.3	Instrucciones de cuidado posteriores a un aborto	45
Referencias		46

Capítulo 3: Implementación de los servicios

Resumen		54
1.	Evaluación de la situación actual	55
2.	Establecer normas y estándares nacionales	58
2.1	Tipos de servicios de aborto y dónde se pueden proveer	59
2.1.1	En el nivel comunitario	59
2.1.2	Centros de nivel primario	59
2.1.3	Hospitales de distrito (1º nivel de derivación)	60
2.1.4	Hospitales de 2º y 3º nivel de derivación	60
2.2	Equipos, suministros y medicación esenciales y capacidad de las instalaciones	62
2.2.1	Requerimientos regulatorios para drogas y dispositivos	64

2.3	Mecanismos de derivación	64
2.4	Respeto por la toma de decisión informada de la mujer, autonomía, confidencialidad y privacidad, atendiendo a las necesidades especiales de las adolescentes.	65
2.4.1	Toma de decisión libre y basada en la información	65
2.4.2	Autonomía en la toma de decisiones (autorización de 3º parte)	66
2.4.3	Confidencialidad	68
2.4.4	Privacidad	68
2.5	Cuidados especiales para mujeres víctimas de violación	68
3.	Asegurar la capacidad y buen desempeño de los proveedores.	
3.1	Capacidad y entrenamiento de los proveedores.	69
3.1.1	Programas de capacitación	70
3.2	Supervisión	72
3.3	Certificación y autorización de los profesionales de la salud y de los centros de la salud	73
4.	Monitoreo y evaluación de los servicios	73
4.1	Monitoreo	73
4.2	Evaluación	76

5. Financiamiento	76
5.1 Costos para los centros o el sistema de salud	77
5.2 Poner los servicios al alcance de las mujeres	77
<i>Referencias</i>	78
Capítulo 4: Consideraciones legales y políticas	
<i>Resumen</i>	82
1. La salud de las mujeres y los acuerdos internacionales	83
2. Las leyes y su implementación	83
3. Comprensión de las bases legales para el aborto	85
3.1 Cuando hay peligro para la vida de la mujer	85
3.2 Cuando hay peligro para la salud mental y física de la mujer	85
3.3 Cuando el embarazo es la consecuencia de una violación o incesto	86
3.4 Cuando existe daño fetal	86
3.5 Por razones económicas y sociales	86
3.6 A requerimiento de la mujer	87
3.7 Límites según la duración del embarazo	87
3.8 Otros límites	87

4. Creación y facilitación de ambientes políticos	87
4.1 Metas	88
4.2 Constelación de servicios	88
4.3 Métodos de aborto	88
4.4 Calificación de los proveedores	88
4.5 Honorarios	89
4.6 Requerimientos del sistema de salud/calidad de atención	89
4.7 Información pública	89
5. Remoción de barreras administrativas y regulatorias	90
<i>Referencias</i>	95
Anexo 1: Bibliografía recomendada.	96
Anexo 2: Documentos de consensos internacionales con relación al aborto sin riesgos	98
Anexo 3: Instrumentos y suministros para la aspiración por vacío manual (AVM)	102
Anexo 4: Anticoncepción posterior al aborto	103

Introducción

En octubre del 2000, en la cumbre del milenio de las Naciones Unidas, todos los países acordaron sobre la urgencia global de reducir la pobreza y la desigualdad. La necesidad de mejorar la salud materna fue identificada como una de las metas claves de desarrollo del milenio con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

Las causas de las muertes maternas son múltiples. Las mujeres mueren como consecuencia de complicaciones del trabajo de parto y del parto que no son reconocidas o que son tratadas inadecuadamente. Mueren de enfermedades tal como la malaria, que se agravan durante el embarazo. Mueren porque algunas complicaciones se desarrollan en etapas tempranas del embarazo, a veces aun antes de que la mujer se entere de su embarazo, como por ejemplo en el caso de un embarazo ectópico, y mueren porque buscan interrumpir embarazos no deseados, pero carecen de acceso a los servicios apropiados. Alcanzar la Meta de Desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad requiere acciones en todos estos frentes.

A pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas tres décadas, se estima que 40-50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad en circunstancias inseguras. Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros. Además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad. Aun donde existe amplio acceso a la planificación familiar, los embarazos ocurren como consecuencia de fallas en la anticoncepción, dificultades

con su uso, falta de uso o a causa de un incesto o violación. El embarazo puede representar una amenaza para la vida de la mujer o para su salud física y mental. Reconociendo estas circunstancias, casi todos los países del mundo han aprobado leyes que permiten interrumpir un embarazo bajo ciertas condiciones. En algunos lugares el aborto es legal sólo para salvar la vida de la mujer; en otros el aborto se permite a requerimiento de la mujer. Los sistemas de salud necesitan dar respuesta a las distintas circunstancias.

El papel de la Organización Mundial de la Salud es desarrollar normas y estándares y asesorar a los estados miembros de manera tal de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud. Por más de tres décadas, la OMS ha asistido a gobiernos, agencias internacionales y organismos no gubernamentales en la planificación y entrega de servicios de salud materna, incluyendo el manejo de las complicaciones del aborto inseguro y la provisión de servicios de alta calidad en planificación familiar.

En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, desarrollada en Junio de 1999, los Gobiernos acordaron que “en circunstancias donde el aborto no sea ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres.”

Este documento provee una guía para transformar ese compromiso en una realidad.

■ Servicios de aborto sin riesgos: El desafío de la salud pública

Resumen

- Se estima que 46 millones de embarazos finalizan en un aborto inducido cada año y que casi 20 millones son inseguros.
- Alrededor del 13% de las muertes relacionadas con embarazos han sido atribuidas a las complicaciones de los abortos inseguros y probablemente alcanzan la cifra de 67.000 muertes anuales.
- En países en desarrollo, el riesgo de muerte secundario a complicaciones de procedimientos de abortos inseguros es varios cientos de veces mayor que aquel de un aborto realizado profesionalmente y bajo condiciones seguras.
- Las complicaciones resultantes de un aborto inseguro contribuyen a serias secuelas para la salud de la mujer, como por ejemplo la infertilidad.
- Dado que ningún anticonceptivo es 100% efectivo, continuará habiendo embarazos no deseados, a los que las mujeres buscarán poner término mediante el aborto inducido.
- En casi todos los países, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer y en la mayoría de los países el aborto es permitido para preservar la salud física y mental de la mujer.
- Servicios de aborto sin riesgos, tal como contempla la ley, necesitan, por lo tanto, estar disponibles y ser suministrados por profesionales de la salud entrenados y apoyados por políticas, regulaciones y una infraestructura del sistema de salud, incluyendo equipamiento e insumos, de manera tal que las mujeres puedan tener un rápido acceso a los servicios.

1. Antecedentes

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) desarrollada en El Cairo en 1994 y la 4ª Conferencia Mundial de la Mujer (FWCW) que tuvo lugar en Beijing en 1995 afirmaron los derechos humanos de la mujer en el área de salud sexual y reproductiva. La Conferencia de El Cairo acordó que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya son reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos consensuados. Estos derechos se basan en el reconocimiento de los derechos básicos de cada pareja e individuo de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos y de acceder a la información y los medios para hacerlo, así como en el derecho de obtener el máximo standard de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas 1995, párrafo 7.3)

En Beijing, los gobiernos acordaron que “Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia. La igualdad entre mujeres y hombres con respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el total respeto por la integridad de la persona, requiere respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida sobre la conducta sexual y sus consecuencias” (Naciones Unidas 1996, párrafo 96)

Particularmente en el tema del aborto, los gobiernos del mundo reconocieron en la Conferencia de El Cairo que el aborto inseguro es una de las mayores preocupaciones de la salud pública y garantizaron su compromiso para disminuir la necesidad de un aborto a través de la expansión y mejoramiento de los servicios de planificación familiar, mientras que al mismo tiempo reconocieron que, en casos que no estén contra la ley, el aborto debe ser sin riesgos (Naciones Unidas 1995, párrafo 8.25). Un año más tarde, la Conferencia de Beijing convalidó estos acuerdos y también instó a que los gobiernos consideren la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales (Naciones Unidas 1996, párrafo 106).

La Asamblea General de las Naciones Unidas revisó y evaluó la implementación de ICPD en 1999 (ICPD+5) y acordó que, “en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres” (Naciones Unidas 1999, párrafo 63.iii).

Por muchos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones han elaborado guías para la prevención del aborto inseguro y el manejo de sus complicaciones (ver Anexo 1). Este documento provee una guía técnica para los gobiernos, los responsables de políticas de salud, los directores de programas y los trabajadores de la salud sobre cómo implementar el párrafo 63.iii citado más arriba.

2. Aborto inducido

De los 210 millones de embarazos que ocurren por año, alrededor de 46 millones (22%) finalizan en abortos inducidos y, globalmente, es probable que una vasta mayoría de mujeres hayan tenido al menos un aborto para cuando cumplen 45 años (Alan Guttmacher Institute 1999). En lugares donde se dispone de métodos anticonceptivos efectivos y estos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye drásticamente (Bongaarts y Westoff 2000), aunque nunca ha bajado a cero por múltiples razones. Primero, millones de mujeres y hombres no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o bien no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente. Segundo, ningún método anticonceptivo es 100% efectivo. La Tabla 1.1 ilustra este punto, utilizando cálculos estimativos para “el uso perfecto” de un método, en el cual el usuario siempre sigue exactamente las instrucciones para su uso, y cálculos estimados para “uso típico” en el cual se toma en cuenta a aquellas personas que no siempre utilizan perfectamente los anticonceptivos. Tercero, altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica y la guerra, llevan a embarazos no deseados. Cuarto, circunstancias cambiantes, tales como el divorcio y otras crisis, pueden causar que un embarazo deseado se transforme en no deseado.

3. Aborto inseguro

Aun si todos aquellos que utilizan métodos anticonceptivos lo hicieran perfectamente todo el tiempo, todavía existirían cerca de seis millones de embarazos accidentales anualmente. Por lo tanto, aun con altas tasas de uso de métodos anticonceptivos, los embarazos no deseados ocurrirán y las mujeres buscarán finalizarlos mediante un aborto inducido.

Un aborto inseguro es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (Organización Mundial de la Salud 1992). Se estima que alrededor de 20 millones, o cerca de la mitad, de los abortos inducidos anualmente son inseguros. El 95% de estos ocurre en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud 1998). Globalmente, existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud 1998), pero en algunas regiones, la relación es mucho mayor. Por ejemplo, en Latinoamérica y el Caribe hay más de un aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud 1998).

Alrededor del 13% de las muertes relacionadas con el embarazo han sido atribuidas a complicaciones de abortos inseguros (Organización Mundial de la Salud 1998); cuando este porcentaje se aplica a las estimaciones más recientes de muertes maternas en todo el mundo

Tabla 1.1. *Cálculo estimativo mundial de embarazos accidentales como consecuencia de fallas en la anticoncepción (estimaciones para 1993)*

Método anticonceptivo	Tasa estimada de falla (uso perfecto) ¹ %	Tasa estimada de falla (uso típico) ¹ %	Número de usuarios ² 000s	Número de embarazos accidentales (uso perfecto) 000s	Número de embarazos accidentales (uso típico) 000s
Esterilización femenina	0.50	0.50	201.000	1.005	1.005
Esterilización masculina	0.10	0.15	41.000	41	62
Inyectables	0.30	0.30	26.000	78	78
DIU	0.60	0.80	149.000	894	1.192
Pastillas	0.10	5.00	78.000	78	3.900
Preservativo masculino	3.00	14.00	51.000	1.530	7.140
Barrera vaginal	6.00	20.00	4.000	240	800
Abstinencia periódica	3.00	25.00	26.000	780	6.500
Coito interruptus	4.00	19.00	31.000	1.240	5.890
Total			607.000	5.886	26.567

¹ Trussel (1998) Estimaciones basadas en información de Estados Unidos. La tasa de fracaso está expresada en porcentaje de mujeres que se embarazan durante un año de uso del método.

² División Población de las Naciones Unidas (2002). Número estimado de mujeres entre 15-49 años que están casadas o en concubinato.

(por ejemplo, 515.000 para el año 1995; Organización Mundial de la Salud 2001) corresponde a aproximadamente 67.000 muertes anuales. Además, el aborto inseguro es asociado con considerable morbilidad. Por ejemplo, hay estudios que indican que al menos una de cada cinco mujeres que han tenido un aborto inseguro sufre infecciones del tracto reproductivo. Algunas de éstas son infecciones severas que derivan en infertilidad (Organización Mundial de la Salud 1998).

En lugares donde el acceso al aborto esta legalmente restringido o donde la ley reglamenta el aborto en una variedad de casos pero los servicios no están totalmente disponibles o no son de buena calidad, las mujeres que cuentan con dinero pueden por lo general conseguir servicios médicamente competentes del sector privado. Pero muchas otras mujeres que tienen embarazos no deseados se encuentran en particular riesgo de abortos inseguros. Estas incluyen a mujeres pobres, las que viven en áreas aisladas, o bajo circunstancias de vulnerabilidad (refugiadas, las que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor) o adolescentes, especialmente aquellas que no están casadas. Estas mujeres tienen menos acceso a la información y servicios de salud reproductiva, son altamente vulnerables a la coerción y a la violencia sexual, pueden retrasar la búsqueda para un aborto y tienen mayor probabilidad de tener que depender de métodos de aborto inseguro y proveedores no especializados (Bott 2001, Gardner y Blackburn 1996, Mungo e Indriso 1999).

4. Aborto sin riesgos

Casi todas las muertes y complicaciones como consecuencia de abortos inseguros pueden prevenirse. Los procedimientos y las técnicas para finalizar un embarazo en etapa temprana son simples y seguros. Cuando se lleva a cabo por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, el aborto es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo. En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto llevado a cabo con procedimientos modernos no es mayor a 1 cada 100.000 procedimientos (Instituto Alan Guttmacher 1999). En países en desarrollo, el riesgo de muerte como consecuencia de complicaciones de un aborto inseguro es varios cientos de veces mayor que aquel del aborto realizado profesionalmente bajo condiciones de seguridad (Organización Mundial de la Salud 1998). El proveer servicios apropiados para un aborto temprano salva la vida de las mujeres y evita los costos usualmente sustanciales del tratamiento de complicaciones prevenibles del aborto inseguro (Fortney 1981, Tshibangu y col. 1984, Figa-Talamanca y col. 1986, Mpangile y col. 1999).

5. Consideraciones legales, de políticas y contexto

En casi todos los países, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer (Figura 1.1). En más de tres quintos de los países, el aborto está también

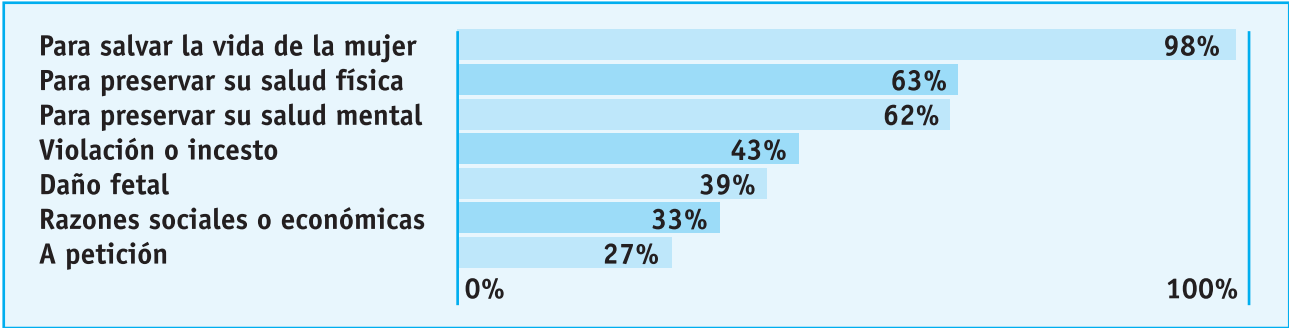
permitido para preservar la salud física y mental de la mujer y, en alrededor del 40%, se permite el aborto en caso de violación, incesto o daño fetal. Un tercio de los países permite el aborto sobre bases económicas o sociales y al menos un cuarto, permite el aborto a petición (División Población de las Naciones Unidas 1999). Por ende, todos los países deberían tener servicios seguros y accesibles para realizar un aborto, donde la ley lo permita.

Sin embargo, en muchos casos en que las mujeres están legalmente autorizadas para tener un aborto, no se dispone de servicios seguros por diversas razones. Éstas incluyen problemas del sistema de salud, tales como falta de proveedores capacitados o su concentración en áreas urbanas, actitudes negativas del proveedor, utilización de métodos inadecuados o desactualizados para inducir el aborto, falta de autorización para proveedores o instalaciones, falta de conocimiento de la ley o falta de aplicación de la ley por parte de los proveedores, requerimientos reglamentarios complejos o falta de recursos. También

deben encararse factores políticos y sociales más amplios si va a brindarse acceso a un servicio legal y sin riesgos, tales como los requerimientos reglamentarios o legales, la falta de información pública sobre la ley y los derechos de las mujeres bajo la ley, la falta de conocimiento sobre lugares donde se realizan abortos o la necesidad de efectuar el aborto en etapas tempranas del embarazo, la actitud familiar, el estigma y los temores en relación a la privacidad y confidencialidad y cómo se percibe la calidad de la atención.

Los profesionales de la salud en todo nivel tienen la obligación ética y legal de respetar los derechos de la mujer. Trabajando en forma conjunta con los Ministerios de Salud y Justicia y sus respectivas asociaciones profesionales, ellos puede ayudar a clarificar las circunstancias en las cuales el aborto no es ilegal. Deben entender y aplicar las leyes nacionales relacionadas al aborto y contribuir al desarrollo de regulaciones, políticas y protocolos para asegurar el acceso a servicios de calidad en toda la extensión

Figura 1.1. *Casos en los que se permite el aborto - porcentaje de países*



Fuente: División Población de las Naciones Unidas 1999.

permitida por la ley y respetando el derecho de la mujer a un trato humano y confidencial. El acceso rápido al aborto temprano sin riesgos reduce significativamente las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna, previene los costos impuestos a los sistemas de salud por los abortos inseguros y provee cuidados a aquellas mujeres que aún no están suficientemente cubiertas por programas de planificación familiar o en quienes ha fallado la anticoncepción.

6. El desafío: la accesibilidad a servicios seguros

El hacer seguro y accesible el aborto en la total extensión de la ley requiere capacitar al personal de salud de manera tal que ellos conozcan bien las leyes y regulaciones nacionales, así como los procedimientos técnicos; asegurar equipamientos e insumos y diseñar protocolos, regulaciones y políticas que promuevan el acceso a servicios de aborto de calidad. Los capítulos que siguen hacen recomendaciones sobre cada uno de estos puntos, basadas en la evidencia y experiencia de que se dispone y guiadas por los principios acordados en ICPD, FWCW, ICPD+5, FWCW+5 y en conformidad con los derechos humanos internacionales. Dado que el aborto es legal para ciertas indicaciones en la mayoría de los países del mundo, existe considerable intención en casi todos los países -tanto desarrollados como en desarrollo- de aplicar la guía que este documento presenta.

- Capítulo 2, “Cuidados clínicos para las mujeres en quienes se practica un aborto”, reseña aspectos

clínicos de cómo brindar servicios de aborto de alta calidad, incluyendo diagnóstico de embarazo, información y asesoramiento, selección y provisión de un método apropiado de aborto y asistencia posterior al aborto. Describe métodos de aborto apropiados y las características que influyen sobre su seguridad, eficacia y óptima utilización.

- Capítulo 3, “Implementación de los servicios”, provee una guía sobre los elementos esenciales para implementar servicios de aborto legales y de buena calidad. Los temas que se discuten incluyen la evaluación de las necesidades, normas y estándares nacionales, elementos de atención en cada nivel del sistema de salud, asegurar la idoneidad y desempeño de los proveedores, certificación y licencias, monitoreo y evaluación, y financiamiento.
- Capítulo 4, “Consideraciones legales y políticas”, desarrolla un marco de políticas que aseguran el acceso a servicios de aborto sin riesgo en toda la extensión de la ley. Los temas incluyen las bases legales para el aborto, la creación de un contexto de políticas facilitadoras y la remoción de barreras que limitan la asistencia.

Se incluye bibliografía recomendada en el Anexo 1, a la cual los lectores pueden recurrir para adquirir mayor información sobre los temas discutidos en esta monografía. El Anexo 2 provee el texto relevante de los documentos de consensos internacionales, y los Anexos 3 y 4 brindan mayores detalles sobre el equipamiento necesario y sobre la anticoncepción después del aborto, respectivamente.

Referencias

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*. New York and Washington DC, The Alan Guttmacher Institute.

Bongaarts J and Westoff CF. (2000) The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family Planning* 31: 193-202.

Bott S. (2000) Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: findings from WHO case studies. In: Puri CP and Van Look PFA (eds). *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International (P) Limited, Volume 1, 351-366.

Figa-Talamanca I, Sinnathuray TA, Yusof K, Fong CK, Palan VT, Adeeb N, Nylander P, Onifade A, Akin A and Bertan M. (1986) Illegal abortion: an attempt to assess its costs to the health services and its incidence in the community. *International Journal of Health Services* 16: 375-389.

Fortney JA. (1981) The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. *Public Health Reports* 96: 574-579.

Gardner R and Blackburn R. (1996) People who move: new reproductive health focus. *Population Reports Series J*, No.45.

Mpangile GS, Leshabari MT and Kihwele DJ. (1999) Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. In: Mundigo AI and Indriso C (eds). *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization, pp.387-403.

Mundigo AI and Indriso C. (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.

Trussell J. (1998) Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W Jr, Stewart GK, Guest F and

Kowal D (eds). *Contraceptive technology (17th revised edition)*. New York, Ardent Media Inc., pp. 779-844.

Tshibangu K, Ntabona B, Liselele-Bolemba L and Mbiye K (1984) Avortement clandestine, problème de santé publique à Kinshasha. [Illicit abortion, a public health problem in Kinshasha (Zaire)] *Journal de Gynecologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)* 13: 759-763.

United Nations (1995) *Report of the International conference on Population and Development, Cairo*, 5-13 September 1994. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)

United Nations (1996) *Report of the fourth World Conference on Population on Women, Beijing*, 4-15 September 1995. New York, United Nations. (Sales No. 96.IV.13)

United Nations (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add.1)

United Nations Population Division (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations. Population division (ST/ESA/SER.A/178).

United Nations Population Division (2002) *World contraceptive use 2001*. New York, United Nations (Sales No. E.02.XIII.7)

World Health Organization (1992) *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5)

World Health Organization (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization (WHO/RHT/MSM/97.16)

World Health Organization (2001) *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.9)

■ Cuidados clínicos para las mujeres
en quienes se practica un aborto

Resumen

Cuidados pre-aborto

- Determinar el tiempo de gestación es un factor crítico en la selección del método de aborto más apropiado. El examen pélvico bi-manual y el reconocimiento de otros signos de embarazo suelen ser adecuados. Pueden utilizarse tests de laboratorio o ecografía para confirmar.
- En áreas de alta prevalencia de anemia, la medición de los niveles de hemoglobina y hematocrito facilitará una rápida acción en caso de complicaciones que puedan requerir transfusiones sanguíneas. Previa determinación del grupo ABO y el factor Rh.
- El uso de rutina de antibióticos al momento del aborto disminuye el riesgo de infecciones post-procedimiento. Sin embargo, no se debe negar el aborto cuando no se dispone de antibióticos para profilaxis.
- Se debe brindar a la mujer información completa, precisa y fácil de comprender sobre el procedimiento y sobre qué esperar durante y después del mismo, así como también asesoramiento voluntario sobre las opciones disponibles, de manera tal que pueda tomar decisiones fundamentadas. También se debe informar sobre asesoramiento en anticoncepción postaborto, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Métodos de aborto

- Los siguientes métodos son los preferidos para el aborto temprano (1° trimestre).
 - Aspiración con vacío manual o eléctrico, hasta las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación;
 - Método médico de aborto- una combinación de mifepristone seguida de una prostaglandina como misoprostol o gemeprost, hasta las 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación. El misoprostol es la prostaglandina de elección dado que es barata y no requiere refrigeración.
- La dilatación y curetaje (DyC) sólo deben utilizarse en aquellos lugares donde no se disponga de aspiración al vacío ni métodos médicos.
- Para embarazos mayores de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación, los siguientes métodos son los preferidos:
 - Dilatación y evacuación (DyE), utilizando la aspiración al vacío y las pinzas y curetas.
 - Mifepristone seguido de dosis repetidas de prostaglandinas como misoprostol o gemeprost.
 - Prostaglandinas solas (misoprostol o gemeprost) en dosis repetidas.

Seguimiento

- Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de 9 semanas completas en mujeres nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos mayores a 12 semanas completas.
- Siempre se debe ofrecer medicación para el dolor. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o la sedación leve complementados con apoyo verbal suelen ser suficientes.
- Cuando se requiera una dilatación cervical mecánica para un aborto quirúrgico, deben utilizarse anestésicos locales, tal como la lidocaína inyectada alrededor del cervix, para aliviar las molestias de la mujer. No se recomienda la anestesia general, ya que se la ha asociado con índices mayores de complicaciones que la anestesia local.
- Deben utilizarse constantemente y en el cuidado de todas las pacientes precauciones universales para el control de infecciones, de manera tal de reducir el riesgo de infecciones transmitidas por sangre, incluyendo el HIV.
- Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede dejar el centro de salud tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean normales.
- Después de un aborto quirúrgico, la mujer debería idealmente tener una consulta de seguimiento entre los 7-10 días post-procedimiento.
- Después de un aborto médico, si el aborto es incompleto antes de dejar la institución, la mujer deberá regresar después de 10-15 días para confirmar que el aborto se haya completado.
- Antes de dejar la institución, todas las mujeres deben recibir información sobre anticoncepción y, aquellas que así lo quisieran, anticonceptivos o derivación a un centro de provisión de anticonceptivos.
- Las mujeres deben recibir información oral y escrita sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud, sobre cuánto sangrado esperar y cómo reconocer complicaciones y buscar ayuda.

Definiciones utilizadas en este documento

- **Métodos quirúrgicos de aborto:** Utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, la dilatación y curetaje (DyC) y la dilatación y evacuación (DyE).
- **Métodos médicos de aborto:** Utilización de drogas farmacológicas para finalizar un embarazo. A veces, también se utiliza el término “aborto no quirúrgico”.
- **Duración del embarazo:** El número de días o semanas completas desde el primer día de la última menstruación normal.
- **Regulación menstrual:** Evacuación uterina temprana sin confirmación de laboratorio o ecográfica de embarazo para aquellas mujeres que tienen un retraso menstrual.

1. Cuidados pre-aborto

Los primeros pasos en la administración de cuidados para el aborto, son establecer si la mujer esta efectivamente embarazada y si lo está, conocer la duración del embarazo y confirmar que el mismo sea intrauterino. Los riesgos asociados con el aborto inducido, a pesar de ser mínimos cuando el mismo se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo (Grimes y Cates 1979). Por ende, la determinación de la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método más apropiado.

Todo servicio de salud debe contar con personal entrenado y competente para realizar la historia clínica de la mujer y un examen pélvico bimanual. Aquellos centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuado para inducir un aborto deben contar con la posibilidad de derivar a la mujer tempranamente a otro servicio. El personal también debe estar capacitado para ofrecer asesoramiento y así ayudar a la mujer a considerar sus opciones (ver sección 1.10.1).

1.1 Historia de la paciente

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se les debe preguntar acerca del primer día de su última menstruación, es decir, el primer día de sangrado, y si la menstruación fue normal. Sin embargo, la mujer puede experimentar amenorrea por otras razones diferentes a un embarazo, y algunas mujeres embarazadas pueden no referir la ausencia de un ciclo; por ejemplo, la mujer que está

amamantando puede quedar embarazada aun antes de tener su primera menstruación post-parto. Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado no menstrual en etapas tempranas del embarazo y esto puede ocasionar que no se diagnostique el embarazo o que se cometa un error con la fecha. Otros síntomas que las mujeres suelen referir en etapas tempranas de la gestación incluyen tensión y agrandamiento mamario, náuseas- en algunas oportunidades acompañadas de vómitos-, fatiga, cambios en el apetito y aumento del ritmo miccional.

1.2 Examen físico

Los profesionales de la salud deben confirmar la existencia de embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual. Si bien muchos profesionales de la salud han sido entrenados para estimar la duración del embarazo de manera tal de proveer cuidados prenatales, muchos otros no tienen experiencia en diagnosticar embarazos tempranos ni en estimar con precisión la duración del embarazo durante el primer trimestre. Por lo tanto, habitualmente se requiere entrenamiento adicional para aquellos que realizarán un aborto (ver capítulo 3).

Los signos detectables de embarazo entre las 6 y 8 semanas mediante el examen pélvico bimanual incluyen reblandecimiento del istmo cervical y reblandecimiento y elongación del útero. El útero de una mujer embarazada que es menor al esperado por su amenorrea puede deberse a un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de última menstruación, a un embarazo ectópico o a un embarazo perdido (aborto retenido); un útero mayor al esperado puede

indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de última menstruación, un embarazo múltiple, la presencia de fibromas uterinos o un embarazo molar.

Durante el examen pélvico, el profesional debe asesorarse si el útero esta en anteverso, retroversoflexión o en otra posición que pueda alterar la estimación del embarazo o complicar un aborto quirúrgico. Los profesionales deben estar entrenados en reconocer signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras infecciones del tracto reproductivo (ITRs), además de condiciones como anemia o malaria, que puedan llegar a requerir procedimientos adicionales o derivación para atención médica. En aquellos casos donde se observa una patología cervical seria, la mujer debe ser derivada a un centro apropiado para una evaluación adicional.

1.3 Análisis de laboratorio

En la mayoría de los casos, los profesionales sólo precisan la información obtenida a través de la historia clínica y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración. Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y el profesional no esté seguro si la mujer está embarazada. Sin embargo, el hecho de realizar dichos tests no debe obstaculizar ni retrasar la evacuación uterina.

La detección de anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina y hematocrito en áreas donde la misma es prevalente le permite al profesional comenzar el tratamiento y estar preparado si eventualmente se

presenta una hemorragia durante o después del aborto. En caso de complicaciones que puedan requerir una transfusión sanguínea, deben determinarse el de grupo ABO y el factor Rh sanguíneo, siempre que sea posible, especialmente en centros de derivación de alto nivel (ver 2.5.2.3 mas abajo)

1.4 Ecografía

La exploración ecográfica no es necesaria para la realización de un aborto temprano (RCOG 2000). En lugares donde se encuentra disponible, la ecografía puede colaborar para la detección de un embarazo ectópico mayor de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento abortivo. En aquellos lugares donde se utilice la ecografía, se deberá, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan un aborto de aquellas que reciben cuidados prenatales.

1.5 Condiciones pre-existentes

En forma conjunta con la confirmación y estimación de la duración del embarazo, los profesionales de la salud deben obtener una historia médica completa y valorar otros factores de riesgo que puedan afectar la realización de un aborto. Estos incluyen: alteraciones de la coagulación, alergia a cualquier medicación que será usada durante el aborto e información acerca de cualquier droga que la mujer esté tomando y que pueda interactuar con aquellas que se usarán durante el procedimiento.

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por HIV en una mujer que se somete a un

aborto, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas (ver 2.5.1 más abajo). Si se sabe que la mujer es HIV positiva, ella puede necesitar asesoramiento especial (ver 1.10.1)

1.6 Infecciones del tracto reproductivo (ITRs)

La presencia de infecciones del tracto reproductivo inferior al momento de la realización del aborto es un factor de riesgo para ITRs post-procedimiento (Penney y col. 1998). Se ha visto que el uso de rutina de antibióticos al momento del aborto reduce a la mitad el riesgo de infección en el post-procedimiento (Sawaya y col. 1996). Sin embargo, los abortos también pueden llevarse a cabo en aquellos lugares donde no se disponga de antibióticos para profilaxis. En cualquier caso, la estricta observación de los procedimientos de limpieza y desinfección juega un papel esencial en la prevención de infecciones post-procedimiento (ver sección 2.5.1).

Si hay signos clínicos de infección, la mujer deberá ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto. En aquellos lugares donde se realicen análisis de laboratorio para ITRs de forma rutinaria y si no hay signos visibles de infección, el aborto no debe retrasarse esperando los resultados.

1.7 Embarazo ectópico

El embarazo ectópico puede ser una amenaza para la vida. Los signos que pueden indicar un embarazo extrauterino incluyen: tamaño uterino menor al esperado según la duración estimada del embarazo y dolor abdominal bajo, especialmente si el mismo se acompaña de sangrado vaginal o spotting, mareos

o desmayos, palidez y, en algunas mujeres, una masa anexial. Si se sospecha un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo inmediatamente e iniciar tratamiento o derivar a la mujer tan pronto como sea posible a un centro que tenga la capacidad para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento, la exploración ecográfica es de gran utilidad (ver Organización Mundial de la Salud 2000a para detalles de tratamiento)

Debe remarcarse que el diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante y después de un método médico de aborto dada la similitud de los síntomas. Por lo tanto, si se utilizan métodos médicos de aborto sin la confirmación previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, ella debe ser evaluada para descartar un embarazo ectópico.

1.8 Isoinmunización Rh

Si bien hasta el momento no existe evidencia concluyente sobre la necesidad de la administración de inmunoglobulina anti Rh después de una aborto inducido en el primer trimestre, la inmunización pasiva de todas las mujeres Rh negativas con inmunoglobulina antiRh dentro de las 72 horas del procedimiento fue recomendada en los estados Unidos en 1961 (Finn y col. 1961). En aquellos lugares donde la inmunoglobulina Rh se administra de manera rutinaria a las mujeres Rh negativas, la misma debe ser administrada al momento del procedimiento. Para aquellas mujeres que utilizan un método médico de aborto, se ha recomendado la administración de la inmunoglobulina Rh al momento de la administración de las prostaglandinas (Urquhart y Templeton 1990).

1.9 Citología cervical

Algunos centros también pueden ofrecer la realización de un PAP y otros servicios de salud reproductiva. El pedido de aborto puede ser una oportunidad para la evaluación de la citología cervical, especialmente en lugares donde la prevalencia de cáncer cervical e ITSs es alta. Sin embargo, dichos servicios no debe ser nunca una condición para que la mujer obtenga un aborto y tampoco se requiere de ellos a fin de llevar a cabo un aborto sin riesgo.

1.10 Asesoramiento e información

Suministrar información es parte esencial de un servicio de aborto de buena calidad. La información debe ser completa, precisa y fácil de comprender, y debe brindarse de manera tal que respete la privacidad y confidencialidad de la mujer. El capítulo 3 aporta detalles sobre entrenamiento y otros requerimientos del proveedor relacionados con la provisión de información y asesoramiento, incluyendo estándares éticos.

1.10.1 Asesoramiento para la toma de decisiones

El asesoramiento puede ser muy importante para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que puede tomar una decisión libre de toda presión. El asesoramiento debe ser voluntario y confidencial y debe brindarlo una persona capacitada.

Si la mujer opta por un aborto, el trabajador de la

salud deberá explicarle cualquier requerimiento legal necesario para poder realizarlo. Debe darse a la mujer todo el tiempo que necesite para tomar su decisión, aún si significa que deberá volver a la institución más tarde. Sin embargo, se deben explicar la mayor seguridad y efectividad de un aborto temprano. El profesional de la salud también deberá proveer información a aquellas mujeres que deseen llevar su embarazo a término y/o consideren la adopción, y derivarla si fuera apropiado.

En algunas circunstancias la mujer puede estar bajo la presión de su pareja u otro miembro de la familia para realizar un aborto. Las adolescentes solteras y las mujeres infectadas por HIV pueden ser particularmente vulnerables a dichas presiones. Todas las mujeres que se sabe están infectadas por el HIV deben conocer los riesgos del embarazo para su propia salud y los riesgos de transmisión del virus a su hijo. También deben saber qué tratamientos existen para ellas y para prevenir la transmisión a su hijo, a fin de poder tomar una decisión fundamentada sobre seguir con el embarazo o interrumpirlo donde esté permitido por la ley. También podrán pedir asesoramiento adicional (Organización Mundial de la Salud 1999). Si los profesionales de la salud sospechan de coerción, deberán hablar con la mujer a solas, o derivarla para asesoramiento adicional. Si el personal sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, deberán derivarla para un apropiado asesoramiento y tratamiento. Los directores deben asegurarse de que todo el personal sepa de la disponibilidad de dichos recursos en el sistema de salud y en la comunidad (ver Capítulo 3).

1.10.2 Información sobre procedimientos de aborto

La información mínima que la mujer debe recibir incluye:

- qué se hará durante y después del procedimiento,
- qué es probable que sienta (por ejemplo, dolores cólicos tipo menstrual y sangrado),
- cuánto tiempo llevará el procedimiento,
- qué se puede hacer para el manejo del dolor,
- los riesgos y complicaciones asociadas con el método,
- cuándo podrá retomar su actividad normal, incluso las relaciones sexuales, y
- los cuidados de seguimiento.

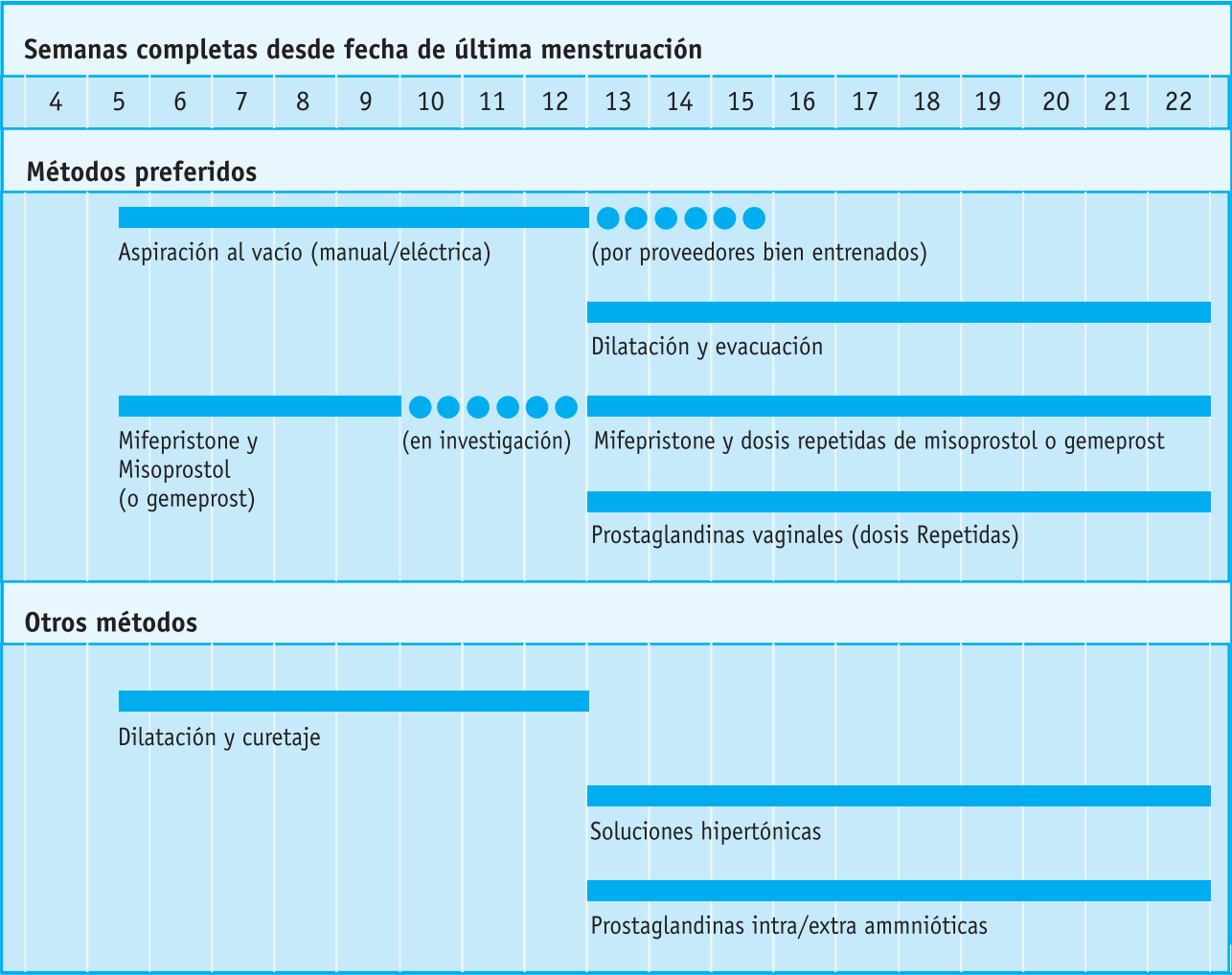
Si se dispone de distintos métodos de aborto, los profesionales deberán estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre cuáles son apropiados, basándose en la duración del embarazo, la condición médica de la mujer y los potenciales factores de riesgo.

1.10.3 Servicios e información sobre anticoncepción

La provisión de información y servicios anticonceptivos es parte esencial del cuidado del aborto, dado que ayuda a la mujer a evitar embarazos no deseados en el futuro. Toda mujer debe ser informada de que la ovulación puede retornar dos semanas después del procedimiento (Cameron y Baird 1988), poniéndola en riesgo de embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo efectivo. Deberá recibir información precisa que la ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para sus necesidades. Si la mujer desea realizarse un aborto después de lo que considera una falla del anticonceptivo, el profesional deberá plantear si el método estaba siendo mal utilizado y cómo corregir su uso, o la conveniencia de cambiar a un método distinto (para discusión sobre métodos específicos, ver sección 3.2 y Anexo 4). Sin embargo, la elección final del método debe realizarla sólo la mujer.

La aceptación de un método anticonceptivo por parte de la mujer nunca debe ser una precondition para realizar un aborto.

Figura 2.1. *Métodos de aborto*



2. Métodos de aborto

Resumen

La figura 2.1 resume los métodos de aborto más apropiados para cada etapa de embarazo, basándose en protocolos establecidos y utilizados mundialmente. Es indicativo más que prescriptivo en relación a los límites de tiempo. Por ejemplo, la mayoría de los profesionales entrenados pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas completas de embarazo, mientras que otros especialmente entrenados, con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este método de manera segura hasta las 15 semanas completas (RCOG 2000).

La disponibilidad de métodos médicos efectivos y seguros para inducir un aborto sigue siendo limitada a la fecha. Sin embargo, el rápido desarrollo y la constante investigación podrán llevar a su mayor introducción en un futuro cercano. Por lo tanto, se discute el uso de estas drogas a fin de que los planificadores y directores de programas puedan preparar su eventual introducción de una manera sistemática.

Métodos para ser utilizados hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Los métodos preferidos son la aspiración al vacío manual o eléctrica, o métodos médicos que utilizan una combinación de mifepristone seguida de una prostaglandina. El mifepristone seguido de una prostaglandina ha demostrado ser seguro y efectivo hasta las 9 semanas completas de embarazo, y se

está investigando la seguridad y efectividad del régimen entre las 9 y 12 semanas completas. El uso de métodos médicos de aborto requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o aborto incompleto. La dilatación y curetaje (DyC) deben ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible. Aquellos que elaboran las políticas de salud y los responsables de la salud deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el curetaje (DyC) por la aspiración.

Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Una variedad de situaciones hace surgir la necesidad de servicios de aborto en etapas más avanzadas del embarazo, y todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar una derivación a centros que tengan la capacidad de llevar a cabo abortos en etapas más avanzadas del embarazo de una manera segura. El diagnóstico de anomalías fetales por lo general no se realiza hasta después de la semana 12 de embarazo y, por ejemplo, una enfermedad cardiovascular severa o un cáncer requerirán un tratamiento agresivo para la mujer, por lo que puede requerir un aborto tardío por razones médicas. Algunas mujeres, particularmente adolescentes, no pueden obtener cuidados tempranos fácilmente o demoran el acceso a los servicios. Esto puede deberse a ignorancia acerca de los requerimientos para la realización de un aborto, falta de información o de acceso al sistema de salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, menstruaciones

irregulares, ambivalencia inicial en relación a hacerse un aborto, preocupaciones sobre la salud que surgen después del primer trimestre, conflictos familiares o cambios en circunstancias de la vida que pueden hacer que un embarazo previamente deseado deje de serlo.

El método médico de aborto de elección después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación es el mifepristone seguido de dosis repetidas de una prostaglandina, como misoprostol o gemeprost. El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas.

2.1 Preparación cervical

En algunos países, antes de la realización de abortos quirúrgicos del primer trimestre, se utiliza la preparación cervical con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos, pues hace que el procedimiento sea más fácil y rápido y reduce la incidencia de complicaciones inmediatas comunes en abortos realizados después de la novena semana completa de gestación (Organización Mundial de la Salud 1997). La preparación cervical previa al aborto quirúrgico es especialmente beneficiosa para algunas mujeres, tales como aquellas con anomalías cervicales o cirugías previas, mujeres jóvenes y aquellas con embarazos avanzados, que tienen mayor riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, que pueden ser la causa de hemorragias (Grimes y col. 1984, Schulz y col. 1983). Sin embargo, la preparación cervical tiene ciertas desventajas, incluyendo el costo extra y el tiempo requerido. Por ende, se recomienda para embarazos de más de 9 semanas completas en

nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos de más de 12 semanas completas (RCOG 2000, Organización Mundial de la Salud 1997).

Investigaciones recientes sugieren que la administración vaginal de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes de la cirugía es efectiva (Singh y col. 1998). La administración oral de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes del procedimiento también es apropiada para la preparación cervical (Ngai y col. 1999). Otros regímenes efectivos son la toma oral de 200 mg de mifepristone, 36 horas antes del procedimiento (Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud en Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad 1994), o la administración vaginal de 1 mg de gemeprost, 3 horas previas al procedimiento (Henshaw y Templeton 1991).

2.2 Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres refieren algún grado de dolor con el aborto. Los factores asociados con el dolor durante el aborto quirúrgico realizado con anestesia local han sido evaluados en varios estudios de observación. El grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer (Smith y col. 1979). Se ha comprobado que un parto vaginal previo disminuye el dolor. (Borgatta y Nickinovich 1997). También se ha observado que un intervalo menor de dos minutos entre la administración de la anestesia local y el comienzo del procedimiento, la falta de elección entre anestesia local o general y una historia previa de uso frecuente de analgésicos contribuyen a aumentar el dolor (Donati y col. 1996).

Un manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en drogas, equipamiento ni entrenamiento. Descuidar este elemento importante, aumenta innecesariamente la ansiedad y molestias de la mujer y compromete seriamente la calidad del cuidado.

El asesoramiento y un tratamiento considerado pueden reducir los temores y la percepción del dolor de la mujer (Solo 2000). La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente debe mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. En lugares donde sea posible y si la mujer lo desea, puede ser de ayuda que el esposo o pareja, un miembro de la familia o una amiga permanezca con ella durante el procedimiento. Sin embargo, no debe considerarse que estas circunstancias pueden reemplazar al alivio médico del dolor.

2.2.1 Medicación para el dolor

Siempre debe ofrecerse medicación para el dolor. Para el manejo del dolor durante el aborto, se utilizan tres tipos de drogas, solas o combinadas: analgésicos, que alivian la sensación de dolor; tranquilizantes, que reducen la ansiedad; y anestésicos que adormecen la sensación física. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal es suficiente. La mayoría de estas drogas son comparativamente económicas.

Los analgésicos no narcóticos incluidos en la lista modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, tales como los antiinflamatorios no esteroides generalmente son suficientes para reducir el dolor asociado tanto con el aborto médico como con el

quirúrgico, incluyendo los cólicos (Suprpto y Reed 1984, Matambo y col. 1999). En tres pruebas randomizadas se vio que el paracetamol no es efectivo para aliviar el dolor post-procedimiento (Cade y Ashley 1993, Hein y col. 1999, Dahl y col. 2000).

En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tal como el diazepam, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil tanto para la mujer como para el profesional. Estas drogas pueden provocar amnesia, lo que algunas mujeres podrían querer, pero también puede inducir somnolencia y retrasar la deambulaci3n. El uso complementario de analgésicos narcóticos también puede ser apropiado, pero dada la posibilidad de complicaciones, tal como la depresi3n respiratoria, es necesario disponer de agentes que reviertan el efecto narc3tico y tengan capacidad de resucitaci3n.

2.2.2 Anestesia

En aquellos casos en los que se requiera una dilataci3n cervical para la realizaci3n de un aborto quirúrgico, para aliviar las molestias de la mujer debe utilizarse un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína de acci3n rápida, inyectada por debajo de la mucosa cervical en los “cuarto cuadrante” del cervix. Las ventajas de utilizar una anestesia local en vez de general, incluyen un tiempo de recuperaci3n más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir. La inyecci3n de anestesia local debe realizarse con habilidad, para

evitar la introducción endovenosa de la droga. La utilización de una anestesia local con aspiración ha demostrado ser segura y efectiva (Thonneau y col. 1998).

La anestesia general no se recomienda para abortos y aumenta los riesgos clínicos (Lawson y col. 1994, MacKay y col. 1985, Osbron y col. 1990). Ha sido asociada con mayores tasas de hemorragia que la anestesia local (Grimes y Cates 1979). La utilización de anestesia general aumenta los costos, no sólo para el centro de salud sino para la mujer, particularmente porque ciertas políticas hospitalarias exigen que las mujeres que la reciben se queden una noche. A pesar de esto, algunas mujeres prefieren la anestesia general y su uso también puede ser preferible desde el punto de vista profesional durante procedimientos difíciles. Toda institución que ofrezca anestesia general deberá contar con el equipo especializado y el personal entrenado para administrarla y manejar cualquier complicación.

2.3 Aborto quirúrgico

2.3.1 Aspiración al vacío

La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta 12 semanas completas. Algunos profesionales, dependiendo de su entrenamiento, experiencia y cada caso en particular, son capaces de realizar la aspiración al vacío hasta 15 semanas completas. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varios pruebas randomizadas. Se han reportado tasas de aborto completo entre 95% y 100% (Greenslade y col. 1993). Las tecnologías de aspiración eléctrica o manual son igualmente efectivas (Westfall y col. 1998).

La aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiración al vacío eléctrica (AVE) utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiración al vacío manual (AVM), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60ml sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). Existen aspiradores con cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 12 mm de diámetro. Algunas cánulas y la mayoría de los aspiradores pueden ser utilizados nuevamente una vez que se los ha limpiado y desinfectado o esterilizado perfectamente. También hay disponibles bombas mecánicas para ser utilizadas con el pie.

Dependiendo de la duración del embarazo, el aborto mediante aspiración al vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local. En embarazos muy tempranos, la cánula puede ser introducida sin dilatación cervical previa. Sin embargo, generalmente, antes de la inserción de la cánula se requiere la dilatación utilizando dilatadores osmóticos o mecánicos, solos o en combinación con una prostaglandina, o la preparación cervical con un agente farmacológico como la mifepristone o una prostaglandina (misoprostol o gemeprost).

La mayoría de las mujeres que tienen un aborto durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. Períodos más largos de recuperación por lo general son necesarios en embarazos con más edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio sobre 170.000 abortos de primer trimestre llevado a cabo en Nueva York, USA (la mayoría mediante aspiración al vacío) indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización (Hakim-Elahi y col. 1990). Si bien son infrecuentes, las complicaciones de la aspiración al vacío incluyen infecciones pélvicas, sangrado excesivo, lesión cervical, evacuación incompleta, perforación uterina, complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan (Grimes y Cates 1979). Los cólicos abdominales o el dolor y el sangrado similar al de la menstruación son efectos colaterales de cualquier procedimiento abortivo.

2.3.2 Dilatación y curetaje

La dilatación y curetaje (DyC), también conocido como “curetaje cortante”, involucra la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos y la utilización de curetas metálicas filosas para raspar las paredes uterinas.

La dilatación y curetaje es menos segura que la aspiración al vacío (Cates y col. 2000) y considerablemente más dolorosa para la mujer (Grimes y col. 1977). En la mayoría de los países industrializados y en muchos otros, la aspiración al vacío ha reemplazado a la DyC en el uso de rutina. Las tasas de complicaciones mayores de la DyC son de dos a tres veces más que aquellas de la aspiración al vacío (Grimes y Cates 1979). Una prueba randomizada y controlada que comparó la DyC con la aspiración al vacío reveló que, hasta 10 semanas desde la fecha de última menstruación, la aspiración al vacío es más

rápida y se asocia con menor pérdida sanguínea que la DyC (Lean y col. 1976).

La tabla 2.1 resume los requisitos para la aspiración al vacío y la DyC. En aquellos lugares donde la práctica corriente es la DyC, todos los esfuerzos deben estar dirigidos a reemplazarla por la aspiración al vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad del cuidado. En aquellos lugares donde actualmente no se ofrecen servicios relacionados con el aborto, debe introducirse la aspiración al vacío antes que la DyC. En aquellos otros donde aún se utiliza la DyC, los responsables deben asegurarse de que se sigan todos los procedimientos relacionados con el manejo del dolor, de que el personal esté bien capacitado y reciba una adecuada práctica clínica supervisada para mantener sus capacidades.

2.3.3 Dilatación y evacuación

La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG 2000). La DyE requiere la preparación cervical con mifepristone o una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar; dilatar el cervix y evacuar el útero utilizando una aspiración al vacío eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo. Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil la utilización de ecografía durante el procedimiento de DyE.

Tabla 2.1. *Requisitos para la aspiración al vacío y la dilatación y curetaje*

Característica	Aspiración al vacío	Dilatación y curetaje
Lugar	Sala de examen, sala de operación general o sala de operación de obstetricia y ginecología	Sala de operación general o sala de operación de obstetricia y ginecología
Manejo del dolor	Sedación leve y/o anestesia local	Sedación leve o fuerte, analgesia y/o anestesia local
Nivel del profesional	Ginecólogo, médico general entrenado profesional de nivel medio entrenado	Ginecólogo, médico general entrenado

Adaptado de Greenslade y col. 1993.

Una prueba controlada y randomizada que comparó la DyE con la instilación intra-amniótica de la antigua prostaglandina PGF2 alfa demostró que la DyE es mas rápida, segura y aceptable, al menos hasta 18 semanas de embarazo (Grimes y col 1980). La DyE no ha sido comparada con los nuevos métodos médicos como el mifepristone con dosis repetidas de misoprostol. Si el profesional no tiene un entrenamiento supervisado adecuado y un número de casos suficientes para mantener sus habilidades, debe utilizar métodos médicos.

El procedimiento de DyE generalmente puede llevarse a cabo sólo con bloqueo paracervical y una analgesia leve, razón por la cual el procedimiento puede realizarse de manera ambulatoria. Sin embargo, aquellos lugares que ofrezcan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda. La

anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos (ver 2.2.2). Por lo general, el procedimiento de DyE no lleva más de 30 minutos. Tanto los profesionales como la mujer que se somete a este procedimiento deben esperar más pérdidas post-operatorias que en abortos del primer trimestre, incluyendo sangrado, considerar la administración de ocitocina. Al personal también se lo debe capacitar para suministrar asesoramiento especializado a pacientes de abortos de segundo trimestre.

2.3.4 Otros métodos quirúrgicos de aborto para embarazos avanzados

Las operaciones mayores no deben utilizarse como métodos principales para un aborto. La histerotomía no tiene indicación en la practica abortiva contemporánea, dado que su morbilidad, mortalidad y costos son mayores que los de la DyE u otros

métodos médicos de aborto. De igual modo, la histerectomía sólo debe ser utilizada en mujeres con condiciones independientes del aborto, que justifiquen la operación.

2.3.5 Evaluación de los tejidos posterior a un aborto quirúrgico

Después de los métodos de aborto quirúrgico, es importante evaluar inmediatamente los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico. Con la AVM, después de aproximadamente 6 semanas completas de embarazo, los profesionales entrenados pueden identificar visualmente los productos de la concepción, específicamente el saco coriónico. Si la aspiración no contiene los productos de la concepción esperados, debe sospecharse un embarazo ectópico y la mujer debe ser evaluada tal como fue discutido previamente (ver 1.7). Además, los profesionales deben estar alertas a signos sugestivos de un embarazo molar. Si el contenido de la aspiración no corresponde a la duración estimada del embarazo, los profesionales de la salud deben considerar la posibilidad de un aborto incompleto. El análisis rutinario del producto de la concepción por un laboratorio de patología no es esencial.

2.4 Métodos médicos de aborto

Se ha probado que los métodos médicos de aborto son seguros y efectivos (Ashok y col. 1998a, Peyron y col. 1993, Schaff y col. 1999, Spitz y col. 1998, Winikoff y col 1997). Los regímenes más utilizados se basan en el antiprogéstano, mifepristone, el cual se une a los receptores de progesterona inhibiendo la acción de la

progesterona y por ende interfiriendo con la continuación del embarazo. Los regímenes de tratamiento conllevan una dosis inicial de mifepristone seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción (Swahn y Bygdeman 1988).

Los efectos de los métodos de aborto médico son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen cólicos y un sangrado similar al menstrual prolongado. El sangrado ocurre durante 9 días promedio, pero puede durar hasta 45 días en casos infrecuentes (Creinin y Aubeny 1999). Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Las condiciones que requieren precaución con el uso de mifepristone y una prostaglandina, incluyen falla hepática o adrenal aguda o crónica, alteraciones de la coagulación, tabaquismo intenso y alergia a cualquiera de las drogas utilizadas. El mifepristone no es un tratamiento efectivo para un embarazo ectópico; la sospecha de tal embarazo, requiere mayor evaluación y, de confirmarse, tratamiento inmediato (ver Organización Mundial de la Salud 2000a para especificaciones sobre tratamiento).

Los métodos médicos de aborto han sido aceptables en varios ámbitos de bajos recursos (Elul y col. 1999, Ngoc y col. 1999). Sin embargo, las drogas, mifepristone en particular, están actualmente disponibles en sólo unos pocos países desarrollados. Esto puede cambiar en los próximos años y los directores de los programas deben estar al tanto de qué se requeriría para introducir los métodos médicos de aborto en de los servicios de salud.

Tabla 2.2 *Regímenes comúnmente usados de mifepristone más prostaglandinas*

Hasta 9 semanas completas desde FUM	Después de 12 semanas completas desde FUM
200 mg. mifepristone seguido después de 36-48 horas de 1.0 mg de gemeprost vaginal	200 mg. mifepristone seguido después de 36-48 horas de 1 mg de gemeprost vaginal (repetido cada 6 horas hasta un máximo de 4 dosis y, de ser necesario, cada 3 horas hasta 4 dosis adicionales)
o	o
800µg misoprostol vaginal	800µg misoprostol vaginal seguido de 400µg misoprostol oral cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis
o	o
400µg misoprostol oral hasta 7 semanas completas	400 µg misoprostol oral cada 3 horas hasta 5 dosis
	µg: microgramos mg: miligramos

2.4.1 Mifepristone y prostaglandinas

2.4.1.1 Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación

El mifepristone con misoprostol o gemeprost ha demostrado ser altamente efectivo, seguro y aceptable para abortos del primer trimestre (RCOG 2000). Se han informado tasas de eficacia de hasta el 98% (Trussell y Ellerston 1999). Aproximadamente 2 a 5% de las mujeres tratadas con un régimen de mifepristone y misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para

resolver un aborto incompleto, terminar un embarazo que continúa o controlar el sangrado (Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad 2000 de la Organización Mundial de la Salud).

Los protocolos originales para el uso de mifepristone recomiendan una dosis oral de 600 mg de mifepristone seguida de 1 mg de gemeprost vaginal después de 36-48 horas. Sin embargo, varios estudios han establecido que 200 mg de mifepristone es la dosis de elección dado que es tan efectiva como los 600 mg y reduce los costos.

(McKinley y col. 1993; Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad de la Organización Mundial de la Salud 1993)

El misoprostol, una prostaglandina que también ha demostrado ser efectiva (RCOG 2000), es considerablemente más barata que el gemeprost y no requiere refrigeración. Por lo tanto, es la prostaglandina de elección para la mayoría de los países. Un régimen efectivo es una dosis oral de 200 mg de mifepristone seguida de 800µg de misoprostol administrado vía vaginal (RCOG 2000). El misoprostol por vía vaginal ha demostrado más efectividad y de mejor tolerancia que el misoprostol administrado oralmente (El-Refaey y col.1995). Una dosis oral de 400µg de misoprostol es efectiva hasta 7 semanas completas de embarazo (Grupo de Trabajo sobre Métodos Post-ovulatorios de Regulación de la Fertilidad de la Organización Mundial de la Salud 2000).

La mayoría de los protocolos requieren que la mujer tome mifepristone y la prostaglandina bajo supervisión clínica, lo que implica una segunda consulta al centro de atención a los dos días de recibir el mifepristone para recibir la prostaglandina. La mujer podrá dejar el centro de atención poco después de recibir el mifepristone, una vez que se le haya dicho que debe esperar sangrado y la probable expulsión de los productos de la concepción y se le haya explicado cómo reconocer las complicaciones y a quién recurrir en caso de que eso suceda. Los profesionales deben estar disponibles 24 horas para responder a estas situaciones.

Después de recibir la prostaglandina en la segunda visita, el período de observación estándar es de 4-6

horas, durante el cual el 90% de las mujeres despedirá el producto de la concepción. Algunas mujeres podrán requerir medicación para los dolores cólicos durante este período (ver 2.2.1 mas arriba). El 10% aproximado de mujeres que no abortan durante el período de observación deberán consultar nuevamente al centro de salud dos semanas más tarde para confirmar que el aborto se ha completado.

Bajo aquellos protocolos que permiten que la paciente deje el centro de salud inmediatamente después de recibir la prostaglandina, se le debe explicar que ella probablemente elimine el producto de la concepción en su hogar o en algún otro lugar sin supervisión médica. En estos casos, la mujer deberá consultar al centro de salud a las dos semanas para confirmar que el aborto ha sido completo a través de un examen físico o estudios de laboratorio.

Algunos investigadores consideran que la segunda consulta para recibir la prostaglandina es innecesaria y sugieren que se le permita a la mujer tomar la prostaglandina en su hogar (Schaff y col. 1997). Recientemente, se ha utilizado este enfoque en comunidades de Túnez y Vietnam y ha resultado aceptable para muchas mujeres (Elul y col. 2001). Sin embargo, todavía es tema de revisión la seguridad y lo oportuno de este enfoque en distintos ámbitos.

En caso de aborto fallido o incompleto, se requiere un aborto quirúrgico. Todo centro que ofrece métodos médicos de aborto debe estar capacitado para proveer un aspirado por vacío en caso de ser necesario. Si no se dispone de esta posibilidad en el mismo centro, pueden hacerse convenios con otros

centros que lleven a cabo la aspiración. En todos los casos, los profesionales de la salud deben asegurar que la mujer pueda llegar a dichos servicios en caso de urgencia.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas (Breitbart 2000). Por lo tanto deben recibir información completa sobre qué esperar y los posibles efectos colaterales de los métodos médicos de aborto. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que la mujer comprenda la importancia de acatar el protocolo, especialmente si va a tomar por sí sola alguna de las drogas, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten.

2.4.1.2 De 10 a 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se está investigando el uso de mifepristone y misoprostol entre las 10 y 13 semanas de embarazo (Ashok y col. 1998b). Los hallazgos positivos iniciales deben ser confirmados de manera tal de establecer los regímenes óptimos.

2.4.1.3 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Un régimen de mifepristone seguido de dosis repetidas de misoprostol o gemeprost es seguro y altamente efectivo (RCOG 2000). Una dosis oral de mifepristone de 200 mg seguida de 800µg de misoprostol administrado por vía vaginal 36-48 horas más tarde y posteriores dosis de 400µg por vía oral de misoprostol cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis, ha sido efectiva en 97% de los

casos (El-Refaey y Templeton 1995). Una dosis oral de 400µg de misoprostol cada 3 horas hasta 5 dosis, después de 200 mg de mifepristone también ha sido usada exitosamente (Ngai y col. 2000). Una dosis vaginal de 1 mg de gemeprost utilizada después de 200 mg de mifepristone y repetida de ser necesario cada 6 horas hasta cuatro dosis también puede ser usada efectivamente (Ho y col. 1996). De ser necesario, el tratamiento con gemeprost puede continuar con 1 mg de gemeprost cada 3 horas en cuatro dosis adicionales (Gemzell-Danielsson y Ostlund 2000, Tang y col. 2001).

2.4.2 Misoprostol o gemeprost solos

2.4.2.1 Hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

El misoprostol solo también ha sido estudiado en términos de efectividad y seguridad. Si bien no se han llevado a cabo estudios comparativos, la información disponible sugiere que la efectividad del misoprostol solo es inferior, el procedimiento tarda más y es más doloroso con mayores efectos gastrointestinales colaterales que el régimen combinado con mifepristone (Bugalho y col. 2000)

Debido a que la droga es de amplio acceso y de bajo costo y dado que en algunos lugares se ha informado que su mayor uso contribuye a disminuir las complicaciones de un aborto inseguro (Costa y Vessy 1993), el desarrollo de un régimen de tratamiento óptimo para el uso de misoprostol solo está actualmente bajo investigación (Blanchard y col. 2000).

Existe preocupación sobre las consecuencias de aquellos embarazos que siguen en curso con el uso

de misoprostol solo (Fonseca y col. 1991, Gonzalez y col. 1998, Schonhofer 1991, Orioli y Castilla 2000). Se necesita mayor investigación para evaluar la posible teratogenicidad del misoprostol.

2.4.2.2 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se ha demostrado que la efectividad del misoprostol en inducir un aborto llega al 84% dentro de las 24 horas con una variedad de dosis administradas vía oral y vaginal (Dickinson y col. 1998, Wong y col. 1996), si bien no es tan rápida como cuando se utiliza combinada con mifepristone. Se necesita mayor investigación para identificar el régimen óptimo para el uso de misoprostol solo en embarazos mayores de 12 semanas.

En varios países se ha registrado la administración vaginal de gemeprost solo para finalizar embarazos del segundo trimestre. La dosis recomendada es de 1 mg, la cual se da cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis durante el primer día y se repite al día siguiente de ser necesario. Con este tratamiento, el 80% y 95% de las mujeres aborta entre las 24 y 48 horas respectivamente (Thong y col. 1992).

2.4.3 Otros agentes médicos para realizar un aborto

El metotrexate, una droga citotóxica que se utiliza para el tratamiento del cáncer, la artritis reumatoide, la psoriasis y otras enfermedades, ha sido utilizado en combinación con el misoprostol como un método médico para abortos tempranos (hasta 7 semanas completas desde la fecha de

última menstruación) en algunos países donde no se dispone de mifepristone. Una prueba controlada y randomizada reciente ha indicado una tasa de éxito del 92% con 50 mg de metotrexate seguido de 800µg de misoprostol por vía vaginal 6 a 7 días más tarde. La tasa de éxito al día 15 fue de 83% (Creinin 2000). Sin embargo un Panel Toxicológico de la OMS se manifestó en contra de la utilización del metotrexate para la inducción del aborto debido a la preocupación por su teratogenicidad (UNDP\UNFPA\WHO\Programa Especial de Investigación y Capacitación en Investigación y Desarrollo en Reproducción Humana del Banco Mundial 1997). Si bien todavía se desconocen los riesgos reales, se tiene información acerca de anomalías de miembros, cráneo y faciales en embarazos que han continuado después de un intento fallido de inducir un aborto con metotrexate (Powell y Ekert 1971, Diniz y col 1978, Feldkamp y Carey 1993). Por ende se recomienda a aquellos servicios que quieran introducir un método médico de aborto que utilicen mifepristone y misoprostol y no metotrexate.

Existen otros agentes que se utilizan para estimular las contracciones uterinas e inducir el aborto desde las 12 semanas completas de la fecha de última menstruación. Estos incluyen inyección intra-amniótica de una solución salina hipertónica o urea hiperosmolar; administración intra o extra-amniótica de etacridine; administración parenteral, intra o extra-amniótica de análogos de las prostaglandinas y la administración intramuscular o endovenosa de ocitocina (Organización Mundial de la Salud 1997). Sin embargo, la mayoría de estos métodos y vías de administración, son invasivas y menos seguras que los métodos médicos más nuevos.

2.5 Otros temas relacionados con los métodos de aborto

2.5.1 Prevención y control de infecciones

Dado que los procedimientos de aborto y el cuidado involucran el contacto con sangre y otros fluidos corporales, todos los profesionales y personal de apoyo en todas las instituciones donde se provea este servicio deberán entender y aplicar las precauciones universales para la prevención y control de infecciones, tanto para su propio cuidado como para el de sus pacientes.

Las precauciones universales son estándares simples de prácticas de control de infecciones que deben ser utilizadas en el cuidado de todos los pacientes en todo momento, para reducir el riesgo de transmisión de infecciones por vía sanguínea. Incluyen: el lavado de manos con agua y jabón antes y después de todos los procedimientos; el uso de barreras protectoras para el contacto directo con sangre u otros fluidos corporales, tales como guantes, batas, delantales, máscaras, anteojos protectores; el desecho seguro del material contaminado con sangre y fluidos corporales; el manejo adecuado de los lienzos sucios; el manejo y desecho seguro de materiales “filosos” y la desinfección apropiada de los instrumentos y equipos contaminados (Organización Mundial de la Salud 2001).

2.5.1.1 Lavado de manos y uso de barreras protectoras

Todos los profesionales deben lavarse perfectamente las manos antes de tomar contacto con la mujer e inmediatamente después de cualquier contacto con

sangre, fluidos corporales o membranas mucosas. Guantes estériles o con un alto grado de desinfección deben utilizarse y reemplazarse en cada el contacto con distintas pacientes y en cada evaluación vaginal (o rectal) en la misma mujer. Debe notarse que el uso de accesorios auxiliares como las botas estériles no causa una diferencia significativa en la tasa de infecciones, mientras que sí aumenta los costos.

2.5.1.2 Limpieza

El uso de detergente y agua caliente es adecuado para la limpieza de rutina de pisos, camas, baños, paredes y lienzos de goma. Después del derramamiento de fluidos corporales, deben utilizarse guantes de goma para trabajo pesado y remover la mayor cantidad posible de fluidos corporales con un material absorbente. Éste luego puede ser desechado en un recipiente a prueba de pérdidas para después ser incinerado o sepultado en una fosa profunda. El área de derramamiento debe limpiarse con un desinfectante a base de cloro y luego lavarse en profundidad con agua caliente y jabón.

Se debe manipular todo lienzo sucio lo menos posible, embolsarlos en el sitio de recolección y no clasificarlos ni lavarlos en áreas de cuidado de pacientes. De ser posible, los lienzos con gran cantidad de fluidos corporales deben transportarse en bolsas a prueba de pérdidas. Si no se dispone de las mismas, los lienzos deben ser doblados con las partes manchadas hacia adentro y manipulados cuidadosamente con guantes.

2.5.1.3 Desecho seguro del material contaminado con fluidos corporales

Los desechos sólidos contaminados con sangre, fluidos corporales, muestras de laboratorio o tejidos

corporales deben colocarse en un recipiente a prueba de pérdidas e incinerarse, o enterrarse en una fosa a 20 metros de profundidad y al menos a 90 metros de distancia de una fuente de agua. Los desechos líquidos como la sangre o los fluidos corporales deben verterse en un drenaje conectado a una cloaca adecuadamente tratada o a una letrina.

2.5.1.4 Manejo y desecho seguro de “cortantes”

El gran peligro de transmisión de HIV en los centros de salud es a través de las lesiones cortopunzantes con agujas o con objetos cortantes contaminados. Lo mismo se aplica a la hepatitis B. La mayoría de las lesiones con objetos filosos involucradas en este tipo de transmisión son a través de lesiones profundas con agujas huecas. Este tipo de lesiones generalmente ocurre cuando se coloca la tapa a una aguja, se la limpia, desecha o descarta de forma inapropiada. Si bien el tapar las agujas debe evitarse siempre que sea posible, algunas veces es necesario. Cuando éste sea el caso, debe utilizarse el método cuchara con una sola mano. Debe haber recipientes resistentes a punzantes y se los debe tener a mano para el descarte de los objetos filosos. Estos luego pueden ser incinerados en un incinerador cerrado o enterrados en una fosa profunda. Otras precauciones para prevenir lesiones con objetos filosos incluyen la utilización de guantes, tener una fuente de luz apropiada cuando se trate a la mujer, colocar el recipiente para los elementos filosos en el sitio donde se utilizará, nunca desechar elementos filosos en la basura general y mantenerlos fuera del alcance de los niños. Cuando sea posible, deben utilizarse sostenedores de agujas para suturar.

2.5.1.5 Limpieza segura del equipo después de su uso

Inmediatamente después de su uso, todos los instrumentos quirúrgicos reutilizables usados en el aborto deben ser enviados para limpieza y esterilización. En aquellos lugares donde estos servicios no estén disponibles o en lugares de bajos recursos, se recomiendan los siguientes procedimientos.

El paso más importante para asegurar una apropiada descontaminación final de los instrumentos es la limpieza física. Los instrumentos deben ser inmediatamente lavados con agua y jabón. Luego todos deben ser esterilizados o desinfectados con un desinfectante de alto nivel. La esterilización mata todos los microorganismos, incluyendo los endosporos bacterianos, como aquellos causantes de tétanos y gangrena gaseosa. Esto se logra mejor con vapor presurizado [20 minutos a 121°C y 103.5 kPa de presión] o gas (óxido de etileno) (Sopwith y col.2001).

Un alto nivel de desinfección puede alcanzarse empapando los instrumentos en una solución de hipoclorito decolorante [5 minutos de contacto a 20-25°C con hipoclorito como buffer (pH=7-8) a una concentración de cloro disponible de 5000 ppm], o glutaraldehído fresco [contacto por 5 horas a 20-25°C con una fórmula alcalina activada al 2% (pH 7.5-9)] (Spowith y col. 2001). Un alto nivel de desinfección destruye todos los microorganismos, incluidos el virus de la hepatitis B y el del HIV, pero no mata de manera confiable los endosporos bacterianos. Después de desinfectados, los instrumentos deben ser enjuagados con agua estéril.

Los instrumentos de plástico, tales como la mayoría de las cánulas o jeringas para la aspiración al vacío, no deben ser expuestas a altas temperaturas para su esterilización, dado que pueden romperse o derretirse. A no ser que existan instrucciones específicas que indiquen lo contrario, deben utilizarse los métodos fríos de desinfección de alto nivel ya descritos.

Los profesionales de la salud siempre deben recurrir a las instrucciones de uso de todos los materiales que son desinfectados de manera tal de asegurarse que se está usando el método apropiado de desinfección.

2.5.2 Manejo de las complicaciones del aborto

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes. Sin embargo, todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal entrenado en reconocer las complicaciones del aborto y proveer rápida atención o derivar a la mujer durante las 24 horas del día. (Organización Mundial de la Salud 1994). Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un embarazo son similares a aquellas necesarias para el cuidado de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

2.5.2.1 Aborto incompleto

Cuando el aborto es llevado a cabo mediante la aspiración al vacío por un profesional entrenado, el aborto incompleto no es común. Es más común con métodos médicos de aborto. Los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos

de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico éste no concuerda con la duración estimada del embarazo. El personal de todo centro asistencial de salud debe estar entrenado y equipado para tratar un aborto incompleto mediante la re-evacuación del útero con aspiración al vacío, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección.

2.5.2.2 Aborto fallido

El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto a un método de aborto quirúrgico como a uno médico. Si en el control post-procedimiento de cualquiera de los dos procedimientos el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración al vacío o DyE para embarazos del segundo trimestre.

2.5.2.3 Hemorragia

La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cervix u, ocasionalmente, perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir la re-evacuación del útero y la administración de drogas que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de ocitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la DyE. El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto a esperar con los métodos médicos de aborto. Dicho sangrado raramente

es lo suficientemente profuso como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible.

2.5.2.4 Infección

Las infecciones raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, deberá administrarse un antibiótico y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación. Como se discutió en la sección 1.6, el uso profiláctico de antibióticos para las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico ha demostrado una reducción en el riesgo de infecciones post-aborto (Sawaya y col. 1996) y debe proveerse cuando sea posible.

2.5.2.5 Perforación uterina

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se vio que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia (Kaali y col 1989). Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. En donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su

investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente genera alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

2.5.2.6 Complicaciones relacionadas con la anestesia

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración al vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre (Osborn y col. 1990, MacKay y col. 1985). Cuando se utiliza anestesia general, los profesionales deben tener la habilidad de estabilizar y manejar convulsiones, así como también el deterioro de la función cardio-respiratoria. Siempre debe disponerse de agentes que reviertan el efecto narcótico.

2.5.2.7 Secuelas a largo plazo

La vasta mayoría de las mujeres que tienen un aborto adecuadamente realizado no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto (Organización Mundial de la Salud).

Las investigaciones no han demostrado asociación entre un aborto inducido sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes. (Hogue y col. 1999). Existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre (Melbye y col. 1997). De acuerdo a una revisión minuciosa (Dagg 1991), las secuelas psicológicas adversas se presentan en un número muy pequeño de mujeres y parecen ser la continuación de condiciones pre-existentes.

3. Seguimiento

3.1 Período de recuperación

3.1.1 Métodos quirúrgicos de aborto

Durante el período de observación posterior a un aborto realizado quirúrgicamente, los profesionales deben brindarle a la mujer confort, apoyo y monitorizar su recuperación. Los profesionales de la salud deben prestar especial atención a la manifestación de dolor por parte de la mujer, dado que el dolor puede deberse a una perforación uterina o una hematometra- sangre retenida en el útero- la cual puede ser tratada mediante la inducción de contracciones uterinas con una droga ocitocica. Por lo tanto, particularmente con los abortos tardíos, es importante confirmar con examen bimanual el tamaño uterino a través de la pared abdominal. En ausencia de complicaciones, la mayoría de las pacientes pueden dejar el centro de salud tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales. Después de abortos llevados a cabo en etapas tardías del embarazo y después de una sedación importante o anestesia general, los períodos de recuperación pueden ser más largos y la mujer podrá requerir una observación más cercana.

Idealmente, las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico deben tener un control con un profesional entrenado 7-10 días después del procedimiento para evaluar su salud en general.

3.1.2 Métodos médicos de aborto

Tal como se describió con anterioridad, los protocolos de tratamiento para métodos médicos de aborto utilizados hasta las 9 semanas completas de embarazo generalmente requieren que la mujer permanezca 4-6 horas bajo observación clínica después de tomar la prostaglandina. Los profesionales deben revisar todos las toallas sanitarias y los lienzos de la cama utilizados durante la observación, para incrementar la posibilidad de confirmar un aborto durante ese período.

Para las mujeres en quienes no se confirma un aborto completo en ese momento, las que toman la prostaglandina en sus casas o aquellas que dejan la institución poco después de tomar la prostaglandina se debe programar una visita de control a los 10-15 días para confirmar que el aborto ha sido completo, que no hay infecciones y que no ha ocurrido ninguna otra complicación. En la mayoría de los casos, se confirmará el aborto completo en esta visita. Si no se confirma, la mujer podrá optar por una aspiración al vacío, aunque no es clínicamente necesario que lo haga, salvo que el examen físico, los síntomas clínicos o los estudios de laboratorio sugieran que el embarazo sigue su curso.

En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de 12 semanas completas de embarazo, todas las mujeres en estos casos deberían permanecer en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

3.2 Provisión de métodos anticonceptivos y asesoramiento para ITS.

Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Después de un aborto, pueden tenerse en cuenta todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se preste atención al perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos (ver Anexo 4). El diafragma y el capuchón cervical no deben ser utilizados hasta después de 6 semanas de un aborto del segundo trimestre y existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si el mismo se coloca en el momento de un aborto del segundo trimestre (Stanwood y col. 2001). Algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto (Organización Mundial de la Salud 2000b). Debe prestarse especial atención a aquellos casos en los que la mujer solicite esterilización, para asegurar que su elección no está influenciada por la crisis del momento y para evitar un futuro arrepentimiento.

Los centros donde se practiquen abortos deben tener la posibilidad de proveer la mayoría de los métodos en sus propias instalaciones. Si un centro no puede ofrecer el método elegido por la mujer (por ejemplo, la esterilización muy raramente se ofrece en centros de asistencia primaria), se le debe dar información sobre dónde y cómo acceder a él y ofrecerle un método temporal. Se debe informar a

todas las mujeres sobre la anticoncepción de emergencia y se debe considerar proveerla a aquellas mujeres que no elijan empezar con un método anticonceptivo de rutina inmediatamente.

Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH y la importancia de la utilización de preservativo. Se debe enfatizar particularmente la información sobre prevención de infecciones para aquellas personas con mayor riesgo, y en áreas de alta prevalencia de VIH. Se puede ofrecer una prueba voluntaria y asesoramiento, o bien derivar para una prueba de VIH y asesoramiento en otra institución. Se debe promover la protección doble, es decir el uso de métodos que protejan tanto de embarazos como de ITS.

3.3 Instrucciones de cuidado para después del aborto

Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, simples, oralmente y por escrito sobre como cuidarse después de dejar el centro de salud, incluyendo cómo reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica. Mientras esperan que se complete el aborto inducido por un método médico, las mujeres deben tener la posibilidad de ponerse en contacto con un médico o a un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo.

Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede experimentar un sangrado similar al menstrual o spotting durante varias semanas. Con un método médico de aborto, se le debe informar que puede

tener un sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante. Los síntomas que requieren atención clínica incluyen sangrado excesivo, fiebre que dura más de un día y dolor abdominal. Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, generalmente se calman a las 24 horas del aborto realizado por métodos quirúrgicos. El personal debe advertir a la mujer que puede sufrir dolores cólicos, los cuales pueden, por lo general, aliviarse con analgésicos que no requieren prescripción. La información para reconocer las complicaciones y cómo buscar ayuda debe estar disponible de una manera pictórica para aquellas mujeres que no saben leer.

Después de abortos del primer trimestre, la mayoría de las mujeres pueden retomar sus actividades y responsabilidades habituales dentro de horas o días.

La visita de control es una oportunidad para que el profesional hable con las mujeres sobre sus experiencias, si es necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen un aborto por razones médicas o como producto de una violación pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o desear asesoramiento adicional.

Referencias

- Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. (1998a) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human reproduction* 13: 2962-2965.
- Ashok PW, Flett GM and Templeton A. (1998b) Termination of pregnancy at 9-13 week's amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet* 352: 542-543.
- Blanchard K, Winikoff B, Coyaji K and Ngoc NTN. (2000) Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women's Association* 55: 189-190.
- Borgatta L and Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42: 287-293.
- Breitbart V. (2000) *Counseling for medical abortion*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183 (Suppl 2): S26-S33.
- Bugallo A, Mocumbi S, Faúndes A and David E. (2000) Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61: 47-50.
- Cade L and Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anesthesia & Intensive Care* 21: 93-96.
- Cameron IT and Baird DT. (1988) The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinológica (Copenhagen)* 118: 161-167.
- Cates W, Grimes DA and Schultz KF. (2000) Abortion surveillance at CDC: creating public health light of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19 (Suppl1): 12-17.

Costa SH and Vessy MP. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341: 1258-1261.

Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and costo of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62: 117-124.

Creinin MD and Aubény E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, pp. 91-106.

Dagg PKB. (1991) The psychological sequelae of therapeutic abortion- denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148: 578-585.

Dahl V, Fjellanger F and Raeder JC (2000). No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anesthesia. *European Journal of Pain* 4: 211-215.

Dickinson JE, Godfrey M and Evans SF. (1998) Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 7: 115-119.

Diniz EM, Corradini HB, Ramos JL and Brock R. (1978) Efietos sobre o conceito do metotrexato (ametofterina) administrado á mãe. Apresentacao de caso. *Revista do Hospital das Clinicas; Faculdade de Medicine a Universidade de Sao Paulo* 33: 286-290.

Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70: 145-149.

El- Refaey H and Templeton A. (1995) Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10: 475-478.

El-Rafaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L and Templeton A. (1995) Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New Englan Journal of Medicine* 382: 983-987.

Elul B, Ellerston C, Winikoff B and Coyaji K. (1999) Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception* 59: 107-114.

Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellerston C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357: 1402-1405.

Feldkamp M and Carey JC. (1993) Clinical teratology counseling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology* 47: 533-539.

Finn R, Clarke CA, Donohoe WTA, McConnell RB, Sheppard PM, Lehane D and Kulke W. (1961) Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1: 1486-1490.

Fonseca W, alencar AJ, Mota FS and Coelho HL. (1991) Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338: 56.

Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of the second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 79: 702-706.

Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Pa JA, Huson SM and Holmes LB. (1998) Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimestre of pregnancy. *Lancet* 351: 1624-1627.

Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.

Grimes DA and Cates W Jr. (1979) Complications form legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34: 177-191.

Grimes DA, Hulka JF and McCutchen ME. (1980) Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 137: 785-790.

Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC- a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.

Grimes DA, Schulz KF and Cates W Jr. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251: 2108-2112.

Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76: 129-135.

Hein A, Jakobson J and Ryberg G. (1999) Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologia Scandinavica* 43: 245-247.

Henshaw RC and Templeton AA. (1991). Pre-operative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU486). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98: 1025-1030.

Ho PC, Chan YF and Lau W. (1996) Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomized comparative trial. *Contraception* 53: 281-283.

Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL and Peipert JF. (1999) Answering questions about long-term outcomes. In Paul M, Lichtenber ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PD (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone, pp. 217-228.

Kaali SG, Szigetvari IA and Bartfai GS. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161: 406-408.

Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Schulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171: 1365-1372.

Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ER. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 14: 481-486.

MacKay HT, Schulz KF and Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66: 661-665.

Matambo J, Moodley J and Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89: 816.

McKinley C, Thong KJ and Baird DT. (1993) The effect of dose mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8: 1502-1505.

Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K and Andersen PK. (1997) Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336: 81-85.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8: 2139-2142

Ngai SW, Tang OS and Ho PC. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15: 2205-2208.

Ngoc NN, Winikoff B, Clark S, Ellerston C, Am KN, Hieu DT and Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25: 10-14 & 33.

Orioli IM and Castilla EE. (2000) Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 519-523.

Osborn JF, Arisi E, Spinelli A and Stazi MA. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6: 416-422.

Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imrie M. (1998) A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105: 599-604.

Peyron R, Aubéy E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ullmann A and Baulieu EE. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21: 1509-1513.

Powell HR and Ekert H. (1971) Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia* 2: 1076-1077.

RCOG-Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The Care of Women Requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.

Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87: 884-890.

Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ and Poppers S. (1999) Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Journal of Family Practice* 44: 353-360.

Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH y Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44: 353-360.

Schonhofer PS. (1991) Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet* 337: 1534-1535.

Schulz KF, Grimes DA and Cates W Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1: 1182-1184.

Singh K, Fong YF, Prasad RNV and Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92: 795-798.

Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and Mc Carthy MJ. (1979) Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 133: 489-498.

Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8: 45-51.

Sopwith W, Garner P, Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. *Liverpool School of Tropical Medicine*. Available online at: www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html.

Spitz IM, Bardin CW, Benton L and Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338: 1241-1247.

Stanwood NL, Grimes DA and Schulz KF. (2001) Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108:1168-1173.

Suprpto K and Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 108: 1168-1173

Swahn ML and Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95: 126-134.

Tang OS, Thong KJ and Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64: 29-32.

Thong KJ, Robertson AJ and Baird DT. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16, 16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44: 65-74.

Thonneau P, Fougeyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M and Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81: 59-63.

Trussell J and Ellerston C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60: 119-135.

UNDP/UNFPA/WHO/ World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (1997) Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters* 9: 162-166.

Urquhart DR and Templeton AA. (1990) Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet* 335: 914.

Urquhart DR, Templeton AA, Shinewi F, Chapman M, Hawkins K, McGarry J, Rodger M, Baird DT et al. (1997) The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study-final results. *Contraception* 55: 1-5.

Westfall JM, O'Brien-Gonzalez A and Barley G. (1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7: 991-995.

Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Xiao B, Gu S, Du MK, Krishna UR, Eschen A and Ellerston C. (1997) Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176: 431-437.

Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC and Ho PC. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 54:23-25.

World Health Organization. (1994) *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FHE/MSM/94.1)

World Health Organization. (1997) *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (1999) *HIV and pregnancy: a review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.15)

World Health Organization. (2000a) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

World Health Organization. (2000b) *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive methods*. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.02)

World Health Organization. (2001) *Fact Sheet 11: HIV and the workplace and universal precautions*. Geneva, World Health Organization. Available online at: www.who.int/HIV_AIDS/nursemidwives/fact-sheet-11.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1993) Termination of pregnancy with reduces doses of mifepristone. *British Medical Journal* 307: 532-537.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1994) Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. *Contraception* 50: 461-475.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (2000). Comparision of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 524-530.

■ Implementación de los servicios

Resumen

Planificar y manejar servicios de aborto requiere tomar en cuenta distintos factores, que son aplicables independientemente de las circunstancias bajo las cuales el aborto es legal, o de quién tiene la responsabilidad en la toma de decisiones y/o de su implementación dentro del sistema de salud. Estos factores se aplican sean los servicios públicos, privados o no gubernamentales. En la mayoría de los casos, adaptaciones menores de los recursos ya existentes, la adquisición mínima de equipos adicionales o la provisión de un entrenamiento básico, pueden permitir que estos servicios se provean en lugares donde previamente no existían o mejorar la calidad, seguridad, eficiencia y capacidad de los ya existentes. Estas adaptaciones deben basarse en una planificación cuidadosa que abarque:

- **Evaluación de la situación actual.** La misma no necesita ser extensa ni compleja. Los temas a revisar en dicha evaluación son: las leyes y regulaciones que rigen la disponibilidad y el acceso al aborto sin riesgo; la extensión y el nivel de los servicios actuales; la calidad de los servicios tal como se ofrecen actualmente, incluyendo los procedimientos que se utilizan para inducir el aborto y manejar las complicaciones del aborto inseguro, las características de las usuarias y las actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud.
- **Establecimiento de normas y criterios nacionales** que regulen la provisión de cuidado del aborto de calidad. Estas normas y estándares deben cubrir: tipos de servicio de aborto y dónde pueden suministrarse; equipamiento, medicación y capacidad de las

instalaciones esenciales; mecanismos de derivación; respeto por la decisión que toma la mujer, basándose en la información; autonomía, confidencialidad y privacidad, con atención a las necesidades especiales de las adolescentes y provisiones especiales para las mujeres víctimas de violación.

- **Definición de las habilidades,** entrenamiento, supervisión y proceso de certificación del profesional. En particular, debe establecerse claramente qué tipo de profesionales de la salud puede realizar un aborto. Otros detalles a atender incluyen los contenidos esenciales para el plan de estudios en servicios de aborto, criterios de supervisión y requerimientos de certificación y matrícula, para asegurar que los profesionales y las instituciones reúnan los criterios esenciales para llevar a cabo abortos sin riesgo.
- **Monitorización y evaluación de servicios.** Esto incluye la recolección de estadísticas del servicio e información de las pacientes, la utilización de listas de supervisión y estudios especiales esporádicos.
- **Financiamiento.** El presupuesto del servicio de salud deberá incluir los costos de los profesionales, programas de entrenamiento, instrumentos, suministros, medicación y costos de capital. También debe tenerse en cuenta que estos servicios deben ponerse al alcance de las mujeres que los necesiten. Los costos de agregar servicios de aborto sin riesgo a los ya existentes en los servicios de salud son por lo general módicos en relación al beneficio que significan para la salud de la mujer.

1. Evaluación de la situación actual

La evaluación permitirá identificar en qué lugar es necesario establecer los servicios y/o cómo pueden mejorarse los servicios ya existentes. El asesoramiento básico en el ámbito nacional, regional y local no necesita ser extenso ni complejo. En la mayoría de los casos, la información necesaria la proveerán una revisión de la información existente, la consulta con todos los participantes importantes (incluyendo funcionarios del Ministerio de Salud, proveedores de servicios, mujeres, representantes relevantes de la sociedad civil y organismos técnicos y donantes) y la observación de la administración de los servicios en distintos niveles del sistema de salud. Las referencias que aportan detalles sobre estos enfoques (técnicas rápidas de evaluación y análisis de situación) están enumeradas en el anexo 1.

Una metodología que ha sido usada efectivamente en distintos países es el Enfoque Estratégico para Mejorar la Calidad del Cuidado de los Servicios Reproductivos de Salud (Organización Mundial de la Salud 1999, Organización Mundial de la Salud 2002a). El Enfoque Estratégico se basa en la creación de un equipo de evaluación que represente a un amplio rango de participantes y que conduzca una evaluación de campo de las tecnologías disponibles, la calidad de los servicios que se proveen y las necesidades y perspectivas de las mujeres.

Cualquiera sea el enfoque de la evaluación que se use, es importante que se incorporen múltiples perspectivas. Esto ayuda a asegurar que las

recomendaciones y planes basados en la evaluación sean ampliamente aceptados y, por ende, más factibles de ser implementados. Es importante incluir las perspectivas de las usuarias y potenciales usuarias sobre los servicios, dado que ellas son la principal fuente para identificar las barreras que existen para el uso de los mismos. Es también importante que la evaluación examine el acceso de las personas a los servicios de salud reproductiva en general y, específicamente, su acceso a información y servicios anticonceptivos, porque esto tiene un impacto en la incidencia de embarazos no deseados. Cuando la evaluación incluye la observación directa de la mujer y el proveedor, es esencial obtener previamente consentimiento informado de ambos.

A continuación se enumeran ejemplos de preguntas a formular a través de una evaluación. Las fuentes típicas de información para responder estas preguntas son los archivos de los servicios de salud (tanto locales como nacionales), informes al Ministerio de Salud, estudios de ciencias sociales, locales o nacionales, sobre las perspectivas de los proveedores y/o los usuarios y, con ciertas limitaciones en extensión, las Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales de salud. Mucho se puede recoger de la revisión de la literatura existente, pero en la mayoría de los casos dicha revisión deberá ser complementada con información que surja de una evaluación rápida. Con todas estas fuentes, es importante notar que el sub-registro de abortos es común, ya sean estos legales o ilegales, sin riesgos o inseguros.

a) ¿Cuáles son las leyes, políticas y regulaciones, incluyendo las políticas clínicas, que rigen la disponibilidad y el acceso al cuidado del aborto sin riesgos?

Los profesionales de la salud y el público pueden asumir que la ley es más restrictiva de lo que es en realidad y, por ende, los servicios pueden no estar disponibles o las mujeres pueden no tener el acceso al que tienen derecho por ley. Alternativamente, los profesionales de la salud pueden estar al tanto de la ley, pero no ponerla en práctica por distintas razones. Un examen cuidadoso del texto de la ley y de cómo se ejecuta en la práctica, por parte de expertos legales y especialistas en salud pública, es un paso importante en la evaluación.

- Por ejemplo, en lugares donde las leyes y políticas requieren la autorización o certificación de un tercero, tales como los comités de aborto hospitalarios, autorización marital o certificación médica o policial de violación, la evaluación rápida probablemente revele demoras excesivas que provocan daño a la salud de la mujer. La evaluación puede sugerir oportunidades o enfoques para modernizar los procedimientos y/o informar más claramente al público, abogados, jueces y médicos sobre cuándo una mujer es elegible para estos servicios y cómo puede acceder a los mismos. Llevar a cabo estos cambios puede demorar, pero se ha sido realizado exitosamente en algunos países (Veira Villela y de Oliveira Araujo 2000, Billings y col. 2002).

b) ¿Cuál es la incidencia del aborto legal y de las complicaciones del aborto inseguro? ¿Quién está usando los servicios disponibles y quién no tiene acceso?

Estimar la incidencia del aborto inseguro y el número de abortos legales que se llevan a cabo actualmente puede ser difícil, especialmente en aquellos lugares donde se restringe el acceso al aborto legal. Sin embargo, en casi todas las situaciones, hay estudios de ciencias sociales que a menudo proveen información que puede ayudar a establecer un cuadro general de la situación (Mundigo e Indriso 1999). Las estadísticas de los servicios de salud pueden proveer una estimación de los abortos legales y el número de admisiones hospitalarias como consecuencia de complicaciones de abortos inseguros. Pueden existir datos de encuestas, por ejemplo de DHS, sobre la extensión de embarazos no deseados o que se producen en un momento inoportuno. En donde se halle disponible, información sobre la edad, estado civil y nivel socio-económico de las mujeres que utilizan los servicios de aborto legales y aquellas que sufren complicaciones producidas por los abortos inseguros, indicará qué mujeres utilizan actualmente el servicio. Esta información puede usarse después para adaptar el diseño del programa.

- Por ejemplo, si la información sobre mujeres tratadas por las complicaciones resultantes de un aborto inseguro revela que las mismas se encuentran por debajo de los 25 años, quienes elaboran las políticas y planifican los programas deberán desarrollar estrategias para ofrecer a la gente joven información y educación sobre salud sexual

y reproductiva y sobre la disponibilidad de servicios de anticoncepción y aborto. Información adicional sobre las actitudes de los profesionales de la salud puede sugerir la necesidad de una capacitación adicional para que sean más abiertos y menos prejuiciosos con las adolescentes y adultas jóvenes.

c) ¿Dónde se prestan los servicios de aborto legales en la actualidad?

¿Están disponibles en el ámbito de atención primaria, secundaria o sólo a nivel terciario? ¿Son instituciones públicas, privadas o no gubernamentales? ¿Los servicios se proveen en todo el país? ¿Son autónomos o están integrados a otros servicios de salud? ¿Qué proporción de abortos se realizan en cada una de estas instituciones?

- La evaluación puede indicar que los servicios están disponibles principalmente sólo en hospitales urbanos. En este caso, la prioridad inicial podría ser entrenar y equipar al personal de instituciones de menor nivel, incluyendo aquellas en áreas rurales, al menos para proveer procedimientos para el primer trimestre y una derivación efectiva en casos más complicados.

d) ¿Cuál es la calidad actual de la atención en los servicios de prestación de aborto?

¿Qué procedimientos se utilizan para inducir el aborto y manejar las complicaciones del aborto inseguro en distintas etapas del embarazo? ¿Cuál es la calidad técnica de estos servicios? ¿Se ofrece a la mujer información apropiada? ¿Las mujeres

reciben asesoramiento y servicios anticonceptivos antes y después del aborto? ¿Existen variaciones en la calidad del cuidado en distintos niveles del servicio o en diferentes regiones del país? Algunos de estos datos pueden obtenerse de los registros del sistema de salud. Una revisión de los protocolos del servicio indicará si, en lo que atañe a las políticas, los patrones de calidad del cuidado son claros y si la mujer recibe información y servicios anticonceptivos después del aborto. Una evaluación rápida determinaría si las prácticas cumplen con los patrones.

- La observación directa de los servicios durante la evaluación puede revelar una calidad deficiente en la atención, por ejemplo, falta de los suministros necesarios, no poder asegurar la privacidad, o una habilidad técnica deficiente por parte del proveedor. Esas fallas pueden solucionarse, por ejemplo, invirtiendo en sistemas de logística o mejorando la capacitación y supervisión.

e) ¿Cuáles son las actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud con relación al aborto?

¿Qué conocimiento tienen de la ley y las técnicas clínicas y sobre dónde se pueden obtener los servicios? ¿En qué medida coinciden sus respuestas con las prácticas identificadas por el equipo durante la evaluación rápida?

En la mayoría de los países, los datos sobre estos aspectos son limitados, pero es importante reunirlos, dado que las actitudes y prácticas de los profesionales de la salud son importantes para determinar el acceso de las mujeres a servicios legales y sin riesgos.

- Por ejemplo, la evaluación puede revelar que algunos proveedores, o potenciales proveedores, tienen un sentimiento ambivalente o negativo con relación al aborto, aún cuando el mismo sea legal a requerimiento de la mujer (Dickson-Tetteh y col. 2000). En este caso, los planificadores de programas deben ver cómo las mujeres elegibles pueden acceder a los servicios.

f) ¿Cuáles son los conocimientos y perspectivas de las mujeres sobre el aborto y los servicios de aborto?

Los conocimientos y percepciones de las mujeres sobre los servicios y el contexto social también pueden representar una barrera para el uso de los servicios a los que tienen derecho. Hay estudios que demuestran que a menudo las mujeres le temen al maltrato, a la actitud negativa del marido o pareja, o a la condena social (Mundigo e Indriso 1999), todo lo cual inhibe su búsqueda de cuidados. Una evaluación también debe determinar si la mujer conoce sus derechos con relación al aborto y su costo, tanto en el sector privado como en el público.

- Por ejemplo, si la evaluación rápida revela que a las mujeres no les gustan los servicios públicos y no los utilizan por distintas razones, por ejemplo, falta de confidencialidad / privacidad, temor a la crítica o percepción de una mala calidad de atención, los directores y planificadores de los programas deberán tomar medidas para mejorar la calidad del cuidado. Esto podría lograrse renovando la capacitación de los proveedores, a fin de actualizar sus habilidades técnicas y de comunicación.

g) ¿Cuál es el costo de un aborto sin riesgos para el sistema de salud? ¿Cuál es el costo de tratar las complicaciones de un aborto inseguro?

Se puede tener información de los costos directos a través de los registros de los servicios de salud, o mediante una rápida encuesta de los servicios públicos y privados de salud. Se puede obtener información más completa sobre los costos a través de estudios realizados en mayor profundidad. La estimación de los costos en un año en una institución determinada es adecuada a los fines de una evaluación inicial (King y col. 1998). La información también puede ser analizada aplicando herramientas de costos desplegadas en una planilla (ver Anexo 1).

- Esta información servirá para guiar una toma de decisiones racionales sobre qué servicios pueden ofrecerse en cada nivel del sistema de salud y qué métodos pueden incluirse en cada nivel.

2. El establecimiento de normas y criterios nacionales

En muchos países, no existen normas ni criterios escritos para la administración de servicios de aborto y en estas situaciones es necesario establecerlos. En donde ya existen, se deben revisar regularmente, de manera tal de asegurar que los patrones reflejen la nueva evidencia de la mejor práctica. Las normas y criterios deberán enmarcarse para asegurar que servicios de aborto de buena calidad estén disponibles hasta donde lo permite la ley. Deben establecerse criterios para proveer los elementos esenciales de la administración de cuidados del aborto de buena

calidad por parte de organismos públicos, privados y no gubernamentales, incluyendo:

- Tipos de servicios de aborto y dónde se proveen;
- Equipamiento, suministros, medicamentos y capacidades físicas esenciales;
- Mecanismos de derivación;
- Respeto de la decisión que toma la mujer basándose en la información, su autonomía y la confidencialidad y privacidad, con especial atención a las necesidades de las adolescentes.
- Provisiones especiales en el caso de mujeres víctimas de violación.

2.1 Tipos de servicios de aborto y dónde se proveen

Establecer servicios de aborto en el ámbito primario puede mejorar el acceso de las mujeres elegibles. Entrenar y equipar a los profesionales de la salud en el ámbito primario para proveer servicios de aborto temprano y realizar una derivación oportuna puede, por lo tanto, ser una de las mayores inversiones a tener en cuenta. En aquellos lugares donde todavía no existe la capacidad de proveer servicios de salud reproductiva de calidad en el ámbito primario, un paso mínimo es crear mecanismos efectivos de derivación desde el nivel primario a niveles superiores.

En todos los casos, es esencial contar con un sistema de derivación que funcione bien (ver sección 2.3). Se pueden usar centros de mayor nivel, con una inversión adecuada en

equipamiento y capacitación, para entrenar a profesionales de centros de menor nivel, extendiendo así el alcance geográfico a través del sistema de salud.

En aquellos lugares donde los servicios existen, pero son de baja calidad, el primer paso será evaluar las razones principales de las falencias y desarrollar e implementar recomendaciones. Éstas puede incluir volver a capacitar al personal o mejorar la infraestructura y el equipamiento en todos los niveles del sistema. En la mayoría de los casos, es probable que la estrategia más fácil y de menor costo sea integrar los servicios de aborto a los de salud reproductiva ya existentes.

2.1.1 Nivel comunitario

Los profesionales de la salud de la comunidad juegan un rol importante para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, a través de la información y provisión de anticonceptivos, y explicándoles las consecuencias del aborto inseguro. También deben estar capacitados para informar a las mujeres sobre cómo obtener un aborto sin riesgos y legal sin retrasos indebidos y para derivar a aquellas con complicaciones producidas por un aborto inseguro para su tratamiento adecuado.

2.1.2 Centros de nivel primario

Los centros de atención primaria por lo general cuentan con una capacidad médica limitada y algunos profesionales de la salud entrenados. Tanto la aspiración al vacío como los métodos de aborto médico pueden considerarse en este nivel, dado que no requieren internación.

El personal por lo general incluye enfermeras, obstetrices, asistentes de salud y, en algunos lugares, médicos. El personal de salud que ya ha sido entrenado y demuestra habilidad para llevar a cabo un examen pélvico bimanual a fin de reconocer signos de embarazo y para realizar procedimientos transcervicales como colocar un DIU está en condiciones de ser entrenado para realizar una aspiración al vacío (Freedman y col. 1986, Greenslade y col. 1993). En aquellos lugares donde el aborto médico esté registrado y disponible, dicho personal también puede administrar y supervisar el tratamiento (Coyaji 2000).

Al igual que en el parto normal y el aborto espontáneo, se debe poder realizar una derivación, a fin de asegurar un rápido y mejor nivel de cuidado, si es necesario. Por esta razón, el personal entrenado debe estar disponible durante y después de las horas de atención para casos de necesidad.

2.1.3 Hospitales de distrito (primer nivel de derivación)

Los hospitales de distrito deben ofrecer todos los servicios de aborto delineados en el nivel primario de atención en la Tabla 3.1, aún cuando dichos servicios estén también disponibles en niveles más bajos de cuidado. Raramente se requieren elementos especializados para el aborto y no deberían utilizarse rutinariamente en un servicio de aborto, especialmente en aquellos lugares donde los recursos son limitados. Por ejemplo, la utilización de rutina de equipos especializados, como un ecógrafo para abortos tempranos, aumenta los costos del sistema de salud y no es

necesaria para la realización de un aborto temprano (RCOG 2000). La anestesia general no debe ser usada normalmente para abortos tempranos, dado que aumentan los riesgos y los costos del procedimiento (Lawson y col. 1994). Por ende, los hospitales deberían ofrecer el cuidado del aborto de manera ambulatoria, lo cual es seguro, minimiza los costos y es más conveniente para la mujer.

Los hospitales de derivación que están equipados y cuentan con personal para brindar cuidados obstétricos de emergencia están en condiciones de manejar las complicaciones del aborto. Por lo tanto, deben estar preparados para recibir derivaciones relacionadas con abortos que realicen los centros de salud del área de cobertura.

2.1.4 Hospitales de derivación secundarios y terciarios

Los hospitales secundarios y terciarios deberán contar con el personal y la capacidad física para realizar un aborto en todas las circunstancias permitidas por la ley y para manejar todas las complicaciones del aborto inseguro. La realización de abortos en hospitales escuela es particularmente importante, para asegurar que un conjunto relevante de profesionales sea competente en la prestación de servicios de aborto durante las rotaciones de entrenamiento clínico.

Tabla 3.1 *Tipos de servicios adecuados para cada nivel del sistema de salud*

Nivel comunitario

- Educación e información de salud pública sobre salud reproductiva, incluyendo planificación familiar y aborto.
- Distribución adecuada de métodos anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia.
- Todos los profesionales de la salud entrenados para proveer información y derivación a servicios de aborto legal.
- Todos los profesionales de la salud entrenados en reconocer las complicaciones del aborto y derivar rápidamente para su tratamiento.
- Transporte a servicios de aborto y tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro.
- Todos los profesionales de la salud (y otros profesionales claves de la comunidad como policías o maestros) entrenados para reconocer los signos de violación o incesto en niñas o mujeres y derivarlas a servicios de salud u otros servicios sociales.

Nivel de atención primaria

- Todos los elementos de cuidado mencionados en el nivel comunitario.
- Todos los profesionales de la salud que provean servicios de salud reproductiva deben estar entrenados para aportar asesoramiento en planificación familiar, embarazos no deseados y abortos.
- Un rango más amplio de métodos anticonceptivos (incluyendo, por ejemplo, DIUs e inyectables).
- Aspiración al vacío hasta 12 semanas completas de embarazo (ver Capítulo 2)
- Métodos médicos de aborto hasta las 9 semanas completas de embarazo (ver Capítulo 2).
- Estabilización clínica y provisión de antibióticos para mujeres con complicaciones por abortos inseguros.
- Aspiración al vacío para abortos incompletos.
- Derivación y transporte rápido para mujeres que necesiten servicios para el aborto o para el manejo de complicaciones que no puedan proveerse en el lugar.

Hospitales de distrito

- Todos los elementos del cuidado del aborto mencionados en el nivel de atención primaria.
- Esterilización, además de otros métodos anticonceptivos.
- Servicios de aborto para todas las circunstancias y etapas del embarazo en las que esté permitido por ley.
- Manejo de las complicaciones del aborto.
- Información y programas que alcancen toda el área de cobertura.
- Entrenamiento de todos los cuadros relevantes de profesionales de la salud (pre-servicio y en servicio) sobre la provisión de servicios de aborto.

Hospitales de derivación (secundarios y terciarios)

- Todos los elementos del cuidado del aborto mencionados en los niveles previos.
- Manejo de todas las complicaciones del aborto, incluyendo aquellas que no pueden manejarse a nivel del distrito.

2.2 Equipamiento, suministros, medicación y capacidades físicas esenciales.

La siguiente tabla (Tabla 3.2) ofrece un resumen sobre qué se necesita para proveer servicios de aborto en los distintos niveles del sistema de salud. La mayoría de los suministros, equipamientos e infraestructura necesaria para la aspiración al vacío y los métodos médicos de aborto son los mismos que aquellos necesarios para el cuidado ginecológico y la anticoncepción clínica. En el Anexo 3 se incluye una lista detallada del equipamiento y suministros esenciales para la aspiración al vacío manual. En otro lugar, se pueden encontrar detalles sobre las drogas necesarias para el manejo de complicaciones, por ejemplo, la ocitocina, fluidos endovenosos y antibióticos (Organización Mundial de la Salud).

Estos instrumentos y medicaciones deben incluirse de rutina en los sistemas de planificación, presupuesto, solicitud, distribución y manejo. Los criterios para determinar qué instrumentos usar son: calidad, durabilidad, posibilidad de que el sistema asegure una disponibilidad y mantenimiento regulares a lo largo del tiempo, y costos.

La introducción de la aspiración al vacío puede ayudar a que los sistemas de salud aumenten la disponibilidad y accesibilidad al aborto, dado que la facilidad de su uso la hace apropiada para centros en el ámbito de la atención primaria. Además, los costos son relativamente bajos (Lean y col. 1976). Estudios de costos sobre la aspiración al vacío manual se llevaron

a cabo cuando se la introdujo para el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro. Estos estudios demuestran una reducción sustancial de los costos con el uso de la aspiración al vacío manual, así como también una mejor calidad del cuidado (Anónimo 2000, Brambila y col. 1999, El Shafei y col. 1999). Las consideraciones programáticas y de recursos pueden influir sobre la decisión de qué método de aspiración al vacío ofrecer. En los hospitales y otros centros donde se realiza un alto número de abortos, la aspiración al vacío eléctrica puede ser más eficiente que la aspiración al vacío manual. Sin embargo, en aquellos lugares donde se utiliza la aspiración al vacío eléctrica y la fuente de electricidad es poco confiable, es esencial disponer de la aspiración al vacío manual como soporte. La aspiración al vacío ha sido ampliamente aceptada por los proveedores en distintos lugares (Bradley y col. 1991, Ekwempu 1990, Population Council 2000^a, Population Council 2000b, University of North Carolina 2001).

Tabla 3.2 *Instrumentos, medicación y requerimientos físicos para el aborto.*

Método	Instrumentos y medicación	Requerimientos físicos
Aspiración al vacío	- Instrumentos y suministros médicos y ginecológicos básicos (por ejemplo espéculos, pinzas de aro, solución antiséptica, gasas o hisopos, guantes), tenáculo. - Dilatadores mecánicos (Pratt o Denniston), dilatadores osmóticos, o misoprostol para dilatación cervical - Agujas y anestesia local para bloqueo paracervical - Analgésicos - Succión: aspiración al vacío manual o eléctrica y tubuladuras. - Cánulas: flexibles o rígidas, anguladas o rectas de diferentes tamaños. - Coladera y recipiente de vidrio para la inspección del tejido.	- Instrumentos y medicación - Área privada para asesoramiento. - Área de tratamiento limpia que ofrezca privacidad. - Mesa de examen con soporte para las piernas o estribos. - Cama. - Banqueta para el proveedor. - Agua limpia. - Luz potente. - Suministros para la limpieza y descontaminación y alto nivel de desinfección de los instrumentos - Recipiente para material descartable. - Baños adecuados
Métodos médicos de aborto	- Instrumentos y suministros médicos y ginecológicos básicos (por ejemplo, espéculos, gasas o hisopos, paños para menstruación, guantes) - Dependiendo del protocolo utilizado: - Mifepristone + misoprostol o gemeprost - Analgésicos - Recipiente de vidrio para la inspección del tejido.	- Área privada para asesoramiento - Área privada con sillas para esperar la expulsión que esté separada de aquella donde las mujeres están dando a luz. - Baños adecuados - Capacidad de realizar aspiración al vacío o derivar para la misma.
D&E	- Todos los puntos enumerados para la aspiración al vacío y: - Dilatadores y cánulas más grandes - Pinzas especiales (por ejemplo, Sophor o Bierer) para procedimientos tardíos - Ocitocina	- Todos los puntos enumerados para la aspiración al vacío

Los instrumentos para la aspiración al vacío manual están diseñados ya sea para un uso único o para múltiples usos. En aquellos lugares donde los instrumentos serán reutilizados, es esencial comprar aquellos que resistirán el uso y la limpieza repetida. Los instrumentos para uso único tienen la ventaja de asegurar la esterilidad del equipo y por ende la seguridad de la mujer, y de ser también convenientes para el proveedor. La desventaja es que los suministros cuestan más y deben estar regularmente disponibles. También deben ser cuidadosamente colocados, a fin de evitar riesgos para la salud de los profesionales y la comunidad. Los equipos reutilizables disminuyen los costos en términos de suministros, pero debe asegurarse una limpieza y desinfección rigurosa después de su uso (ver Capítulo 2, Sección 2.5.1).

2.2.1 Requerimientos regulatorios para drogas y dispositivos

Cada país tiene requisitos regulatorios específicos para el registro e importación de drogas. Sin embargo, la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, la cual ha sido adaptada en muchos países como una Lista Nacional de Drogas Esenciales, incluye analgésicos no narcóticos, tales como los antiinflamatorios no esteroideos (por ejemplo, el ibuprofeno), tranquilizantes (por ejemplo, el diazepam) y anestésicos locales (la lidocaína) (Organización Mundial de la Salud 2002b). La inclusión en la lista nacional de drogas esenciales significa que la droga está registrada y disponible en el país. En lugares donde la droga no esté registrada, algunos países permitirán la importación a través del Plan de Certificación de la OMS sobre la calidad de los productos farmacéuticos

que se mueven en el comercio internacional (ver Anexo 1 para información on-line).

Algunos países, pero no todos, también tienen requerimientos de registros para dispositivos médicos. Los directores de programas deben verificar si se requiere el registro del producto antes de la importación de dispositivos, tal como el kit de aspiración al vacío manual.

Los productos enumerados en la Tabla 3.2, que son específicos para la provisión de servicios de aborto, deben ser incluidos en el programa de manejo logístico de los suministros médicos y estar disponibles para aquellos centros de salud que los requieran.

2.3 Mecanismos de derivación

Para proveer servicios de aborto sin riesgo, es extremadamente importante que funcione bien un sistema de derivación. Todo el personal de centros, clínicas u hospitales debe tener la posibilidad de derivar a la mujer para un tratamiento adecuado, si no se puede ofrecer el mismo en el lugar. Se deben establecer mecanismos de derivación y transporte entre los distintos niveles del sistema de salud, para asegurar que (a) las mujeres que necesitan los servicios puedan obtenerlos en el tiempo oportuno, y (b) las mujeres que necesiten cuidados como consecuencia de complicaciones de un aborto inseguro los reciban rápidamente. Si la mujer que se presenta con un embarazo no deseado no es elegible para un aborto legal, es esencial que los profesionales de la salud puedan brindar apoyo, información y/o consejos para ayudarla a planificar la continuación del embarazo y derivarla para cuidados prenatales.

Los elementos claves para el funcionamiento de un sistema de derivación y transporte incluyen:

- Criterios de procedimiento para determinar cuándo es necesaria la derivación y cómo llevarla a cabo, incluyendo los arreglos para el transporte.
- Criterios de procedimiento para que los centros acepten y traten a las mujeres que han sido derivadas y para informar al centro de derivación.
- Normas para manejar información sobre la paciente y asegurar tanto un cuidado apropiado y sin riesgos, como confidencial.
- Normas para evaluar la necesidad de que la paciente sea derivada a otros tipos de servicios, tales como los de ITS o VIH, servicio social o asesoramiento y servicios jurídicos para las mujeres víctimas de violación.

2.4 Respeto por la decisión que toma la mujer basándose en la información, la autonomía, y la confidencialidad y privacidad, con especial atención a las necesidades de las adolescentes.

Las normas, criterios y regulaciones nacionales deben apoyar tanto la capacidad de la mujer para ejercer sus derechos reproductivos y demás derechos, como el cumplimiento de las obligaciones éticas por parte de los profesionales de la salud. Dentro del marco de las leyes nacionales de aborto, las normas y criterios deben incluir protección para: la toma de decisiones libre y basada en la información, la autonomía en la toma de decisiones, la confidencialidad y privacidad (Cook y Dickens

2000). Estos criterios son reforzados por los estándares internacionales de derechos humanos contenidos, entre otros, en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer.

2.4.1 Toma de decisión libre y basada en la información

Las mujeres que intentan resolver el problema de un embarazo no deseado pueden sentirse a menudo en una posición de vulnerabilidad, especialmente frente a los servicios de salud. Necesitan ser tratadas con respeto y comprensión. Por lo tanto, los proveedores de salud deben ser un apoyo para la mujer y brindarle información de modo tal que pueda entenderla y recordarla, y pueda así tomar la decisión de realizarse o no un aborto, dentro de lo permitido por la ley, libre de inducción, coerción o discriminación.

Los profesionales de la salud también deben estar atentos a situaciones en las que la mujer esté sometida a presión para realizarse un aborto en contra de su voluntad, basada, por ejemplo, en su estado de salud, como el estar infectada por el HIV. En estos casos, el proveedor debe esforzarse para asegurar una toma de decisión completamente informada y libre.

Los profesionales de la salud tienen el derecho a negarse a realizar un aborto por razones de conciencia, pero tienen la obligación de seguir los códigos de ética profesional, los cuales generalmente requieren que los profesionales de la salud deriven a las mujeres a colegas capacitados, que no estén en principio en contra de la intención

interrupción del embarazo permitida por la ley. Si no hay ningún proveedor alternativo, el profesional de salud deberá realizar el aborto para salvar la vida de la mujer o para prevenir daños permanentes a su salud, en cumplimiento de la ley nacional.

Cuando un hospital, clínica, o centro de salud ha sido designado como una institución pública que ofrece servicios permitidos por la ley, no se puede poner en peligro la vida o salud de la mujer negándole esos servicios. Se deben proveer los servicios de aborto en toda la extensión permitida por la ley.

2.4.2 Autonomía en la toma de decisión (autorización de una tercera parte)

El principio ético fundamental del respeto por las personas es respetar su autonomía. Por autonomía se entiende que una persona adulta, mentalmente competente, no requiere el consentimiento (autorización) de un tercero, como el marido o la pareja, para acceder a un servicio de salud. Por ende, los proveedores de salud no deben imponer como requerimiento la autorización del marido, a no ser que así lo requieran las leyes promulgadas o las regulaciones relacionadas con esta materia.

El respeto hacia las personas también involucra la obligación de proteger a aquellas que son vulnerables. Pueden considerarse particularmente vulnerables las mujeres solteras, las adolescentes, aquellas que viven en extrema pobreza y las víctimas de violencia familiar. El estigma y la discriminación que se asocian con discapacidades físicas o mentales o con el estado de salud, por ejemplo la infección por HIV, son muy comunes y pueden usarse para presionar a las mujeres a que se

realicen un aborto. Los proveedores de salud tienen la obligación ética de asegurar que dichas mujeres reciban los servicios de salud que necesitan.

Con respecto al consentimiento (autorización) de los padres en el caso de menores, casi todos los gobiernos han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño (Convention on the Rights of the Child - CRC). El artículo 5 de la Convención dice que «Los estados miembros deben respetar las responsabilidades, derechos y deberes de los padres....a proveer, de manera compatible con las capacidades evolutivas de los niños, una guía y dirección apropiadas para el ejercicio por parte del niño de los derechos reconocidos en esta Convención». Sin embargo, el Artículo 3, que contiene uno de cuatro principios generales que gobiernan la implementación de todos los artículos de la Convención, sostiene que «en todas las acciones que involucren a los niños (definidos como todo ser humano menor de 18 años), así sean llevadas a cabo por instituciones de bienestar social públicas o privadas, por tribunales de la ley, autoridades administrativas o cuerpos legislativos, la primera consideración será el interés del niño».

Consideraciones especiales para adolescentes

Las adolescentes generalmente carecen de conocimiento sobre la sexualidad, cómo ocurre un embarazo, cuáles son los signos de un embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. En particular, las adolescentes jóvenes y las solteras pueden no admitir haber tenido relaciones sexuales ni, por lo tanto, la probabilidad de embarazo. Pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con los adultos y en acceder y utilizar los servicios de salud para encarar sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las adolescentes necesitan un ambiente de apoyo, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

Los proveedores de servicios de salud deben superar su posible incomodidad frente a la sexualidad adolescente, en particular con las adolescentes solteras, dado que es una realidad en muchos lugares. También necesitan conocimientos y habilidades apropiadas para manejar a las adolescentes, lo cual incluye una especial habilidad para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, deben ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Pueden necesitar repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración. Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimular a la adolescente a hablar. Es esencial que los proveedores de los servicios garanticen claramente la confidencialidad, asegurándole a las adolescentes que no se compartirá la información de su consulta al centro de salud con nadie.

Se pueden necesitar servicios de salud «amigables para adolescentes», para asegurar que éstas tengan acceso a los servicios necesarios. Frecuentemente, esto se puede lograr mediante una reorientación de los servicios ya existentes que apunte a cubrir mejor las necesidades de las adolescentes. Esto puede implicar asegurar que los servicios estén abiertos en el momento y lugar donde las adolescentes puedan utilizarlos y que los costos sean accesibles. Las adolescentes y sus familias deben enterarse de la existencia de estos servicios y el apoyo de la comunidad generalmente es de ayuda para esto.

Los profesionales de la salud deben alentar a las menores a consultar con sus padres, u otra persona mayor en la que confíen, sobre su embarazo. Si la joven dice que no es posible (por ejemplo, uno de los padres es abusivo), los proveedores de servicios no necesitan el consentimiento de los padres, a no ser que así lo requiera la ley vigente o sus regulaciones. Los proveedores de salud deben estar entrenados en cómo informar, asesorar y tratar a las adolescentes según sus capacidades evolutivas para entender los tratamientos y opciones de cuidados que se le están ofreciendo, y no según un corte de edad arbitrario.

2.4.3 Confidencialidad

Los proveedores tienen el deber de proteger la información de la paciente y no divulgarla sin autorización. También deben asegurarse de que las pacientes que realmente autorizan que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara.

El temor a que la confidencialidad no se mantenga disuade a muchas mujeres - particularmente adolescentes y solteras- de la búsqueda de servicios de cuidado de la salud y puede llevarlas a proveedores clandestinos y peligrosos o a una autoinducción del aborto. A no ser que la mujer explícitamente apruebe la consulta del proveedor con su esposo, padre o cualquier otra persona que no es esencial para asegurar un cuidado seguro y apropiado, dicha consulta constituye una ruptura seria de la confidencialidad.

2.4.4 Privacidad

Los directores de servicios de salud deben asegurar que las instalaciones provean el mayor grado de privacidad posible, tanto para conversar con la paciente, como para brindar los servicios. La privacidad puede lograrse mínimamente, por ejemplo, realizando un solo procedimiento por vez en una habitación, colocando cortinas en ventanas y puertas y cubriendo a la mujer con lienzos simples de tela o papel durante el procedimiento.

2.5 Cuidados especiales para mujeres víctimas de violación

Las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, y todos los niveles del sistema de salud deben poder ofrecer un cuidado y apoyo apropiados.

Deben elaborarse normas y criterios para la realización de un aborto en dichas circunstancias y se debe proveer entrenamiento. Estos criterios no tienen por qué imponer procedimientos administrativos ni judiciales innecesarios, tales como obligar a la mujer a elevar cargos o identificar al violador (Billings y col. 2002) (ver también Capítulo 4). Los criterios deberían idealmente ser también parte de normas y criterios exhaustivos para el manejo general de las sobrevivientes a una violación, y cubrir el cuidado físico y psicológico, la anticoncepción de emergencia, el tratamiento para las heridas o las ITSs, la recolección de evidencia forense, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento. (Organización Mundial de la Salud y el Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas 2002).

3. Asegurar las capacidades y desempeño de los proveedores

3.1 Capacidades y entrenamiento de los proveedores

Para que todas las mujeres elegibles puedan acceder a servicios de aborto sin riesgo y legales, probablemente se requiera involucrar a profesionales de la salud de nivel medio, dado que, en muchas partes del mundo, no se dispone de un número suficiente de médicos entrenados. En numerosos países, se ha capacitado a proveedores de nivel medio, tales como obstetrices y otros trabajadores de la salud que no son médicos, para brindar un cuidado de calidad del aborto y del post-aborto. (Billings y col. 1999, Dickson-Tetteh y col. 2000, Population Council 2000b, University of North Carolina 2001, Yumkella y Githiori 2000). Un estudio comparativo no ha mostrado diferencia en las tasas de complicaciones entre mujeres que tuvieron un aborto del primer trimestre realizado mediante aspiración al vacío manual por un auxiliar médico y aquellas cuyos procedimientos fueron realizados por un médico (Freedman y col 1986).

Los profesionales de la salud competentes para realizar un servicio de aborto básico pueden ser capacitados para brindar un cuidado más complejo. Por ejemplo, a aquellos profesionales de la salud que realizan abortos hasta nueve semanas de embarazo, se los puede entrenar para realizar abortos en etapas más avanzadas. Aquellos proveedores que realizan la aspiración al vacío para abortos incompletos pueden aprender a utilizar la

técnica para un aborto sin riesgo con un mínimo entrenamiento adicional.

La capacitación requerida para un aborto sin riesgo debe incluirse en los programas de estudio que se dictan en el pregrado y en el servicio, a los proveedores de salud que tienen permitido realizar abortos. La habilidad para reconocer y tratar las complicaciones del aborto debe ser incluida en los planes de estudio de todos los proveedores del cuidado de la salud que traten a mujeres. Todo el personal también debe recibir una actualización periódica de estas habilidades.

Al hablar de proveedores de nivel medio, nos referimos a un rango de clínicos no médicos -obstetrices, profesionales de enfermería, funcionarios clínicos, auxiliares médicos y otros- cuyo entrenamiento y responsabilidades difieren entre los países, pero que están capacitados para realizar procedimientos clínicos básicos relacionados con la salud reproductiva, incluyendo examen pélvico bimanual para determinar si existe un embarazo y la posición del útero, sondeo uterino, procedimientos transcervicales, y que pueden ser entrenados para realizar un aborto temprano

(Definición propuesta y acordada por los participantes a la Consulta Técnica en septiembre de 2000).

3.1.1 Programas de capacitación

Los programas de entrenamiento, tanto antes del servicio como durante el mismo, deben basarse en un enfoque de competencia, que incluya suficiente práctica supervisada para que el practicante de la salud demuestre aptitud clínica. Los programas deben utilizar una variedad de metodologías de enseñanza y aprendizaje y abarcar tanto las habilidades técnicas como las clínicas, así como también las creencias y actitudes del proveedor. Esto puede requerir un proceso de clarificación que permita a los proveedores de salud diferenciar entre sus propios valores y los derechos de la clienta a recibir un servicio de calidad. Los programas deben llevarse a cabo en lugares con un flujo de pacientes que sea suficiente para permitir que todos los que se están entrenando tengan la práctica requerida, incluyendo práctica en el manejo de las complicaciones.

El programa de estudios puede variar en los contenidos y duración del entrenamiento, dependiendo de las habilidades que el proveedor de salud ya tenga al comenzar el programa de entrenamiento (ver Tabla 3.3 para una lista completa del contenido esencial). Todo entrenamiento debe asegurar que el profesional de la salud sea competente para:

- Utilizar una variedad de habilidades de comunicación interpersonal para establecer una comunicación y empatía efectivas con todas las usuarias del servicio, respetando su derecho humano a ser tratadas con dignidad y respeto y a la confidencialidad;
- Transmitir y discutir efectivamente información delicada sobre la conducta sexual y el embarazo;

- Posibilitar que las clientas tome una decisión basada en la información;
- Realizar un examen pélvico bimanual seguro y preciso para diagnosticar un embarazo y determinar el tamaño y posición del útero, y para llegar a una decisión apropiada sobre la realización de un aborto o la derivación a un servicio de mayor nivel.
- Reconocer o sospechar un embarazo ectópico;
- Reconocer con precisión los signos y síntomas de ITRs y ITSs;
- Reconocer signos de abuso físico;
- Administrar las drogas correctamente;
- Llevar a cabo de manera precisa los procedimientos de aborto para los cuales han sido entrenados;
- Tomar acción efectiva en caso de complicaciones que se presenten antes, durante o después del procedimiento;
- Realizar una derivación efectiva hacia otros servicios apropiados;
- Proveer información y servicios anticonceptivos;
- Limpiar todo el equipo utilizado para el procedimiento y verificar su seguridad;
- Llevar registros precisos.

La Tabla 3.3 enumera los contenidos del entrenamiento recomendado para todos los profesionales de la salud. Los detalles del programa de estudio y los materiales relacionados se incluyen en el Anexo 1.

Tabla 3.3 *Contenidos esenciales del programa de estudio en servicios de aborto.*

Fundamentos para la administración de servicios de aborto.

- Provisiones legales, regulatorias y de políticas.
- Efectos del aborto inseguro sobre la salud.
- Responsabilidad ética de realizar un aborto.
- Normas y criterios nacionales para el cuidado del aborto.

Asesoramiento e interacción paciente-proveedor.

- Esclarecimiento de las actitudes y creencias de los proveedores con relación al aborto
- Privacidad y confidencialidad
- Comunicación interpersonal y capacidad de asesoramiento
- Información sobre el aborto y la anticoncepción
- Temas y riesgos asociados con el VIH y otras ITSs
- Grupos con necesidad de cuidados especiales, tales como adolescentes, refugiadas, mujeres con infección por VIH o con ITSs
- Reconocimiento de signos de que la mujer ha sido víctima de violencia, y orientación para ayudarla a obtener asesoramiento y servicios adicionales

Capacidades clínicas

- Anatomía y fisiología relevantes al embarazo y aborto
- Evaluación pre-procedimiento: historia, exámenes, tiempo de embarazo, etc.
- Tamizaje para ITSs
- Técnicas de aborto
- Prevención de infecciones
- Manejo del dolor
- Reconocimiento y manejo de complicaciones del aborto y/o derivación
- Manejo y cuidado posteriores al procedimiento, incluyendo información y servicios anticonceptivos
- Criterios para derivación y cómo derivar casos que superen la capacidad del proveedor

Temas directivos / administrativos y de garantía de calidad

- Cuidado de los registros e informes
- Condiciones para el mantenimiento de la privacidad y la confidencialidad
- Manejo de la logística, el equipamiento y el inventario
- Monitoreo y evaluación
- Mecanismos para un transporte y derivación efectivos a centros calificados
- Criterios de supervisión

3.2 Supervisión

El sistema debe posibilitar que los supervisores verifiquen que la administración de los servicios cumpla con las normas y criterios, satisfaga las necesidades de las clientas y respete sus derechos. Las funciones de los supervisores incluyen:

- Crear un ambiente respetuoso mediante la demostración de actitudes y conductas de apoyo hacia los proveedores y las clientas;
- Asignar tareas y deberes a los profesionales de la salud con habilidades apropiadas y monitorizar su trabajo para asegurar la calidad técnica y un cuidado compasivo;
- Asegurar el acceso de los proveedores al equipamiento, insumos y espacio necesario para proveer asesoramiento y servicios que respeten la confidencialidad y la privacidad;

- Monitorizar la necesidad de capacitación del personal en el servicio y asegurar que se brinde;
- Monitorizar y asegurar el acceso a los servicios, sin una discriminación que se base, por ejemplo, en la edad o estado civil, y controlar que no se realicen gastos no autorizados; y
- Asegurar un consentimiento totalmente informado y libre sobre el aborto y la anticoncepción post-aborto.

Una herramienta importante de la supervisión puede ser una lista de temas que el supervisor debe monitorizar regularmente (ver Tabla 3.4). Dicha lista debe elaborarse localmente para reflejar circunstancias particulares, y seguirse de manera tal que se mantenga la calidad del cuidado.

Tabla 3.4 *Categorías a incluir en el listado del supervisor*

- Equipamiento (disponibilidad, cantidad, condición, limpieza, esterilización, almacenaje)
- Suministros (adecuados, que no estén vencidos, que sean almacenados adecuadamente)
- Observación del asesoramiento
- Observación de los servicios clínicos
- Provisiones que aseguren la privacidad
- Limpieza de las instalaciones
- Registros precisos y completos
- Revisión de que los registros estadísticos y archivos de los pacientes estén completos
- Análisis de las estadísticas básicas del servicio

3.3 Certificación y autorización de los profesionales y centros de salud

En aquellos lugares donde se requiere una certificación del proveedor, su único propósito debe ser verificar que los proveedores reúnen los criterios esenciales para una provisión segura del cuidado, al igual que con otros procedimientos médicos. Los requerimientos de certificación y matriculación no deben ser utilizados para excluir categorías de profesionales de la salud. Como se mencionó en la sección 3.1, muchas categorías diferentes de profesionales de la salud pueden ser entrenados para realizar un aborto seguro.

En aquellos países donde los centros de abortos requieren autorización, los requerimientos para la misma deben reunir los criterios acordados nacionalmente. La matriculación de las instituciones es para asegurar la seguridad de la clienta y un cuidado integral. Sin embargo, los requerimientos de matriculación no deben imponer requerimientos excesivos de equipamiento sofisticado, infraestructura o personal, que no son esenciales para la provisión de servicios sin riesgo y que restringirían el acceso innecesariamente.

4. Monitorización y evaluación de los servicios

Así como con todos los servicios de salud, los servicios de aborto deben estar sujetos a monitorización y evaluación de calidad. La recolección precisa y regular de las estadísticas del servicio y la monitorización y evaluación regular de

la institución son la clave para mantener y mejorar la calidad de los servicios brindados. Estas medidas también pueden ayudar a evaluar si los servicios de aborto están verdaderamente disponibles para aquellas mujeres elegibles por ley. A través del tiempo, si se ha recolectado información de base, incluyendo datos sobre mortalidad y morbilidad por aborto inseguro, y si se llevan estadísticas básicas del servicio con regularidad, los programas estarán en condiciones de evaluar el impacto que el acceso completo a los servicios legales produce en la reducción de la morbilidad y la mortalidad. Estos datos estadísticos y otras informaciones reunidas a través de la monitorización y evaluación deberán ser compartidos y discutidos con los participantes y utilizarse para tomar decisiones sobre cómo mejorar los servicios.

4.1 Monitorización

La monitorización inspecciona los procesos de implementación de servicios, incluyendo los cambios a través del tiempo. La monitorización de rutina puede ayudar a los directores y supervisores a identificar y manejar o evitar problemas antes de que se conviertan en serios o abrumadores. Una buena monitorización incluye el escuchar a los proveedores que pueden tener recomendaciones importantes para mejorar la calidad del servicio. Un monitoreo bien diseñado permite a los directores y supervisores de personal brindar retroalimentación al personal sobre los problemas e involucrarlo en un proceso participativo para implementar soluciones. En el ámbito de la institución, los procesos y mecanismos para monitorizar los servicios incluyen la revisión de casos y registros, observación, listados de control, encuestas sobre las

instalaciones y auditorías sobre mortalidad materna, todos los cuales pueden ser utilizados para mejorar la calidad del cuidado (ver Anexo 1 para mayor información).

Si es factible, los servicios deben, en lugar de crear un registro separado, integrar la información sobre servicios de aborto al sistema regular de registros, (por ejemplo, formularios, libros, registros de reserva de suministros, listados de control, registros clínicos de las pacientes, registros de la actividad diaria). Las estadísticas básicas sobre los servicios incluyen, como mínimo, un registro de los abortos realizados, las mujeres evaluadas a las que no se brindó el servicio, las mujeres derivadas a centros de mayor nivel, el tratamiento de las complicaciones del aborto y los métodos anticonceptivos aceptados. La cantidad y tipos de estadísticas que se deben registrar deben adaptarse a la capacidad y carga horaria del personal. Es más valioso tener una menor cantidad de datos precisos con un buen mecanismo de retroalimentación que imponer requisitos de informes que el personal no puede o no quiere cumplir.

Debe enviarse rutinariamente información seleccionada sobre el centro a los niveles más altos, para posibilitar el monitoreo a través de los distintos centros y zonas geográficas, y esta información debería utilizarse en el ámbito nacional para el desarrollo de políticas y planes.

También puede ser muy útil monitorizar los costos que le genera al centro de salud la realización de abortos legales y el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro.

Un monitoreo de rutina debe incluir:

- Análisis de los patrones o problemas de los servicios mediante la utilización de estadísticas (por ejemplo, número de mujeres que realizaron una consulta, pero no recibieron ningún servicio, número de complicaciones, cantidad y tipos de anticonceptivos suministrados)
- Proporción de mujeres que buscan la repetición de un aborto
- Observación del asesoramiento y de los servicios clínicos, para evaluar la calidad de interacción con la mujer a través de todo el proceso y para corregir cualquier déficit en el cumplimiento de los criterios técnicos u otras prácticas que ponen en peligro la calidad del cuidado (por ejemplo, actitudes de enjuiciamiento, imposición de «gastos informales»)
- Funcionamiento del sistema logístico para asegurar el suministro regular de equipos e insumos.
- Agregación regular de información proveniente de centros de mayor nivel
- Evaluación del progreso para remediar problemas identificados en los monitoreos de rutina.

Tabla 3.5 *Fuentes de información e indicadores sugeridos para el monitoreo y la evaluación de servicios de aborto*

Estadísticas de rutina sobre los servicios

- Número de abortos realizados, por semana completa de embarazo y por tipo de procedimiento
- Tiempo entre la primera consulta y el aborto
- Número de mujeres derivadas, por la causa
- Número de mujeres que realizaron consultas, pero a las que no se les realizó un aborto, por la causa
- Número de mujeres tratadas por complicaciones, por tipo de procedimiento de aborto
- Provisión de anticonceptivos, por tipo
- Derivaciones para anticoncepción

Evaluación periódica

- Porcentaje de lugares donde se brinda servicio de cuidado del aborto y su distribución por área geográfica y nivel de sistema de salud, patrones de utilización
- Números de proveedores que realizan abortos y su distribución por zona geográfica y nivel de sistema de salud.
- Número de profesionales de la salud entrenados, por tipo; evaluación de la calidad de entrenamiento.
- Evaluación de la calidad del cuidado brindado.
- Costos de los servicios de aborto y del tratamiento de las complicaciones del aborto, por tipo de procedimiento y tipo de proveedor, y cualquier honorario cobrado.
- Estudios periódicos especiales (satisfacción de la clienta, proximidad de las mujeres al servicio, costos, impacto, etc.).
- Cantidad de personal que necesita entrenamiento dentro del servicio y cantidad de personal entrenado.

Información sobre la paciente (conservado en el registro de la paciente)

- Edad, paridad, estado civil
- Razón/es para su derivación
- Razón/es para su negación
- Seguimiento brindado
- Método anticonceptivo elegido
- Honorarios cobrados, si es que los hubo

4.2 Evaluación

La evaluación valora la relevancia, efectividad, eficiencia, sustentabilidad e impacto de los servicios, utilizando las estadísticas que surgen tanto a partir del monitoreo, como de investigaciones especiales para valorar el grado en el que se están cumpliendo las metas del programa. Por ejemplo, ¿mejoró la calidad? ¿Tienen acceso todas las mujeres elegibles? ¿Se cumplen los objetivos cuantitativos y cualitativos del entrenamiento? ¿Aumentó el número de lugares donde se brinda el servicio? La evaluación puede llevarse a cabo a nivel del centro de salud, a niveles regionales y sub-regionales o en el ámbito nacional y debe ser diseñada tempranamente en el desarrollo del programa para incluir una valoración de inicio y puntos programados de evaluación.

Deben llevarse a cabo evaluaciones periódicas, basadas en las clientas, para evaluar las experiencias de las mujeres, las complicaciones, la calidad del cuidado recibido y el acceso a los servicios. Estas evaluaciones suministrarán información importante para mejorar los servicios clínicos y su alcance y se pueden realizar mediante cuestionarios, guías de observación y entrevistas en el momento del alta. Evaluaciones similares también deben llevarse a cabo con los proveedores para evaluar sus actitudes, conocimientos, prácticas, necesidades, e ideas para mejorar el servicio.

La evaluación del impacto puede medir hasta qué punto un mejor acceso y calidad del servicio para mujeres elegibles ayuda a alcanzar las metas de salud. Por ejemplo, estudios periódicos especiales de una muestra de centros y zonas pueden evaluar el aumento en el uso de los servicios legales. Los

estudios especiales también pueden examinar los cambios que se producen en las admisiones hospitalarias por complicaciones de abortos inseguros, antes y después de realizar las mejoras. La valoración del impacto, al igual que otras, requiere una evaluación de base fuerte y una especificación clara de los objetivos e indicadores del programa.

En la mayoría de los casos, es más importante definir una pequeña cantidad de indicadores mensurables que intentar recolectar una lista exhaustiva de datos, especialmente allí donde la capacidad de investigación de los sistemas de salud es limitada. Donde la capacidad sea fuerte, se podrá aspirar a un enfoque más integral. Las evaluaciones no sólo deben incluir indicadores cuantificables sino también valoraciones cualitativas. Estas últimas pueden incluir entrevistas con los proveedores, las mujeres, los hombres y los líderes comunitarios para determinar sus conocimientos sobre los servicios y la elegibilidad, su percepción de la necesidad de los servicios y su opinión sobre los ya existentes.

5. Financiamiento

Los presupuestos de los servicios de salud deben incluir los costos de:

- Instrumentos, suministros y medicamentos necesarios para iniciar el ofrecimiento de servicios de aborto o mejorar los existentes en todo el sistema (ver Capítulo 2)
- Dedicación del personal (tiempo completo o parcial)
- Programas de capacitación

- Costos de capital por una vez (generalmente módicos), como por ejemplo, renovar una sala de tratamiento.

Dado que los servicios de aborto no requieren capacidades ni equipamientos adicionales a aquellos que ya deben estar disponibles para el cuidado obstétrico y ginecológico, los costos adicionales para poner dichos servicios al alcance de las mujeres elegibles son relativamente moderados, tomando en cuenta el beneficio para la salud de la mujer. La mayoría de los presupuestos nacionales de salud tendrían que poder cubrir estos costos.

Si para el cuidado del aborto se cobran honorarios, se utiliza el seguro médico o se aplican otras medidas para recuperar costos, éstas deben diseñarse de modo tal que no impidan el acceso de la mujer a los servicios.

5.1 Costos para la institución o el sistema de salud

Los costos incluyen inversiones de capital ocasionales y módicas, así como también costos recurrentes. Ejemplos de costos de capital infrecuentes son la compra de elementos, tales como una máquina de succión, una mesa de examen, un esterilizador o un autoclave; la construcción o renovación de consultorios y salas de tratamiento. Los costos recurrentes incluyen aquellos asociados con el reabastecimiento regular de instrumentos y suministros, tales como cánulas, aspiradores al vacío manual, drogas, gasas, soluciones antisépticas y esterilizantes fríos utilizados para el procesamiento del material; otros costos recurrentes incluyen el entrenamiento continuo, la operatividad del personal y del centro. Como se mencionó previamente, los centros

donde se atienden las mujeres embarazadas probablemente disponen de la mayoría de estos artículos.

La decisión sobre qué método de aborto ofrecer y cómo organizar el servicio influye directamente en los costos del servicio y su accesibilidad.

Dos temas de organización son particularmente importantes. Primero, como fue mencionado anteriormente, el cambiar de la DyC a la aspiración al vacío para la evacuación uterina no sólo es más seguro para la mujer, sino que también reduce sustancialmente los costos para el sistema de salud (Jowett 2000). La aspiración al vacío puede llevarla a cabo, en una simple sala de tratamiento ambulatorio, un profesional capacitado de nivel medio, mientras que la DyC requiere una sala de operaciones y un médico. La aspiración al vacío por lo general requiere menos medicación para el dolor que la DyC, dado que es menos dolorosa (Grimes y col. 1977), y la mujer puede dejar el centro de salud más rápido. En segundo lugar, como el sistema de salud informa efectivamente a las mujeres que deben consultar en etapas tempranas del embarazo, el uso de procedimientos tempranos de menor costo aumenta y el de los procedimientos tardíos disminuye. Estos y otros cambios en el manejo de la paciente no sólo reducen los costos sino que mejoran la calidad del cuidado.

5.2 Poner los servicios al alcance de las mujeres

Las instituciones por lo general fijan honorarios tan altos para los servicios que hacen imposible el acceso para muchas mujeres. Algunos programas con financiamiento público, que proveen otros servicios de

salud gratuitos para las mujeres sin recursos, no cubren el aborto o sólo pagan cierto tipo de procedimientos. Además, las mujeres pueden tener que pagar «gastos informales» elevados (costos impuestos por los proveedores además de los costos oficiales del sistema de salud), los cuales, combinados con los costos del pasaje y otros, como por ejemplo el tiempo perdido en empleos remunerados, constituyen una barrera que muchas mujeres no pueden cruzar. Prácticas como éstas terminan costando más dinero al sistema de salud a largo plazo, ya que aumenta el número de mujeres que intentan auto provocarse el aborto o recurren a proveedores ineptos y finalizan hospitalizadas por complicaciones serias.

Cuando se cobran honorarios, los mismos deben estar al alcance de la mujer y no deberían limitar el acceso a aquellas mujeres que no pueden pagarlos, incluyendo las de bajos ingresos y las adolescentes. Más aún, todos los centros deberían implementar procedimientos que aseguren que el personal no cobre gastos «informales». Otras medidas que se pueden tomar para poner los servicios de aborto al alcance de la mujer incluyen subsidiarlos para las mujeres sin recursos a través de los ingresos de otros servicios o de las mujeres de mayores entradas; reducir las diferencias de honorarios que existen entre los abortos, según la etapa en que se halla el embarazo y el método que se utiliza, a fin de que las mujeres puedan acceder al servicio que más se ajusta a sus necesidades, sin tener en cuenta el costo; y suministrar información acerca de la disponibilidad de los servicios de aborto y cualquier honorario asociado, para que las mujeres puedan tomar una decisión basándose en un conocimiento preciso del costo. Nunca debería negarse o demorarse un aborto porque una mujer no puede pagarlo.

Referencias

- Anonymous. (2000) Improving quality and reducing costs in post-abortion care in Peru. *Reproductive Health Matters* 8:189.
- Billings DL, Ankrah V, Baird TL, Taylor JE, Ababio KP and Ntow S. (1999) Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In Huntington D and Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 141-158.
- Billings DL, Moreno C, Ramos C, Gonzalez de Leon D, Ramirez R, Martinez LV and Diaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.
- Bradley J, Sikazwe N and Healy J. (1991) Improving abortion care in Zambia. *Studies in Family Planning* 22:391-394.
- Brambila C, Langer A, Garcia-Barrios C and Heimburger A. (1999) Estimating costs of postabortion services at Dr Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico. In Huntington D and Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operation research*. New York, Population Council, pp 108-124.
- Cook R and Dickens B. (2000) *Considerations for formulating reproductive health laws*. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)
- Coyaji K. (2000) Early medical abortion in India: three studies and their implications for abortion services. *Journal of American Medical Women's Association* 55(Suppl):191-194.
- Dickson-Tetteh K, Mavuya LM, Gabriel M, Rees H, Billings DL and King TDN. (2000) *Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.
- Ekwempu CC. (1990) Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 8:37-38.
- El Shafei M, Hassan EO, Mashalli A, Shalan H and EL Lakkany N. (1999) Improving reproductive health service by using manual

vacuum aspiration in the management of incomplete abortion. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynaecology* 25:711-722.

Freedman MA, Jillson D, Coffin RR and Novick LF. (1986) Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health* 76:550-554.

Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4.

Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.

Jowett M. (2000) Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy* 53:201-228.

King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. (1998) *A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care*. Carrboro, Ipas.

Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Schulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.

Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ET. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 14:481-486.

Mundigo AI and Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Visitaar Publications for the World Health Organization.

Population Council. (2000a) *Burkina Faso: postabortion care. Upgrading postabortion care benefits patients and providers*. Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.

Population Council. (2000b) *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. Washington DC, Population

Council, Frontiers in Reproductive Health.

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No. 7. London, RCOG Press.

University of North Carolina. (2001) *PRIME postabortion care*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).

Veira Villela W and de Oliveira Araujo MJ. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.

World Health Organization. (1999) *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/HRP/IRR/99.2)

World Health Organization. (2000) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

World Health Organization. (2002a) *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/02.11)

World Health Organization. (2002b) *Essential medicines: WHO model list (12th Edition)*. Geneva, World Health Organization. Available on-line at: <http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expertcomm.shtml>

World Health Organization. (2002c) *Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/02.18)

World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (2002) *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (WHO/RHR/02.08)

Yumkella F and Githiori F. (2000) *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).

■ Consideraciones legales y políticas

Resumen

- El aborto inseguro es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna a pesar de ser legal en algunas circunstancias en casi todos los países. Esto se debe a que los servicios de aborto sin riesgo generalmente no están disponibles, aún cuando sería legal proveerlos. El proceso de revisión y evaluación de la ICPD+5 acordó que, en casos en los que el aborto no está contra la ley, “los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean accesibles y no presenten riesgos”. El entender los casos en los que el aborto no está contra la ley y las consideraciones de políticas relacionadas es crucial para implementar este mandato.
- En casi todos los países, el aborto está permitido al menos cuando existe una amenaza para la vida de la mujer. La mayoría de las leyes nacionales también permiten el aborto cuando el embarazo constituye una amenaza para la salud física o mental de la mujer; muchas leyes lo autorizan cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto o cuando existe daño fetal. Muchas leyes también permiten el aborto por razones socio-económicas y a requerimiento de la mujer.
- Se requieren políticas que aseguren que toda mujer, a quien la ley lo permita, tenga acceso a servicios de aborto de buena calidad. Las políticas deben apuntar a lograr resultados de salud positivos para la mujer, a proveer servicios e información de planificación familiar de buena calidad y a satisfacer las necesidades particulares de ciertos grupos, tales como las mujeres de bajos recursos, las adolescentes, las sobrevivientes a una violación y las mujeres infectadas por VIH.
- Los programas y las políticas deben remover las barreras que impiden acceder a los servicios a tiempo. Dichas barreras incluyen la falta de conocimiento de las personas sobre la ley y dónde obtener servicios de aborto legales; la autorización de una tercera parte o las cláusulas que exigen la notificación a ese tercero; las condiciones o procedimientos innecesarios y obstaculizantes, como por ejemplo, períodos de espera o falta de privacidad y las excesivas restricciones que existen sobre el tipo de profesionales de la salud o las instituciones que tienen licencia para realizar un aborto. La Tabla 4.2 enumera algunas barreras frecuentes y sugiere acciones para corregirlas.

1. La salud de la mujer y los acuerdos internacionales

La gran mayoría de las muertes como consecuencia de abortos no seguros ocurre en países en desarrollo, donde el aborto está severamente restringido por la ley (Alan Guttmacher Institute 1999). En regiones en desarrollo (excluyendo China), se producen 330 muertes por cada 100.000 abortos, una tasa de mortalidad que es cientos de veces mayor que aquella de los países desarrollados. La tasa es aún mayor en Africa, donde se estiman 680 muertes por cada 100.000 procedimientos-(Alan Guttmacher Institute 1999, Organización Mundial de la Salud 1998).

La mayoría de los gobiernos han ratificado tratados y convenios internacionales que los compromete legalmente a proteger los derechos humanos, incluyendo el derecho al mejor estándar de salud posible, el derecho a no ser discriminado, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona, el derecho a no sufrir ningún tratamiento inhumano y degradante y el derecho a la educación y la información.

Teniendo en cuenta estos derechos humanos, en el proceso de revisión y evaluación de la ICPD+5, los gobiernos acordaron que "...en los casos en los que el aborto no esté contra la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean accesibles y sin riesgo. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres" (Naciones Unidas 1999, párrafo 63.iii). Se requiere un claro entendimiento de las leyes sobre el aborto, así como de las políticas relacionadas, para

asegurar que todas las mujeres que la ley habilita tengan acceso a servicios sin riesgos. Además, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en 1995, la mayoría de los gobiernos acordaron que deberán "... considerar la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a un aborto ilegal" (Naciones Unidas 1996, párrafo 106).

2. Las leyes y su implementación

Cuando un embarazo amenaza la vida de la gestante, casi todos los países permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, tal como se mencionó en el capítulo 1, Figura 1.1 (División Población de las Naciones Unidas 1999). Casi dos tercios de los países permiten el aborto cuando existe un riesgo severo para la salud física o mental de la mujer. En más de un 40% de los países, la violación o el incesto son razones adicionales para autorizar el aborto y un porcentaje similar permite el aborto en caso de anomalías fetales.

Muchas mujeres recurren al aborto porque no pueden afrontar el cuidado del niño. Además, hay muchas mujeres -y esto se aplica particularmente a las mujeres jóvenes y solteras -para quienes continuar un embarazo sería socialmente difícil o imposible. En reconocimiento de estos problemas, un tercio de los países permiten el aborto por razones económicas y/o sociales.

Alrededor del 27% de los países lo autorizan a requerimiento de la mujer, porque reconocen que todas las mujeres que buscan un aborto se enfrentan o uno o más de estos problemas.

Las leyes del aborto comenzaron a flexibilizarse en la primera parte del siglo veinte, cuando se empezó a reconocer la extensión del problema de salud pública asociado con el aborto no seguro. Los procesamientos por haber realizado abortos comenzaron a desaparecer en algunos países en la década de 1930. En Inglaterra, un médico provocó deliberadamente un juicio en su contra para defender públicamente la despenalización de los abortos por razones de salud pública. Las leyes de aborto comenzaron a flexibilizarse en Europa, Canadá, Cuba, India, los Estados Unidos, Zambia y en varios países más en la década de 1960 y 1970. Muchos otros países en todo el mundo han continuado la reducción de restricciones y procesamientos por aborto, particularmente desde mediados de la década de 1980 (Berer 2000, Rahman y col. 1998).

La formulación de leyes relacionadas con el aborto varía ampliamente según los países, lo que refleja diversas raíces históricas, políticas y religiosas (Naciones Unidas 2001a, 2001b, 2002). Pueden encontrarse previsiones con relación al aborto en el código penal, el código civil, o en ambos. En algunos países, los códigos de salud pública o los códigos de ética médica pueden contener previsiones que clarifican cómo interpretar una ley de aborto, pero en muchos países no existe una interpretación formalizada o regulaciones que habiliten el aborto. En otros países, el aborto puede no estar reglamentado por una ley, pero sí por una interpretación judicial. En unos pocos países, la existencia de múltiples textos a veces dificulta determinar el significado exacto de la ley y las políticas relacionadas con el aborto, dada la cantidad de previsiones, a veces contradictorias. La

elaboración e implementación de las leyes, políticas y regulaciones refleja la interpretación y el compromiso de distintos actores en diferentes momentos, incluyendo la justicia, el parlamento, los que programan las políticas y el sistema de cuidado de la salud. Todos estos factores afectan tanto la disponibilidad como el acceso de las mujeres a servicios de aborto legales y sin riesgo.

La investigación llevada a cabo en distintos países indica que aquellas mujeres que pueden optar por un aborto según la ley generalmente no logran obtener los servicios (Gupte y col. 1997, Iyengar e Iyengar 2002, Koster-Oyekun 1998, Mundigo e Indriso 1999). Las razones incluyen falta de capacitación del proveedor, renuencia por su parte, restricciones gubernamentales sobre tipos de centros y profesionales que pueden llevar a cabo un aborto, o el no otorgar a estos la autorización necesaria. Otras razones pueden ser falta de recursos y compromiso para ofrecer un servicio de buena calidad en la atención primaria (Berer 2000). Además, muchas personas -tanto los proveedores de servicios de salud como las mujeres - simplemente desconocen lo que permite la ley. Por ejemplo, en una región de un país donde el aborto está permitido hasta la semana 20 de embarazo, más del 75% de mujeres y hombres casados ignoraban que el aborto era legal (Iyengar e Iyengar 2002). En países con leyes restrictivas, una actitud cautelosa por parte del proveedor de salud sumada a los requerimientos, a menudo engorrosos, para el procedimiento suelen hacer que el proceso de aprobación sea complicado e intimidatorio, particularmente para mujeres que viven en zonas rurales, jóvenes y analfabetas (Alan Guttmacher Institute 1999).

Por ende, existe considerable campo de acción en la mayoría de los países para:

- revisar y promover un mayor entendimiento de las leyes y políticas relevantes;
- diseñar e implementar políticas amplias, a fin de asegurar el acceso a los servicios en toda la medida que permite la ley;
- identificar y eliminar barreras legales y administrativas innecesarias.

3. Comprensión de las bases legales para el aborto

Es esencial que los profesionales de la salud y otros, tales como policías y funcionarios de tribunales y también el público, tengan información precisa y entiendan claramente qué es lo que permite la ley en sus respectivos países. Si bien las interpretaciones legales siempre serán específicas para cada país, se pueden hacer ciertas observaciones generales respecto a aquellas circunstancias bajo las cuales el aborto se autoriza con suma frecuencia (Naciones Unidas 2001a, 2001b, 2002), y que son las siguientes:

3.1 Cuando hay peligro para la vida de la mujer

Casi todos los países permiten el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada. Algunos países suministran listas detalladas de las situaciones que consideran una amenaza para la vida. Estas listas generalmente apuntan a ilustrar situaciones que se

consideran una amenaza para la vida, pero no están dirigidas a impedir el juicio clínico del médico sobre cuál puede ser una amenaza para la vida de una mujer en particular. Dichas listas, sin embargo, pueden interpretarse restrictivamente o de una manera exhaustiva, cuando de hecho no lo son. Por ejemplo, si una lista de peligros físicos para la vida se considera exhaustiva, eso excluiría las enfermedades mentales, que también constituyen una amenaza para la vida.

Todo el personal de salud debe conocer los altos riesgos de morbilidad y mortalidad materna como consecuencia de un aborto no seguro y debería estar capacitado para asesorar a la mujer sobre las opciones que la ley permite. En algunos casos, los médicos sostienen que es necesario realizar un aborto sin riesgos, porque, de no hacerlo, la mujer pondría en peligro su vida al recurrir a un practicante no calificado (Oye-Adeniran y col. 2002).

Aún cuando la protección de la vida de la mujer sea la única razón que permite un aborto, es esencial que los proveedores estén capacitados, que los servicios estén disponibles y se conozca su existencia y que el tratamiento para las complicaciones del aborto no seguro esté ampliamente disponible, en forma conjunta con servicios de planificación familiar.

3.2 Cuando hay peligro para la salud mental y física de la mujer

Si bien la “salud física” y la “salud mental” a veces se consideran razones distintas para llevar a cabo un aborto, en muchos países la ley no especifica qué aspectos de la salud están involucrados, sino

que meramente establece que el aborto se permite para prevenir el riesgo de daño para la salud de la mujer embarazada. En dichos casos, algunas veces se ha aplicado la definición de la salud de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Organización Mundial de la Salud 2001).

Cuando la ley hace referencia específica a la “salud mental”, algunos países han interpretado que el término incluye la angustia psicológica que causan, por ejemplo, una violación o un incesto, o el diagnóstico de daño fetal. En otras circunstancias, los países han incluido en la interpretación de amenaza para la salud mental de la mujer, la angustia que provocan circunstancias socio-económicas desventajosas.

3.3 Cuando el embarazo es el producto de una violación o incesto

En muchos países, se interpreta que estos casos se ubican dentro de las razones mentales para el aborto. Algunos países aceptan los dichos de la mujer como prueba. Otro requieren evidencia forense de penetración sexual o pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria o abusiva. Por ejemplo, pueden requerir que la violación se confirme a satisfacción del juez, quien puede requerir el testimonio de testigos de la violación; o pueden requerir que un oficial de policía esté convencido de que la mujer fue víctima de una violación, antes de obtener el permiso para llevar a cabo el procedimiento.

Estos requisitos, diseñados para identificar casos fabricados, generalmente desalientan a las mujeres

que tienen quejas legítimas de buscar servicios sin riesgos y en forma temprana. El retraso debido a requerimientos judiciales o policiales puede llevar a la mujer a recurrir a sitios clandestinos y servicios no seguros, o el retraso es tan prolongado que finalmente se le niega el aborto porque el embarazo está muy avanzado.

En dichas circunstancias, los requerimientos judiciales o administrativos deben minimizarse o removerse, y se deben establecer protocolos claros, tanto para la policía como para los trabajadores de la salud, para facilitar una rápida derivación y acceso a una atención apropiada (Billings y col. 2002, Veira Villela y de Oliveira Araujo 2000).

3.4 Cuando existe daño fetal

Esta razón está permitiendo el aborto de manera creciente en países con leyes restrictivas, dado que ahora es posible diagnosticar dichas condiciones, muchas de las cuales se consideran incompatibles con la vida, o la vida independiente, del niño afectado. En otros países, la ley no contiene referencias específicas con respecto al daño fetal; lo que se hace es incluirlo dentro de las causas que afectan la salud mental, debido a la angustia que provoca un diagnóstico de daño fetal.

3.5 Por razones económicas y sociales

La mayoría de los países donde se autoriza el aborto por razones sociales y económicas interpretan que la ley incluye el ambiente socio-económico de la mujer embarazada, ya sea actual o previsible. Algunos evalúan si la mujer se encuentra en un estado de angustia como resultado de su situación.

Cuando la mujer ya tiene otros hijos, algunas leyes toman en cuenta el riesgo que puede representar para ellos la llegada de otro niño.

3.6 A requerimiento de la mujer

La ley autoriza a la mujer a realizar un aborto sin tener que dar ninguna explicación. Esta autorización surgió porque los países reconocen que las mujeres buscan el aborto por una -y a menudo más de una- de las razones expuestas precedentemente, y porque aceptan la legitimidad de todas ellas.

3.7 Límites según la duración del embarazo

Salvar la vida de una mujer puede ser necesario en cualquier etapa del embarazo. Un aborto sobre la base de daño fetal por lo general se realiza en el segundo trimestre, dado que muchos diagnósticos sólo pueden hacerse después de la semana 12. Las leyes y políticas que permiten el aborto por razones económicas o sociales, o a requerimiento de la mujer, suelen estipular límites según la duración del embarazo, generalmente la semana 12 desde la fecha de última menstruación. Algunos países fijan el límite en las 18, 22 o 24 semanas desde la FUM, mientras que otros no especifican la duración del embarazo. Las leyes que incluyen límites gestacionales generalmente permiten el aborto en etapas tardías del embarazo en ciertas circunstancias o con requisitos adicionales, como por ejemplo la aprobación de dos médicos, en lugar de la de uno solo. (Alan Guttmacher Institute 1999, Rahman y col. 1998)

3.8 Otros límites

Las leyes y políticas de aborto a veces restringen innecesariamente los tipos de centros o profesionales habilitados para realizar el aborto. También pueden requerir la autorización de otros miembros de la familia. Este tipo de requisitos, generalmente creados para proteger la salud de las mujeres, puede tener el efecto opuesto al crear obstáculos insuperables para el acceso (Iyengar e Iyengar 2002, Koster-Oyekun 1998).

Una ley también puede especificar cuándo un aborto es ilegal, más que cuándo es legal. Por ejemplo, una ley de esa naturaleza especifica que el aborto es ilegal si se realiza sin el consentimiento de la mujer, o sin los estándares profesionales necesarios, o en un centro inadecuado, o con fines de lucro. (Alvarez-Lajonchere 1989).

4. Creación de políticas

Las políticas toman diversas formas y pueden incluir, entre otras, regulaciones establecidas por la ley, regulaciones emitidas por el Ministerio de Salud, normas profesionales y de capacitación. A continuación se enumeran los elementos centrales que requiere una política para asegurar el acceso a servicios de aborto sin riesgos en todos los casos que la ley permite. Si bien puede ser difícil llevar una política integral a la práctica inmediatamente, la implementación de los acuerdos de la ICPD (Naciones Unidas 1995) y la ICPD+5 (Naciones Unidas 1999) acerca de que el aborto debe ser sin riesgos, requiere que se tomen medidas sobre todos los elementos enumerados en la sección 4.1- 4.7.

Deben examinarse las políticas preexistentes para determinar la existencia de brechas y dónde se requieren mejoras.

4.1 Metas

Las políticas deben tener en cuenta las condiciones que prevalecen en los servicios de salud nacional y aspirar a :

- Minimizar la tasa de embarazos no deseados y, por ende, los abortos, mediante la provisión de servicios e información de buena calidad sobre planificación familiar, incluyendo la anticoncepción de emergencia;
- Asegurar que toda mujer que legalmente tenga derecho acceda con facilidad a servicios de aborto sin riesgos;
- Dar satisfacción a las necesidades particulares de grupos tales como las mujeres sin recursos, las adolescentes, las refugiadas y las que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres infectadas por el VIH y las sobrevivientes de una violación, todas las cuales pueden requerir un apoyo y alcance especial.

Para alcanzar estas metas, las políticas deben atender a los siguientes temas:

4.2 Constelación de servicios

Como mínimo, los servicios de aborto deben proveer siempre información médica precisa sobre el aborto y ofrecer asesoramiento- que no obligue a la mujer a hacer lo que se le aconseja-, e información y servicios anticonceptivos, así como servicios

clínicos de aborto (ver Capítulo 2 y 3 para más detalles). El ofrecer información anticonceptiva, servicios y derivaciones, junto con los servicios de aborto y el tratamiento de las complicaciones del aborto no seguro, ayuda a prevenir futuros embarazos no deseados y a reducir la necesidad de abortos.

4.3 Métodos de aborto

Es preferible ofrecer una variedad de métodos que se adapten a la capacidad del sistema de salud, tal como se describió en detalle en el Capítulo 2. Aún los sistemas de salud con las mayores limitaciones de recursos deben tener la posibilidad de proveer una aspiración al vacío manual sin riesgos para los abortos tempranos en todos los niveles del sistema de salud que correspondan y de derivar a la mujer a niveles superiores de cuidado cuando sea necesario. Los servicios de aspiración al vacío manual también deben estar ampliamente disponibles para tratar a las mujeres que tienen complicaciones por un aborto incompleto o no seguro.

4.4 Calificación de los proveedores

Las leyes generalmente requieren que los abortos sean realizados por profesionales médicos con matrícula. Sin embargo, las leyes y políticas que rigen los procedimientos médicos casi siempre permiten que otros proveedores de salud de nivel medio, por ejemplo, obstetrices o enfermeras, provean distintos servicios bajo la supervisión de un médico. Los trabajadores de la salud de nivel medio pueden ser entrenados para proveer un aborto temprano y sin riesgos. Capacitar y equipar a trabajadores de nivel medio puede ayudar a

asegurar la disponibilidad y accesibilidad a servicios apropiados, sin comprometer la seguridad, especialmente en lugares donde los médicos son pocos o no fácilmente accesibles (ver Capítulo 3).

4.5 Honorarios

Si los honorarios oficiales e “informales” para abortos legales y sin riesgos son altos, aumentará el riesgo que implica recurrir a abortos no seguros, especialmente para las mujeres carenciadas y otras, como por ejemplo, las adolescentes que no tienen acceso a dinero en efectivo. En aquellos casos donde sea necesario cobrar honorarios por los servicios y otros cargos, estos deben mantenerse tan bajos como sea posible, y se deben otorgar subsidios para aquellas mujeres que no los puedan pagar. Para los servicios de salud pública, los costos probablemente serán más que compensados por el ahorro que significa reducir los abortos no seguros y la carga que imponen al sistema de salud las complicaciones de un aborto inseguro.

4.6 Requerimientos del sistema de salud / calidad de la atención

El capítulo 3 discute el plan de estudios y los estándares, la capacitación clínica y de actualización, los sistemas de logística, los sistemas de manejo de la información, los servicios de soporte técnico, los mecanismos de supervisión y las previsiones del presupuesto de salud. Todos estos deben estar contenidos en una política habilitante.

Es esencial que todo el personal del sistema de salud reciba la información necesaria para informar a la mujer dónde y cómo obtener servicios legales.

4.7 Información pública

Los programas de educación para la salud de amplio espectro deben incluir información básica sobre cómo ocurre un embarazo, los signos tempranos, la anticoncepción y dónde y cómo obtener servicios de aborto legales (Tabla 4.1).

Si bien muchos países pueden requerir tiempo para desarrollar políticas integrales, todos los países pueden, al menos, tomar medidas inmediatas para expandir el acceso a los servicios de abortos sin riesgos que autoriza la ley y para mejorar la calidad de los servicios existentes, según se indica a continuación.

Tabla 4.1 **Información central para la educación del público**

- Las mujeres tienen el *derecho de decidir libre y responsablemente* si quieren tener un hijo y cuándo, sin coerción, discriminación ni violencia.
- *La fisiología reproductiva* básica, incluyendo cómo ocurre un embarazo, sus signos y síntomas.
- Cómo *prevenir un embarazo no deseado*, incluyendo dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos
- *Las circunstancias* bajo las cuales el aborto está permitido.
- La importancia de buscar servicios de abortos legales *tan pronto como sea posible*, una vez que se ha tomado la decisión de finalizar el embarazo.
- *Dónde y cuándo* están disponibles los abortos sin riesgos y su costo.
- Cómo *reconocer las complicaciones* de un aborto natural y un aborto no seguro; dónde y cuándo obtener tratamiento.
- La importancia de *buscar tratamiento inmediatamente*.

5. Remoción de barreras administrativas y legales

Frecuentemente, ciertas regulaciones y guías relacionadas con la ley pueden crear una barrera al acceso de servicios legales. La ley en sí misma no especifica ni requiere estas barreras. Algunas barreras evolucionan simplemente como una cuestión de práctica y se asume erróneamente que constituyen un requerimiento de la ley. Todas estas barreras se encuentran dentro de la esfera de acción de los Ministerios de Salud o asociaciones profesionales, que pueden revisarlas y removerlas a fin de asegurar el acceso en la medida en que lo permite la ley. Los Ministerios de Salud pueden aclarar los requerimientos legales, informar al personal y terminar con las “prácticas comunes” que limitan el acceso a los servicios permitidos por ley. La Tabla 4.2 provee ejemplos de barreras administrativas, legales y otras, que pueden ser eliminadas o modificadas para mejorar el acceso a los servicios de aborto.

Dependiendo del contexto nacional, las barreras enumeradas en la Tabla 4.2 pueden imponerlas requerimientos legales o simplemente procedimientos administrativos. Algunas de las barreras enumeradas en la columna de la izquierda pueden haber sido requerimientos basados en lo que hoy es una práctica desactualizada. Por ejemplo, el uso de la DyC pudo haber generado restricciones con respecto al tipo de personal o institución autorizados para llevar a cabo el aborto, que han dejado de ser necesarias desde la introducción de la aspiración al vacío. Otras barreras, tales como requerir el consentimiento del marido, autorizar

honorarios o los períodos de espera, generalmente son procedimientos administrativos impuestos por los proveedores. En esos casos, pueden no formar parte de la política oficial ni ser requeridas por la ley, ni ser necesarias.

Los beneficios que remover estas barreras trae para la salud pública son considerables. La columna del medio de la Tabla 4.2 describe acciones ilustrativas para superar las barreras. Generalmente, las mismas son acciones relativamente directas, pero en algunos casos, como por ejemplo, para el apoyo a la educación del público, se necesitará una planificación cuidadosa y una inversión de tiempo y recursos. Las tareas incluidas en la columna “acciones posibles” están elaboradas en distintas partes de esta monografía. La tercera columna, “fundamentos lógicos”, delinea las razones que llevan a tomar acción, también tratadas en más detalle a lo largo de este documento guía.

Tabla 4.2 **Barreras administrativas y legales para acceder a abortos legales y sin riesgos, y medidas para eliminar estas barreras**

Barreras	Acciones posibles	Fundamentos lógicos
Las mujeres y los Profesionales de la salud no conocen la ley o no saben dónde obtener servicios de aborto legales	Hacer que los abogados gubernamentales y otros investiguen y expliquen su interpretación de la ley. Apoyar programas de educación pública. Incluir información sobre la ley en la capacitación y actualización de los profesionales de la salud	La falta de información es una de las razones principales para que la mujer recurra a un aborto no seguro. Falta de conocimiento sobre las bases legales para el aborto provoca que los proveedores limiten el acceso
Requisito de autorización de uno o varios médicos (o a veces de comisiones)	Permitirle a la mujer decidir. Si se requiere autorización por ley, evitar firmas múltiples o la aprobación por parte de un comité; asignar la responsabilidad a personas calificadas de las que ya dispone el sistema de salud	La aprobación de un tercero no está médicamente indicada (excepto en circunstancias infrecuentes donde el aborto podría representar un riesgo médico para la mujer)
La imposición de límites de tiempo, que no están médicamente indicados ni figuran en la ley, sobre la duración del embarazo según la cual se puede realizar un aborto	Revisar o remover los límites en la duración del embarazo que no son médica ni legalmente necesarios	En algunos países, por ejemplo, se fija un límite de 8 semanas para la realización de una aspiración al vacío manual, si bien ésta puede ser utilizada de manera segura hasta las 12 semanas por proveedores entrenados
Tiempo de espera entre la solicitud y la provisión del aborto, o listas de espera	Eliminar los períodos de espera que no son médicamente necesarios, y expandir los servicios para atender rápidamente a todas las mujeres que reúnen los requisitos para abortar.	Los períodos de espera retrasan innecesariamente la atención y disminuyen la seguridad

Barreras	Acciones posibles	Fundamentos lógicos
Autorización del marido, o notificación o autorización paterna	Si la ley no lo requiere, asegurar que los proveedores no impongan la autorización del marido ni la paterna. Si la ley lo requiere en caso de menores solteras, permitir la autorización de otras personas que no sean los progenitores, si la menor siente que no se puede acercar a sus padres (por ejemplo, un padre abusivo)	Dichos requerimientos desaniman a la mujer a buscar cuidado a tiempo y pueden llevarla a un aborto autoinducido riesgoso o a un servicio clandestino
Ciertas mujeres son excluidas de los servicios por los proveedores del cuidado de la salud	Permitir que todas las mujeres a las que la ley autoriza accedan a los servicios de aborto, libres de discriminación por su estado civil, edad o cualquier otra característica que la ley no especifique. Enseñar a los proveedores a no discriminar y sancionar a aquellos que lo hagan	Los documentos de consensos internacionales reconocen los derechos de los individuos a acceder a los métodos de su elección, que no estén en contra de la ley, para regularizar la fertilidad
Exigencia de que las víctimas de violación o incesto eleven cargos contra el agresor, obtengan informes policiales, la autorización del tribunal, o sigan otros pasos para calificar para el aborto que no son médicamente necesarios	Minimizar los requerimientos, desarrollar y utilizar protocolos claros para facilitar una rápida derivación y acceso al cuidado apropiado. Capacitar a los policías, funcionarios de tribunales y proveedores del cuidado de la salud, a fin de que entiendan la necesidad de una acción rápida y compasiva y de coordinar sus servicios	Los requerimientos jurídicos retrasan el cuidado necesario y aumentan la probabilidad de abortos no seguros
Las restricciones innecesarias sobre el tipo de instituciones que proveen abortos limitan el acceso a las mujeres que están facultadas por la ley nacional	Para cumplir con el derecho del ser humano a la no discriminación, se deben extender los servicios que reúnen los requisitos de seguridad, de manera tal que todas las mujeres facultadas por la ley nacional tengan acceso, independientemente de su residencia, ingresos u otros factores.	Las restricciones innecesarias a centros de servicios impide a las mujeres un acceso temprano, aumenta los costos y puede estimularlas a buscar atención en un proveedor local, pero no calificado

Barreras	Acciones posibles	Fundamentos lógicos
Estándares que sobre-medicalizan el aborto (por ejemplo, el uso obligatorio de ecografías, instalaciones ambulatorias, anestesia general, quirófano, etc.)	Remover los requisitos que no estén médicamente indicados. Modificar las normas de los servicios y asegurarse de que las instituciones de capacitación las sigan	La sobre- medicalización aumenta los costos, reduce la disponibilidad de los servicios, y no sólo no mejora a seguridad ni la calidad de la atención, sino que hasta puede reducirlas
Sólo los médicos están capacitados para realizar un aborto	Capacitar a proveedores de nivel intermedio, en la medida en que lo permita la ley	Especialmente en situaciones donde la proporción médico-paciente es baja, este requisito impide a las mujeres acceder a los servicios tempranamente, aumenta los costos y lleva a que las mujeres busquen atención de proveedores no calificados. Proveedores de nivel intermedio entrenados (por ejemplo, las obstetrices) pueden realizar una aspiración al vacío sin riesgo y proveer métodos médicos de aborto
Los profesionales de la salud se niegan a atender abortos basándose en objeciones de conciencia, pero no derivan a la mujer a otro proveedor	Solicitar a cualquier profesional que alegue objeciones de conciencia que siga los estándares profesionales éticos	Los estándares profesionales éticos generalmente requieren que el profesional de salud derive a la mujer a otro proveedor entrenado y dispuesto dentro del mismo centro o a otro de fácil acceso. Si la derivación no es posible y la vida de la mujer está en juego, se debe requerir al profesional de la salud que realice el aborto, en cumplimiento de las leyes nacionales

Barreras	Acciones posibles	Fundamentos lógicos
Los métodos de aborto se limitan innecesariamente	Introducir todos los métodos adecuados a las capacidades del sistema de salud	En algunos países por ejemplo, la DyC es el único método utilizado, pese a que la aspiración al vacío sería más segura, menos costosa y también adecuada a todos los niveles del sistema de salud. La introducción de métodos médicos, además de los quirúrgicos ampliarían el acceso
Honorarios oficiales e informales u otros cargos reducen el acceso a los servicios, especialmente a mujeres pobres y adolescentes que no pueden costearlos	Desarrollar e implementar esquemas equitativos de recuperación de costos, que aseguren que las mujeres sin dinero puedan acceder a los servicios. Fijar los honorarios en forma acorde a los costos y monitorizar e impedir los cargos informales	La reducción de los honorarios amplía el acceso. Los costos de los subsidios se compensarán con el ahorro que implica la reducción de abortos no seguros y los costos del manejo de sus complicaciones
No se asegura la confidencialidad	Establecer normas de confidencialidad, entrenar al personal, monitorizar y asegurar su acatamiento. Modificar el sistema de registro, de manera que no se conozca la identidad de la mujer. Contar con un espacio privado para el asesoramiento, a fin de que nadie escuche las conversaciones	La confidencialidad es un principio clave de la ética médica; el no garantizarla puede llevar a la mujer a buscar un proveedor no calificado

Referencias

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.

Alvarez-Lajonchere C. (1989) Commentary on abortion law and practice in Cuba. *International Journal of Gynecology and Obstetrics Supplement* 3:93/95.

Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.

Billings DL, Moreno C, Ramos C, Gonzalez de Leon D, Ramirez R, Martinez LV and Diaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.

Grupte M, Bandewar S and Pisal H. (1997) Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 5(9):77-86).

Iyengar K and Iyengar SD. (2002) Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters* 10(19):55-64.

Koster-Oyekun W. (1998) Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based in Western Province. *Social Science and Medicine* 46:1303-1312.

Mundigo AI and Indriso D (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.

Oye-Adeniran BA, Umoh AV and Nnatu SNN. (2002) Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters* 10(19):19-22.

Rahman A, Katzive L and Henshaw SK. (1998) A global review of laws on induced abortion, 1985-1997.

International Family Planning Perspectives 24:56-64.

United Nations. (1995) *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)

United Nations. (1996) *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations. (Sales No. 96.IV.13)

United Nations. (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add.1)

United Nations. (2001a) *Abortion policies: a global review. Volume I Afghanistan to France*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/187)

United Nations. (2001b) *Abortion policies: a global review. Volume II Gabon to Norway*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/191)

United Nations. (2002) *Abortion policies: a global review. Volume III Oman to Zimbabwe*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/196)

United Nation Population Division. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations Population Division. (ST/ESA/SER.A/178)

Veira Villela W and de Oliveira Araujo MJ. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.

World Health Organization. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/97.16)

World Health Organization. (2001) *Basic documents*. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.

Anexo 1 Bibliografía recomendada

American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic Violence. ACOG educational bulletin. (2000) *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 71:79-87.

Annet H and Rifkin S. (1995) *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs*. Geneva, World Health Organization.

AVSC International. (1995) *Postabortion women. In AVSC International. Family planning counseling - a curriculum prototype*. New York, AVSC International.

AVSC International. (1999) *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics*. New York, AVSC International.

AVSC International. (2000) *Infection prevention: multimedia package (Training CD-ROM and reference booklet)*. New York, AVSC International.

Baird DT, Grimes DA and Van Look PFA (eds). (1995) *Modern methods of inducing abortion*. Oxford, Blackwell Science.

Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000) *Clinician's guide for second trimester abortion*. Carrboro, NC, Ipas.

Baird TL and Flinn SK. (2001) *Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Baker A. (1995) *Abortion and options counseling: a comprehensive reference*. Granite City, IL, The Hope Clinic for Women.

Bertrand J and Tsui A. (1995) *Indicators for reproductive health program evaluation*. Chapel Hill, NC, The Evaluation Project.

Brazier E, Rizzuto R and Wolf M. (1998) *Prevention and management of unsafe abortion: a guide for action*. New York, Family Care International.

Center for Reproductive Law and Policy. (2000) *Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action*. New York, Center for Reproductive Law Policy.

Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus TM - Reference manual and trainer's manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Expanding global access to emergency contraception. A collaborative approach to meeting women's needs*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Cook R and Dickens B. (2001) *Advancing safe motherhood through human rights*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.5)

Cook RJ, Dickens BM and Bliss LE. (1999) *International developments in abortion law from 1988 to 1998*. American Journal of Public Health 89:579-586.

Counseling the postabortion patient: training for service providers. Trainer's guide (draft). (1999) New York, AVSC International.

DataPAC Core Questionnaire Series. Final Report. (1998) Carrboro, NC, Ipas. (2001)

DeBruyn M. (2001) *Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide*

data and recommendations for action. Chapel Hill, NC, Ipas.

Dickson-Tetteh K, Gabriel M, Rees H, Gringle R and Winkler J. (1998) *Abortion care manual: a guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortion and related reproductive health matters*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.

Foreit R and Frejka T (eds). (1998) *Family planning operations research*. New York, Population Council.

Gerhardt AJ, Hausknecht R, Baird TL and Shochet T. (2000) *Manual vacuum aspiration. Slide presentation on one compact disc*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.

Germain A and Kim T (1998) *Expanding access to safe abortion: strategies for action*. New York, International Women's Health Coalition.

Hord CE. (2001) *Making safe abortion accessible: a practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Hord CE, Baird TL and Billings DL. (1999) *Advancing the role of midlevel providers in abortion and postabortion care: a global review and key future actions*. Issues in Abortion Care No. 6. Carrboro, NC, Ipas.

Huber D. (1997) *Postpartum and postabortion contraception: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). (1999) *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone.

Pereira IG and Novaes da Mota C. (2000) *Manual para o estabelecimento de um servico de atendimento para aborto previsto por lei [Manual for establishing services for providing abortion foreseen by law]*. Carrboro, NC, Ipas.

Physicians for Reproductive Choice and Health. (1999) *Medical abortion slide and lecture presentation*. New York, Physicians for reproductive Choice and Health.

Policar MJ and Pollack AE. (1995) *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1997) *Refugee reproductive health needs assessment field tools*. New York, RHR Consortium.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1998) *Five-day training program for health personnel on reproductive health programming in refugee settings*. New York, RHR Consortium.

Rinehart W, Rudy S and Drenna M. (1998) *GATHER guide to counseling*. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Santana F, Sloan NL, Schiavon R, Billings D, King T, Pobia B and Langer A. (2000) *Guidelines and instructions for monitoring and evaluation of postabortion care services (electronic version 1.0)*. New York, The Population Council.

Solter C, Farrell B and Gutierrez M. (1997) *Manual vacuum aspiration: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Talluri-Rao S and Baird TL. (1999) *Counseling and information guide for medical abortion - with training guide*. Chapel Hill, NC, Ipas.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. For further information related to International Human Rights Covenants, Conventions and other documents see: www.unhchr.ch.

Varkey SJ, Fonn S and Ketlhapile M. (2001) *Health workers for choice: working to improve quality of abortion services*.

Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand.

WHO Certification scheme on the quality of pharmaceutical products moving in international commerce. For online information see www.who.int/medicines/library/dap.

Winkler J and Gringle R. (1999) *Postabortion family planning: a two day curriculum for improving counseling and services.* Chapel Hill, NC, Ipas.

Wolf M and Benson J. (1994) *Meeting women's needs for postabortion family planning: report of Bellagio technical working group.* International Journal of Gynecology and Obstetrics 45 (Supplement).

World Health Organization. (1995) *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment.* Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (1996) *Studying unsafe abortion: a practical guide.* Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/96.25)

World health Organization. (1997) *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers.* Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/97.20)

World Health Organization. (1999) *Interpreting reproductive health.* Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.7)

World Health Organization. (2000) *Strengthening the provision of adolescent friendly health services to meet the health and development needs of adolescents in Africa. A consensus statement.* Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/CAH/01.16 and AFR/ADH/01.3)

Yordy L, Leonard AH and Winkler J. (1993) *Manual vacuum aspiration guide for clinicians.* Carrboro, NC, Ipas.

Anexo 2 Documentos de consensos internacionales con relación al aborto sin riesgo

En décadas recientes, el entendimiento internacional de los derechos civiles, sociales y económicos básicos, con los que nacen todas las personas, se ha profundizado y se ha articulado progresivamente en acuerdos, tratados y otros instrumentos internacionales. Dichos acuerdos crean una base sólida para una mejoría real en la vida de las personas, debido a que las naciones que los ratifican se comprometen a mantener los derechos allí enumerados, inclusive mediante el ajuste de leyes y políticas.

La serie de Conferencias Internacionales, que se llevaron a cabo durante la década del 90, desarrollaron documentos que trataban aspectos de la salud reproductiva. Estos documentos de consensos internacionales, que han sido adoptados por la mayoría de los países, encuentran respaldo en el marco de los Órganos de Control de los Tratados sobre Derechos Humanos, y han sido sumamente explícitos en la articulación de los derechos relacionados con la salud reproductiva. A continuación, se presentan declaraciones de documentos recientes de consensos internacionales que resaltan los temas relevantes relacionados con el aborto sin riesgos.

1974 Conferencia Población Mundial, Plan de Acción de Bucarest

"Todas las parejas e individuos tienen el derecho básico a decidir libre y responsablemente la

cantidad de hijos que desean tener y con qué frecuencia, y a tener la información, educación y medios para hacerlo”.

Párrafo 14(f)

1984 Recomendaciones para una implementación de mayor alcance del Plan de Acción de la Población Mundial, Ciudad de México.

“El Plan de Acción de la población Mundial reconoce como uno de sus principios el derecho humano básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos y la frecuencia con que tenerlos. Para que este derecho se haga efectivo, las parejas e individuos deben tener acceso a los medios, información y educación necesarios para regular su fertilidad, independientemente de las metas demográficas globales del gobierno”.

Párrafo 24

1994 Programa de Acción Adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo.

“Avanzar hacia la igualdad y equidad de género y las facultades de la mujer... y asegurar el derecho de las mujeres de controlar su propia fertilidad son pilares de los programas relacionados con la población y el desarrollo”.

Principio 4

“La salud reproductiva no es meramente la ausencia de enfermedad o afección, sino un estado de total bienestar físico, mental y social en todos los temas

relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva, por ende, implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y que tienen el derecho de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Implícitamente en esta última condición están los derechos de hombres y mujeres a ser informados y tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que no presenten riesgos, sean efectivos y aceptables y estén económicamente a su alcance, así como a otros métodos de su elección para la regulación de la fertilidad que no estén contra la ley...”

Párrafo 7.2

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya son reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos consensuados. Estos derechos se basan en el reconocimiento de los derechos básicos de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo, así como en el derecho de obtener el máximo estándar de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a tomar decisiones con relación a la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencia... La promoción del ejercicio responsable de estos derechos [reproductivos] debe ser la base fundamental para políticas y programas sostenidos por el gobierno y la comunidad en el área de la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar”.

Párrafo 7.3

“Los gobiernos deben tomar medidas para facilitar que las parejas e individuos se hagan responsables de su propia salud reproductiva mediante la remoción de barreras innecesarias de índole legal, médica, clínica y reglamentaria, y para que accedan a servicios y métodos de planificación familiar”.

Párrafo 7.20

“En ningún caso se debe promocionar el aborto como un método de planificación familiar. Se insta a todos los gobiernos y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales relevantes a fortalecer su compromiso con la salud de la mujer, a manejar el impacto que el aborto no seguro* provoca en la salud como una preocupación mayor de la salud pública, y a reducir el recurso del aborto mediante el mejoramiento y expansión de los servicios de planificación familiar. Siempre se debe dar la mayor prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y todos los esfuerzos debe estar dirigidos a eliminar la necesidad del aborto. Las mujeres con embarazos no deseados deben tener rápido acceso a información confiable y asesoramiento compasivo. Cualquier medida o cambio relacionado con el aborto dentro del sistema de salud sólo puede determinarse a nivel nacional o local en concordancia con el proceso legislativo nacional. En aquellas circunstancias en las que el aborto no está contra la ley, el mismo no debe presentar riesgos. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el manejo de las complicaciones secundarias al aborto. El asesoramiento, la educación y los servicios de planificación familiar postaborto deben ofrecerse rápidamente, lo cual ayudará a prevenir nuevos abortos.

* El aborto no seguro se define como aquel procedimiento para terminar con un embarazo no deseado que se realiza, ya sea a través de personas

que carecen de la capacitación necesaria, o en un ambiente que carece de los mínimos estándares médicos, o ambos (OMS)”

Párrafo 8.25

1995 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing.

“Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia. La igualdad entre mujeres y hombres con respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el total respeto por la integridad de la persona, requiere respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida sobre la conducta sexual y sus consecuencias”

Párrafo 96

“Los gobiernos en colaboración con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el apoyo de instituciones internacionales [deben]:

- j. Reconocer y tratar el impacto del aborto no seguro en la salud como una preocupación mayor de la salud pública, según se acordó en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo;
- k. A la luz del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional en Población y Desarrollo... considerar la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales”.

Párrafo 106

1999 Acciones claves para una Implementación de Mayor Alcance del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

“(i) En ningún caso se debe promocionar el aborto como un método de planificación familiar. Se insta a todos los gobiernos y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales relevantes a fortalecer su compromiso con la salud de la mujer, a manejar el impacto que el aborto no seguro provoca sobre la salud como una preocupación mayor de la salud pública y a reducir el recurso del aborto mediante el mejoramiento y expansión de los servicios de planificación familiar. Siempre se debe dar la mayor prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y todos los esfuerzos debe estar dirigidos a eliminar la necesidad del aborto. Las mujeres con embarazos no deseados deben tener rápido acceso a información confiable y asesoramiento compasivo. Cualquier medida o cambio relacionado con el aborto dentro del sistema de salud sólo puede determinarse a nivel nacional o local en concordancia con el proceso legislativo nacional. En aquellas circunstancias en las que el aborto no está contra la ley, el mismo no debe presentar riesgos. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el manejo de las complicaciones secundarias al aborto. El asesoramiento, la educación y los servicios de planificación familiar postaborto deben ofrecerse rápidamente, lo cual ayudará a prevenir nuevos abortos.

(ii) Los gobiernos deben tomar medidas apropiadas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, el cual en ningún caso debe promocionarse como un

método de planificación familiar, y en todos los casos, ofrecer un tratamiento y asesoramiento humanos a las mujeres que han recurrido al aborto.

(iii) En el reconocimiento y la implementación de lo citado precedentemente, y en aquellas circunstancias en las que el aborto no esté contra la ley, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean sin riesgo y accesibles. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres”.

Párrafo 63

2000 Mayores Acciones e Iniciativas para implementar la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción.

“Diseñar e implementar programas con la total participación de adolescentes, a fin de brindarles educación, información y servicios específicos, amigables y accesibles, sin discriminación, para que manejen sus necesidades en salud sexual y reproductiva efectivamente, teniendo en cuenta su derecho a la privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado y las responsabilidades, derechos y deberes de los padres o tutores legales en proveer a los chicos, de manera coincidente con sus capacidades evolutivas, una dirección y guía apropiada en el ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención de los Derechos del Niño y en conformidad con CEDAW y asegurar que en todas las acciones que involucren a niños, el interés de estos será la principal consideración”.

Párrafo 115fbis

Anexo 3 Instrumentos y suministros para la aspiración por vacío manual (AVM)

Suministros básicos

- Set de infusión endovenosa y fluidos (lactato de sodio, solución glucosada, solución salina)
- Aspiradores (jeringas) (5, 10 y 20 ml)
- Aguja (medida espinal 22 para bloqueo paracervical; medida 21 para la administración de drogas)
- Guantes estériles (pequeños, medianos y grandes)
- Hisopos de algodón o esponjas de gasa
- Solución antiséptica con base acuosa (no con base de alcohol)
- Detergente o jabón
- Agua limpia
- Cloro o glutaraldehído para desinfección/decontaminación
- Agentes con alto nivel de desinfección o esterilización

Instrumentos y equipos

- Espéculo vaginal
- Pinza erina
- Pinzas de aro, pinzas con gazas
- Dilatadores Pratt o Denniston: tamaños 13 a 27 French
- Recipientes para soluciones antisépticas

- Filtros (metal, vidrio o gasa)
- Plato de vidrio claro para la inspección de los tejidos

Medicación

- Medicación analgésica (por ejemplo, acetaminofeno, ibuprofeno o pethidina)
- Medicación contra la ansiedad (por ejemplo diazepam)
- Anestesia- cloroprocaína (1-2%) o lidocaína (0.5-2%) sin epinefrina
- Ocitocina 10 unidades o ergotamina 0.2 mg

Instrumentos para la AVM

- Aspirador al vacío
- Cánulas flexibles de distintos tamaños
- Adaptadores, si se necesitan
- Silicona para lubricar las jeringas, si se necesita

Anexo 4 Anticoncepción posterior al aborto

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
Anticonceptivos orales (combinados o píldoras de progesterona sola)	Puede comenzar el uso de píldoras combinadas o de progesterona sola inmediatamente, inclusive en el día del procedimiento	- Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar el inicio de las píldoras y proveer mientras tanto preservativos - No brindan protección contra infecciones por VIH/ITS - Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección
Injectables (AMPD - acetato de medroxiprogesterona depot, EN-NET -entanato de noretisterona), Cyclofem y Mesigyna)	Pueden administrarse inmediatamente	- Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la primera inyección y proveer mientras tanto preservativos - No brindan protección contra VIH/ITS - Pueden iniciarse inmediatamente, aún en presencia de infección
Implantes	Pueden aplicarse inmediatamente	- Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la colocación y proveer mientras tanto preservativos - Se requiere un proveedor para la colocación y remoción - No brindan protección contra VIH/ITS - Puede colocarse inmediatamente, aún en presencia de infección

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
DIU	• El DIU puede colocarse si se descartan el riesgo o presencia de infección • Retrasar la colocación hasta que sanen las heridas severas, se controle la hemorragia y mejore la anemia aguda	• Si no se puede garantizar un asesoramiento adecuado y toma de decisión informada, retrasar la colocación y mientras tanto proveer preservativos • Se requiere un proveedor idóneo para la colocación y remoción • No brinda protección contra VIH/ITS • Existe cierta preocupación sobre un riesgo mayor de expulsión después de abortos del segundo trimestre • Durante su inserción puede haber perforación uterina • Si hay infección, el DIU no debe colocarse, al menos hasta 3 meses después del aborto
Preservativos	• Utilizarlos tan pronto como se reinicien las relaciones sexuales	• Buen método interino, si se ha elegido otro método que no puede iniciarse inmediatamente; buen método permanente si se usa regular y correctamente • El preservativo masculino es el único método que ha probado proveer protección tanto para el embarazo, como contra VIH/ITS • El preservativo femenino ayuda a proteger contra VIH/ITS, pero puede ser menos efectivo que el masculino

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
Espermicidas (espuma, crema, película, jalea, óvulos, tabletas)	• Utilizar tan pronto como se reinicien las relaciones sexuales	• Posible método interino, si la iniciación de otro debe posponerse • Sustancialmente menos efectivo que otros métodos • No brinda protección contra VIH/ITS
Métodos de barrera (diafragmas utilizados con espermicidas, capuchón cervical)	• El diafragma puede colocarse inmediatamente después de abortos del primer trimestre • Después de abortos del segundo trimestre, la colocación del diafragma debe retrasarse hasta que el útero vuelva al tamaño previo al embarazo (6 semanas) • La colocación del capuchón cervical debe retrasarse hasta que el útero vuelva al tamaño previo al embarazo (4 a 6 semanas)	• El diafragma colocado antes de un aborto del segundo trimestre puede ser demasiado pequeño inmediatamente después del procedimiento, dados los cambios en el tejido vaginal y/o el cervix • El diafragma puede brindar cierta protección contra las ITS, pero no se debe asumir su protección contra el VIH
Métodos tomando en cuenta el período fértil	• No se recomiendan para su uso inmediato postaborto • Las mujeres pueden utilizarlo tan pronto como hayan completado 3 menstruaciones postaborto	• Su efectividad es altamente dependiente del uso correcto • No brinda protección contra VIH/ITS

Método	Tiempo desde el aborto	Notas
Ligadura de trompas	- La ligadura de trompas (mini laparotomía o laparoscopia) puede llevarse a cabo inmediatamente después de un aborto sin complicaciones - En casos de sepsis postaborto o fiebre, hemorragia severa postaborto, trauma severo al tracto genital o hematometra aguda, el procedimiento debe retrasarse hasta completar satisfactoriamente el tratamiento y/o curar la herida	- Un adecuado asesoramiento, toma de decisión informada y consentimiento deben llevarse a cabo antes del procedimiento voluntario de esterilización (ligadura de trompas) - No brinda protección contra VIH/ITS
Píldoras anticonceptivas de emergencia (levonorgestrel solo o regímenes de estrógenos y progesterona combinados)	Pueden utilizarse tan pronto como se hayan mantenido relaciones sexuales sin protección	- No apto como método anticonceptivo regular - Importante método de respaldo después de una relación sexual sin protección - No brinda protección contra VIH/ITS

Fuente: La información en esta tabla se basa en : [Organización Mundial de la Salud \(2000\)](#) *Mejorar el acceso a cuidados de calidad en Planificación Familiar - Criterios de Elegibilidad Médica para el uso anticonceptivo*. Segunda Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR/00.2)

En Junio de 1999, una Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas revisó y evaluó los progresos de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), llevada a cabo en El Cairo, en 1994. En esta sesión especial, los gobiernos del mundo reconocieron nuevamente que el aborto no seguro constituía una preocupación mayor de la salud pública, y garantizaron su compromiso en reducir la necesidad de abortos a través de un mejoramiento y expansión de los servicios de planificación familiar. También acordaron que, “en circunstancias en las que el aborto no está contra la ley, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean sin riesgo y accesibles. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres”.

Esta publicación sobre guías técnicas y de políticas es el resultado de una Consulta Técnica, de una extensa revisión de evidencia y de revisiones adicionales realizadas por expertos de todo el mundo en los campos de la medicina, las ciencias sociales, las leyes, la ética, la provisión de servicios e información y las políticas de salud. La publicación debería ser de utilidad para una gran variedad de profesionales de la salud y otros, dentro y fuera de los gobiernos, que están trabajando para reducir la mortalidad y morbilidad materna. Provee una revisión integral de las numerosas acciones que se pueden llevar a cabo para asegurar el acceso a servicios de aborto de buena calidad, según los autorice la ley.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

20 Avenue Appia

1211 Ginebra 27, Suiza

www.who.int/reproductive-health