

Funciones del personal sanitario en la
atención para un **aborto sin riesgos**
y los **métodos anticonceptivos**
después del aborto



Organización
Mundial de la Salud

Funciones del personal sanitario
en la atención para un **aborto
sin riesgos y los métodos
anticonceptivos después
del aborto**



Organización
Mundial de la Salud

Nota de agradecimiento

Estas directrices han sido elaboradas por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los muchos funcionarios y consultores del Departamento que han contribuido a esta iniciativa. Damos las gracias asimismo al personal del Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud, Oslo (Noruega) por su trabajo de síntesis y evaluación de la evidencia, y al Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo, por permitir al personal dedicar parte de su tiempo a este proyecto.

También estamos muy agradecidos a los miembros del Grupo de elaboración de las directrices y a los revisores inter pares externos.

En el **anexo A, Contribuidores a las directrices**, se presenta una lista completa de las personas que han colaborado y sus funciones específicas.

Edición, diseño y maquetación: Green Ink (greenink.co.uk)

Portada: J. Petitpierre

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto.

1.Aborto Inducido. 2.Anticoncepción. 3.Personal de Salud. 4.Guía. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 354926 2

(Clasificación NLM: WQ 440)

© Organización Mundial de la Salud 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

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

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

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

Printed in Uruguay



Índice

Abreviaturas y siglas	v
Sinopsis	1
Justificación de estas directrices	3
Proceso de elaboración de las directrices	4
Resumen de las recomendaciones	4
Necesidades de investigación	11
Actualización y revisión	11
Tareas y personal de salud considerados en estas directrices	12
Información general	15
Escasez de profesionales de la salud	17
Existen intervenciones eficaces, seguras y sencillas para el aborto sin riesgos y la atención postaborto	17
Otras directrices mundiales pertinentes	19
Objetivos de estas directrices	19
Proceso de elaboración de las directrices	21
Los contribuidores y sus funciones	23
Alcance y formulación de las preguntas de las directrices	24
Recuperación y síntesis de la evidencia	24
Evaluación de la confianza en la evidencia	26
De la evidencia a las recomendaciones	26
Recomendaciones	29
Consideraciones Generales	31
Clasificación de las recomendaciones	32
Manejo del aborto y atención postaborto en el primer trimestre de embarazo	33
Manejo del aborto y atención postaborto en los embarazos de más de 12 semanas	45
Tratamiento de las complicaciones sin riesgo para la vida	53
Información sobre el aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos	55
Asesoramiento antes y después del aborto	56
Anticonceptivos después del aborto	57

Necesidades de investigación y consideraciones sobre la aplicación	65
Necesidades de investigación	67
Consideraciones generales sobre la aplicación	67
Difusión, adaptación, vigilancia y revisión de las directrices	69
Difusión y adaptación de las directrices	71
Vigilancia del uso de las directrices	71
Revisión y actualización de las directrices	71
Referencias	73
Anexo A: Contribuidores a las directrices	77

Material complementario

En la página web

www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/ se pueden consultar además los siguientes documentos complementarios en forma de anexos.

Suplemento 1 en la web:

Marcos para el paso de la Evidencia a la toma de Decisiones (EtD)

- En este suplemento se resumen la evidencia y la información en que se basaron las recomendaciones y el proceso seguido para darles forma.

Suplemento 2 en la web:

Anexos 1 a 26: Base de datos probatorios sobre los beneficios y los daños

- En este suplemento se resumen todas las revisiones sistemáticas, estrategias de búsqueda, tablas de Resumen de Resultados y tablas GRADE, y además se describen las PICO.

Suplemento 3 en la web:

Anexos 27 a 40: Evidencia sobre la aceptabilidad y la viabilidad

- Este suplemento presenta resumidamente todas las revisiones sistemáticas cualitativas, estrategias de búsqueda, tablas de Resumen de Resultados y evaluaciones CERQual.



Abreviaturas y siglas

AE	auxiliar de enfermería
AVE	aspiración por vacío eléctrica
AVM	aspiración por vacío manual
CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DDI	declaración de intereses
DECIDE	Desarrollar y Evaluar Estrategias de Comunicación para Apoyar Decisiones y Prácticas Informadas sobre la Base de la Evidencia
DIU	dispositivo intrauterino
DyE	dilatación y evacuación
Embase	Excerpta Medica database
EPA	enfermera-partera auxiliar
EtD	de la Evidencia a la toma de Decisiones
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GED	Grupo de elaboración de las directrices
GRADE	Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PICO	población, intervención, comparación y resultados
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Sinopsis

Tareas y personal sanitario



Sinopsis

Rebasar el ámbito de los especialistas para hacer participar a una más amplia gama de trabajadores sanitarios constituye una estrategia de salud pública cada vez más importante. Una delegación de funciones y un reparto de tareas planificados y regulados permiten optimizar de forma racional el personal sanitario disponible, afrontar las situaciones de escasez de profesionales en el sistema de salud y mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud entre quienes los utilizan.

Justificación de estas directrices

Aunque se dispone de intervenciones seguras, simples y eficaces basadas en la evidencia, cada año se registran casi 22 millones de abortos inseguros, que siguen contribuyendo de forma relevante a la carga mundial de mortalidad y morbilidad maternas.

Entre los muchos obstáculos que limitan el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos, uno de los más críticos es la falta de personal bien preparado. Se estima que el déficit mundial de profesionales de la salud calificados alcanzará los 12,9 millones en 2035. Estas carencias son especialmente apremiantes en aquellas regiones que tienen también una alta carga de aborto peligroso y de la mortalidad conexas. Por añadidura, la mayoría de los países, incluidos muchos de altos ingresos, presentan disparidades subnacionales en lo relativo a la disponibilidad de personal sanitario competente, con problemas de escasez especialmente graves en las zonas rurales o el sector público.

Las barreras normativas, la estigmatización o la falta de voluntad de algunos profesionales de la salud para brindar atención pueden limitar aún más la disponibilidad de personal capacitado para el aborto sin riesgos y la atención postaborto en muchas circunstancias. Esto deja a algunas subpoblaciones de mujeres -como por ejemplo las que viven en zonas rurales, las que tienen un bajo nivel educativo, las pobres, las adolescentes o las solteras- en una situación de riesgo de aborto inseguro.

Aunque en muchos entornos la prestación de atención relacionada con el aborto se limita a los médicos especialistas, muchas de las intervenciones basadas en la evidencia en materia de aborto sin riesgos y atención después del aborto, especialmente las aplicadas en las primeras fases del embarazo, se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria en el nivel de atención primaria. La posibilidad de recurrir al aborto médico (esto es, aborto no quirúrgico sino mediante medicamentos) como una opción segura y eficaz se ha traducido en una mayor simplificación de los criterios y de las aptitudes exigibles al personal sanitario para ofrecer unos servicios de aborto seguro, lo que autoriza a plantearse la ampliación de las funciones de una gama mucho mayor de trabajadores de la salud en la prestación de servicios de aborto sin riesgos.

Aunque hay escasez de todo tipo de profesionales sanitarios cualificados, las carencias y desequilibrios internos de los países son especialmente acusados en el caso de los médicos. El informe de 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el personal sanitario mundial destaca el hecho de que en muchos entornos aún no se recurre lo suficiente a muchos profesionales, como parteras, enfermeras y auxiliares, con formación avanzada. La participación de tales trabajadores de la salud puede hacer más accesibles esos servicios para las mujeres cuando estas los necesiten.

Si bien en la publicación de la OMS *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, de 2012*, se destacaba que unos proveedores de atención sanitaria debidamente formados, incluidos trabajadores no médicos capacitados en procedimientos clínicos básicos relacionados con la salud reproductiva, pueden dispensar servicios de aborto de forma segura, en el texto no se formulaban recomendaciones específicas respecto a los diferentes tipos de trabajadores de la salud o las tareas que se prestan a la delegación de funciones o el reparto de las mismas. No hay otras directrices mundiales que proporcionen esa orientación, aunque en las recomendaciones *OptimizeMNH*, publicadas en 2012, se han incluido algunas indicaciones relacionadas con la delegación de funciones en lo concerniente al suministro de anticonceptivos. Por ello, estas directrices pretenden llenar ese vacío con recomendaciones basadas en la evidencia sobre la seguridad, eficacia, viabilidad y aceptabilidad de la participación de una amplia gama de trabajadores de la salud en la prestación de intervenciones eficaces recomendadas para ofrecer servicios de aborto sin riesgos y atención postaborto, incluido el uso de anticonceptivos después del aborto.

Estas directrices serán de utilidad para planificadores de políticas, ejecutores de programas nacionales y subnacionales, organizaciones no gubernamentales y asociaciones profesionales que intervienen en la planificación y gestión de ese tipo de atención. Aunque varíen las políticas y los entornos normativos en que se inscriben los servicios de aborto sin riesgos, el aborto es legal como mínimo para salvar la vida de la mujer en casi todos los países, más de dos tercios de los países aplican uno o más supuestos adicionales para que el aborto se considere legal, y la prestación de atención para sus complicaciones es siempre legal. Por lo tanto, en la mayoría de las circunstancias existe la posibilidad de mejorar el acceso al aborto sin riesgos y la atención postaborto ampliando las funciones del personal sanitario. La gama de opciones seguras y eficaces aquí recomendadas puede facilitar la toma de decisiones basadas en la evidencia y su adaptación al contexto de la dinámica del personal sanitario, los recursos y las necesidades de salud pública locales.

Proceso de elaboración de las directrices

Las directrices se han desarrollado de acuerdo con los principios establecidos en el *WHO Manual de la OMS para la elaboración de directrices* y bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la OMS. El equipo principal de la OMS (el Grupo de Orientación) contó con el apoyo de un equipo de expertos en síntesis de la evidencia del Centro Noruego de Conocimientos (Norwegian Knowledge Centre) de Oslo, así como de un grupo multidisciplinario de expertos técnicos externos, que constituyeron el Grupo de elaboración de las directrices (GED).

Las tareas y las categorías de trabajadores sanitarios se definieron en función de las observaciones formuladas en consultas técnicas regionales y de las aportaciones de diversos expertos. Las preguntas se formularon con arreglo al formato población, intervención, comparación y resultados (PICO), y se definieron asimismo los resultados prioritarios (seguridad, eficacia, satisfacción, aceptabilidad y viabilidad). Se realizó una búsqueda sistemática, se examinó la evidencia disponible, y se decidió incluir 36 estudios de la eficacia y 204 estudios cualitativos en la base de datos probatorios. Se obtuvieron datos tanto de entornos de altos recursos como de entornos de bajos recursos. El grado de certidumbre de los datos referentes a la seguridad, la eficacia y la satisfacción se evaluó mediante la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE). La confianza en los resultados cualitativos sobre la aceptabilidad y la viabilidad se evaluó mediante el sistema CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research).

Las recomendaciones se ultimaron en consulta con el GED y aplicando marcos explícitos para el paso de la Evidencia a la toma de Decisiones (EtD) en los que se consideraron los beneficios, los daños, la viabilidad y la aceptabilidad, así como el uso de recursos desde la perspectiva de las mujeres, el sistema de salud y el personal sanitario. Las declaraciones de intereses (DDI) se gestionaron siguiendo los procedimientos habituales; no se detectó ningún caso de conflicto de intereses.

Revisores inter pares externos, no relacionados con el proceso de elaboración de las directrices, examinaron y evaluaron críticamente el proyecto de directrices antes de que se diera por finalizado.





Resumen de las recomendaciones

Se han formulado recomendaciones para las funciones relacionadas con los servicios de aborto sin riesgos (en particular los métodos anticonceptivos después del aborto) y el tratamiento de las complicaciones del aborto (lo que se conoce también en algunos entornos como atención postaborto, ofrecida como parte de la atención obstétrica de emergencia). Solo se incluyen las intervenciones clínicas que han sido recomendadas como seguras y eficaces de acuerdo con las actuales orientaciones técnicas de la OMS (esto es, las difundidas en *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*) aEn la tabla 1 se describen las funciones en cuestión.

La gama de trabajadores sanitarios considerados para las distintas tareas fue amplia, pues abarcó a médicos especialistas (obstetricia y ginecología), médicos no especializados en obstetricia y ginecología, clínicos asociados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería (AE) y enfermeras-parteras auxiliares (EPA), médicos de sistemas de medicina complementarios (una proporción importante en algunas regiones), farmacéuticos, empleados de farmacia y trabajadores sanitarios legos. En la tabla 2 se explica esta clasificación con ejemplos ilustrativos.



Para cada combinación de función y trabajador sanitario se ha hecho una recomendación de alguno de los cuatro tipos siguientes:

Tipo de recomendación	Símbolo	Explicación
Recomendada		Los beneficios derivados de la aplicación de esta opción superan los posibles daños. La opción es viable, incluso a gran escala.
Recomendada en determinadas circunstancias		Los beneficios derivados de la aplicación de esta opción superan los posibles daños en circunstancias específicas, circunstancias se describen para cada recomendación. La opción puede aplicarse en esas circunstancias concretas.
Recomendada en el marco de una investigación rigurosa		Existen interrogantes importantes sobre esta opción (en relación con los beneficios, los daños, la aceptabilidad y la viabilidad) y se requiere una investigación rigurosa y bien diseñada para disipar esas incertidumbres.
Desaconsejada		Esta opción no se deberá poner en práctica.

En todas las recomendaciones se asume que los trabajadores sanitarios asignados recibirán formación específica sobre la tarea en cuestión antes de su aplicación. La puesta en práctica de estas recomendaciones exige también mecanismos operativos de vigilancia, supervisión y derivación.

Las recomendaciones pueden aplicarse en entornos tanto de altos como de bajos recursos, y brindan una gama de tipos de trabajadores sanitarios capaces de realizar la tarea en cuestión de forma segura y eficaz. Las opciones se han concebido con carácter incluyente, de modo que no entrañan preferencia alguna ni a favor ni en contra de cualquiera de los proveedores de atención. La elección de un trabajador sanitario específico para una función específica dependerá de las necesidades y las condiciones locales.

Manejo del aborto y atención postaborto en el primer trimestre




	Trabajadores sanitarios legos	Empleados de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementarios	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Parteras	Clinicos asociados / asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Aspiración por vacío para el aborto inducido										
Aspiración por vacío para el tratamiento del aborto incompleto/ aborto espontáneo sin complicaciones										
Aborto médico en el primer trimestre	Recomendación para subtareas (véase infra)		Recomendación para subtareas (véase infra)							
Tratamiento del aborto incompleto/ aborto espontáneo sin complicaciones con misoprostol										

*considerado como parte de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.
 ** considerado fuera del ámbito de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.



Subtareas del aborto médico en el primer trimestre: No se formula ninguna recomendación sobre la prestación independiente de servicios de aborto médico en el primer trimestre para los farmacéuticos o los trabajadores sanitarios legos, pero se dan recomendaciones para algunas subtareas según se indica a continuación:

Subtareas del aborto médico en el primer trimestre

	Trabajadores sanitarios legos	Farmacéuticos
Evaluación de las condiciones exigidas para el aborto médico		
Administración de medicamentos y gestión del procedimiento y de los efectos secundarios comunes de forma autónoma		
Evaluación de la compleción del procedimiento y de la necesidad de un seguimiento clínico ulterior		

Manejo del aborto y atención postaborto después de las 12 semanas

	Trabajadores sanitarios legos	Empleados de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementarios	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados / asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Dilatación y evacuación	✗**	✗**	✗**	✗	✗**	✗**	✗**	Ⓡ	✓	✓*
<i>Preparación del cuello uterino (dilatadores osmóticos)</i>	✗**	✗**	✗**	✗	✗	✓	✓	✓	✓*	✓*
<i>Preparación del cuello uterino (medicación)</i>	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*
Aborto médico > 12 semanas	✗**	✗**	✗**	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓*

Tratamiento de las complicaciones sin riesgo para la vida

	Trabajadores sanitarios legos	Empleados de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementarios	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados / asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Tratamiento inicial de las infecciones postaborto	✗**	✗**	✗**	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*
Tratamiento inicial de la hemorragia postaborto	✗**	✗**	✗**	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*

* considerado como parte de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.
 ** considerado fuera del ámbito de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.



Métodos anticonceptivos después del aborto

	Trabajadores sanitarios legos	Empleados de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementarios	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados / asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Inserción/extracción de dispositivos intrauterinos (DIU)	✗	✗	✗	✓	✓ (para EPA) R (para AE)	✓	✓	✓*	✓*	✓*
Inserción/extracción de implantes	R	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*	✓*
Comienzo/continuación de administración de anticonceptivos inyectables	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*
Ligadura de trompas	✗**	✗**	✗**	✗**	✗	R	R	✓*	✓*	✓*

* considerado como parte de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.

** considerado fuera del ámbito de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.

Asesoramiento antes y después del aborto

	Trabajadores sanitarios legos	Empleados de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementarios	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados / asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Asesoramiento antes y después del aborto										

Suministro de información sobre el aborto sin riesgos





	Trabajadores sanitarios legos	Empleados de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementarios	Auxiliares de enfermería	Enfermeras	Parteras	Clínicos asociados / asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Información sobre proveedores de atención seguros y sobre la legislación										

* * considerado como parte de sus funciones habituales; evidencia no evaluada.



Las propias mujeres tienen un papel que desempeñar en la gestión de su propia salud, y esto constituye otro componente importante del reparto de tareas en los sistemas de salud. En consecuencia, se hicieron las siguientes recomendaciones en relación con los sistemas de autoevaluación y autotratamiento en los contextos en que las mujeres tienen acceso a la información adecuada y a los servicios de salud que pudieran necesitar o buscar en cualquier etapa del proceso.

Criterios para una gestión autónoma

	Gestión autónoma
Aborto médico en el primer trimestre	Ninguna recomendación para la tarea global, pero se dan recomendaciones para componentes específicos según se señala a continuación
Autoevaluación de la elegibilidad	
Administración de mifepristona y misoprostol sin supervisión directa de un profesional de la salud	
Autoevaluación de la compleción del aborto	
Autoadministración de anticonceptivos inyectables	

Necesidades de investigación

La seguridad, eficacia y viabilidad del reparto de tareas entre los trabajadores sanitarios que desarrollan su labor fuera de los centros de salud (es decir, en la comunidad) y en las farmacias son áreas de investigación importantes para el futuro. También son fundamentales las investigaciones sobre la aplicación si se quiere hallar estrategias eficaces para aplicar la delegación de funciones a gran escala en los programas nacionales y subnacionales.

Actualización y revisión

Las recomendaciones presentadas en estas directrices serán revisadas y actualizadas en 2018.

Tareas y personal de salud considerados en estas directrices

Solo se han incluido las tareas ya recomendadas como seguras y eficaces en *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (3)*.

La tarea principal se ha dividido en subtareas en algunos casos en que es viable que diferentes trabajadores sanitarios desempeñen esas subtareas como actividades discretas e independientes, puede que en distintos lugares o en distintos momentos.

Se incluyen modalidades de autotratamiento y autoevaluación para algunas de las tareas, ya que las propias mujeres tienen un papel importante que desempeñar en el cuidado de sí mismas. Estas opciones pueden empoderar a las mujeres y representan además una forma de optimizar el personal sanitario disponible y el reparto de tareas.

Tabla 1. Tareas y subtareas consideradas en las directrices

Tareas específicas abarcadas por las directrices
<p>Manejo del aborto y atención postaborto en el primer trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración por vacío para el aborto inducido • Aspiración por vacío para el tratamiento del aborto incompleto • Aborto médico con mifepristona + misoprostol o solo misoprostol, incluidas las subtareas de: <ul style="list-style-type: none"> – evaluación de las condiciones requeridas – administración de medicamentos y gestión del proceso – evaluación de la compleción del aborto • Tratamiento médico del aborto incompleto con misoprostol • Gestión autónoma de componentes del aborto médico
<p>Manejo del aborto y atención postaborto después de las 12 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación y evacuación (DyE) para el aborto inducido, incluidas las subtareas específicas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos – preparación del cuello uterino con medicamentos • Aborto médico con mifepristona + misoprostol o solo misoprostol
<p>Reconocimiento y tratamiento de las complicaciones sin riesgo para la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial de las infecciones postaborto sin riesgo para la vida • Tratamiento inicial de la hemorragia postaborto sin riesgo para la vida
<p>Asesoramiento y suministro de información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de información general sobre los proveedores de atención seguros, la legislación y los posibles métodos anticonceptivos • Asesoramiento antes y después del aborto
<p>Métodos anticonceptivos después del aborto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserción y extracción de DIU • Inserción y extracción de implantes • Comienzo y continuación del uso de anticonceptivos inyectables • Ligadura de trompas (esterilización femenina)



En la tabla 2 se describen los distintos tipos de trabajadores sanitarios considerados en las directrices. Las descripciones se basan en diversas fuentes, incluidas las directrices sobre delegación de funciones OptimizeMNH (6) y otras publicaciones de la OMS (7-12).

Las descripciones se han adaptado de modo que fuesen lo suficientemente genéricas para poderlas aplicar en diversos entornos. Tienen carácter indicativo e ilustrativo y no aspiran a reemplazar las definiciones formales de los organismos profesionales o las usadas en países específicos, y no son tampoco definiciones oficiales de la OMS.

Tabla 2. Descripción de los distintos tipos de trabajador sanitario

Categoría general	Descripción ilustrativa a efectos de las tareas abarcadas en estas directrices	Ejemplos
Médico especialista	A los efectos de estas directrices, la especialización supone una formación clínica de posgrado y la especialización en obstetricia y ginecología.	Ginecólogo, obstetra
Médico no especialista	A los efectos de estas directrices, el término designa un médico que tiene un título universitario en medicina básica, con o sin formación adicional en medicina general o medicina de familia, pero no en obstetricia y ginecología.	Médico de familia, médico general, médico
Clínico asociado / asociado avanzado	A los efectos de estas directrices, se entiende por tal un médico práctico profesional con las competencias básicas para diagnosticar y tratar problemas médicos y quirúrgicos comunes, así como para realizar algunas intervenciones de cirugía. La formación puede variar según el país, pero por lo general se requieren de 3 a 4 años de estudios postsecundarios en una institución de enseñanza superior reconocida. Los clínicos poseen un título y su ejercicio está regulado por una autoridad normativa nacional o subnacional.	Funcionario médico adjunto, director clínico, facultativo, médico asistente, técnico en cirugía, clínico no médico, auxiliar de consultorio, enfermera ayudante de medicina
Partera	A los efectos de estas directrices, se trata de una persona diplomada por un organismo de partería oficial u otro organismo regulador similar y que ha recibido formación en las aptitudes esenciales para el ejercicio de la partería. La capacitación suele durar tres o más años, se imparte en una escuela de enfermería o partería y conduce a la obtención de un título universitario o equivalente. Una partera titulada posee toda la gama de conocimientos de partería.	Partera titulada, partera, partera de la comunidad, enfermera-partera
Enfermera	A los efectos de estas directrices, se entiende por tal una persona oficialmente autorizada a ejercer (titulada) tras superar un examen organizado por una junta oficial de examinadores de enfermería u otra autoridad reguladora similar. El aprendizaje se prolonga al menos tres años en una escuela de enfermería y conduce a un título universitario o de posgrado equivalente.	Enfermero titulado, especialista en enfermería clínica, enfermera B.Sc
Enfermera-partera auxiliar y auxiliar de enfermería	En el contexto de estas directrices, un auxiliar de enfermería es una persona con formación en aptitudes básicas de enfermería, pero no en la toma de decisiones de enfermería. Una enfermera-partera auxiliar tiene conocimientos básicos de enfermería y algunas competencias en partería, pero no está plenamente cualificada como partera. La formación puede durar entre unos cuantos meses y 2 o 3 años, y puede comprender un periodo de formación en el servicio, que en ocasiones se formaliza como cursos de aprendizajes.	Partera auxiliar, auxiliar de enfermería, enfermera-partera auxiliar, visitador social de familias

Tabla 2 (continuación)

Categoría general	Descripción ilustrativa a efectos de las tareas abarcadas en estas directrices	Ejemplos
Médico de sistemas de medicina complementarios	<p>A los efectos de estas directrices, se entiende por tal un profesional de alguno de los sistemas tradicionales y complementarios de medicina (médico no alópata), cuya formación se ha plasmado en un título universitario de 4 ó 5 años que certifica que ha estudiado anatomía humana, fisiología, manejo de los partos normales y farmacología de los medicamentos más recientes utilizados en obstetricia y ginecología, además de su sistema especial de medicina.</p> <p>En el contexto de estas directrices, se incluye a estos médicos en relación con la prestación de componentes de los servicios de aborto ordinarios.</p>	Médico ayush, médico ayurvédico, médico no alópata.
Farmacéutico	<p>A los efectos de estas directrices, se considera como tal a un profesional de la salud que dispensa medicamentos. Un farmacéutico puede dar consejos sobre el uso correcto y los efectos adversos de los medicamentos recetados por los médicos u otros profesionales de la salud. Su formación comprende estudios de nivel universitario en farmacia teórica y práctica, química farmacéutica u otro campo relacionado con esas materias.</p>	Farmacéutico, farmacéutico clínico, farmacéutico comunitario
Empleado de farmacia	<p>A los efectos de estas directrices, se considera como tal a un técnico o ayudante que realiza diversas tareas relacionadas con la dispensación de medicamentos siguiendo las indicaciones de un farmacéutico. Inventarían, preparan y almacenan los medicamentos y otros compuestos y suministros farmacéuticos, y pueden dispensar medicamentos a los clientes y dar instrucciones sobre su uso conforme a lo prescrito por profesionales sanitarios.</p> <p>Los técnicos suelen recibir formación durante 2 o 3 años en una escuela de farmacia, pero el título obtenido no es de nivel universitario. Los ayudantes han estudiado por lo general 2 o 3 años en una escuela secundaria, con un periodo adicional de formación en el servicio.</p>	Auxiliar de farmacia, técnico dispensador de farmacia, asistente de farmacia, asistente de dispensario
Trabajador sanitario lego	<p>En el contexto de estas directrices, se entiende por tal una persona que ejerce funciones relacionadas con la prestación de atención o el suministro de información en materia de salud y capacitada de alguna manera en los pormenores de la tarea, pero que no ha recibido ningún certificado profesional o paraprofesional ni un título de nivel terciario.</p>	Agente de salud comunitario, agente de salud de aldea, voluntarias de salud comunitaria

Información general

Escasez de profesionales de la salud

Existen intervenciones eficaces, seguras y sencillas para el aborto sin riesgos y la atención postaborto

Otras directrices mundiales pertinentes

Objetivos de estas directrices



Información general

Aunque existen intervenciones sencillas, seguras y eficaces para evitarlo, cada año se registran en el mundo 21,6 millones de abortos peligrosos. Estos abortos siguen constituyendo una carga importante de mortalidad y morbilidad, sobre todo en el mundo en desarrollo (1). El acceso a un aborto sin riesgos se ve limitado por numerosos obstáculos, pero entre ellos destaca la falta de personal con la formación necesaria.

Escasez de profesionales de la salud

Se estima que el déficit mundial de profesionales sanitarios cualificados (parteras, enfermeras y médicos) ascenderá a 12,9 millones en 2035. Como se muestra en la figura 1, 31 países africanos tienen una densidad extremadamente baja de trabajadores sanitarios cualificados (< 22,8 / 10 000 habitantes), pero el conjunto de Asia Sudoriental sufre la escasez más grave en términos absolutos, debido a que los países con muy baja densidad de trabajadores sanitarios son allí muy populosos (2). No es de extrañar que estas sean también las regiones del mundo con una carga especialmente alta de mortalidad asociada al aborto inseguro (1).

Aunque la falta de personal afecta a todos los profesionales sanitarios cualificados, la escasez es más grave en el caso de los médicos, y la densidad poblacional de enfermeras y parteras es mayor que la de los médicos en la mayoría de los países para los que se dispone de datos desglosados (2).

La mayoría de los países, incluidos muchos de ingresos altos, sufren además desequilibrios geográficos subnacionales en lo tocante a la disponibilidad de personal sanitario cualificado como consecuencia de la preferencia de estos trabajadores por las zonas urbanas y el sector privado. Estas disparidades pueden dar lugar a desigualdades en el acceso a la atención médica.

Agravando aún más esa falta general de personal de salud, en muchos lugares la oferta de trabajadores cualificados puede verse afectada también por la escasa prioridad otorgada a la prevención del aborto inseguro, o por obstáculos normativos, de política y programáticos a la formación o la disponibilidad de suministros y productos básicos, o bien por la resistencia de algunos trabajadores de la salud a intervenir en abortos o dispensar atención postaborto (para más detalles sobre esos obstáculos, véase el documento: *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* [3]). La falta de personal bien preparado afecta desproporcionadamente a algunas mujeres, pues deja en situación de mayor riesgo de aborto peligroso en especial a las que viven en zonas rurales o son pobres, con bajo nivel de estudios, jóvenes y solteras.

Según la definición que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por personal sanitario:







Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Ello abarca médicos, enfermeras y parteras, pero también técnicos de laboratorio, profesionales de la salud pública, agentes de salud comunitarios, farmacéuticos y cualquier otro personal de apoyo cuya función principal guarde relación con la prestación de servicios de prevención o fomento de la salud o de carácter curativo.

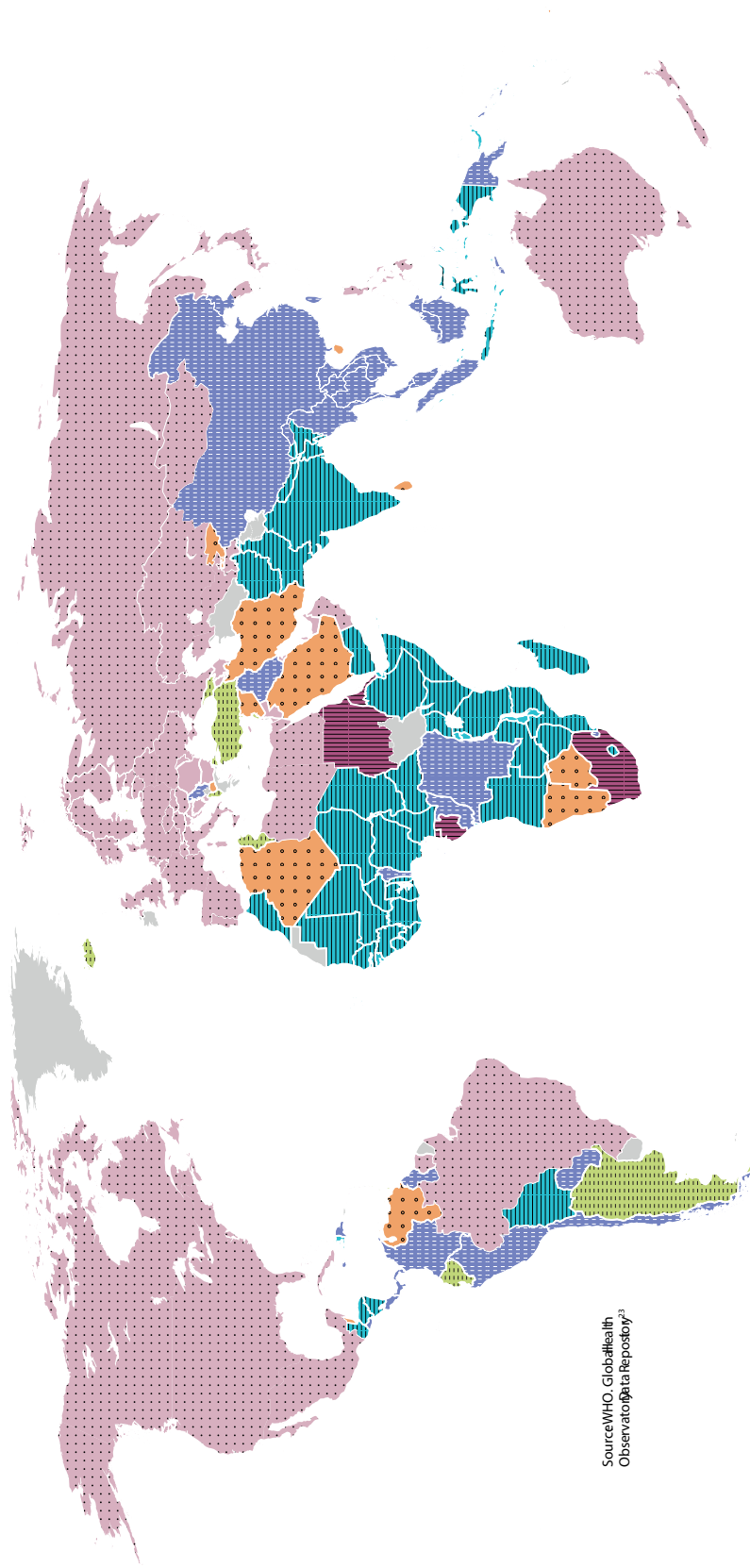
Es ésta una definición amplia e incluyente y, según se resalta en el informe sobre el personal sanitario, hay muchos tipos de trabajadores sanitarios, como por ejemplo prácticos avanzados, parteras, enfermeras y auxiliares, a los que se sigue recurriendo insuficientemente en muchos entornos (2, 4).

Existen intervenciones eficaces, seguras y sencillas para el aborto sin riesgos y la atención postaborto

La delegación de funciones y el reparto de tareas son opciones plausibles y factibles ya que muchas de las intervenciones de aborto sin riesgos, sobre todo en las primeras fases del embarazo, se pueden proporcionar en el nivel de atención primaria y de forma ambulatoria (3). Si bien incluso la aspiración por vacío es un procedimiento de atención primaria, el aborto médico (con píldoras) no es invasivo y simplifica los requisitos de lugar, equipo y aptitudes del personal sanitario. Se sugiere que se reinterprete la definición de aborto peligroso de la OMS (el practicado por una persona que carece de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas a la vez) a la luz de la evidencia técnica ahora disponible y para tener en cuenta las diferencias respecto a lo que constituye un entorno seguro para esos dos métodos (5).

Figura 1: Proporción de personal sanitario respecto a la población en 186 países

- 
Grupo 1: densidad de personal calificado inferior a 22,8 / 10 000 habitantes y cobertura de nacimientos atendidos por parteras calificadas inferior al 80%
- 
Grupo 2: densidad de personal calificado inferior a 22,8 / 10 000 habitantes y cobertura de nacimientos atendidos por parteras calificadas superior al 80%
- 
Grupo 3: densidad de personal calificado inferior a 22,8 / 10 000 habitantes, pero sin datos recientes sobre la cobertura de nacimientos atendidos por parteras calificadas
- 
Grupo 4: densidad igual o superior a 22,8 / 10 000 e inferior a 34,5 / 10 000
- 
Grupo 5: densidad igual o superior a 34,5 / 10 000 e inferior a 59,4 / 10 000
- 
Grupo 6: densidad igual o superior a 59,4 / 10 000



Source/WHO. GlobalHealth
Observatory Data Repository³

Fuente: OMS, 2013 (2); con datos del Repositorio del Observatorio mundial de la salud (base de datos en línea), accesible en: <http://apps.who.int/gho/data/>



Otras directrices mundiales pertinentes

El documento *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (3; p. 71) pone de relieve el papel del personal no médico en la prestación de servicios de aborto sin riesgos, pero no incluye recomendaciones específicas sobre el tipo de trabajadores sanitarios y las tareas que se prestan a la delegación de funciones.

En las directrices *OptimizeMNH* (6) se formulan recomendaciones sobre la delegación de funciones en el campo de la salud de la madre y del recién nacido, pero no se abarca el aborto y la atención posterior al mismo. El documento sí contiene, sin embargo, recomendaciones de interés respecto a la administración de anticonceptivos por trabajadores no especialistas. Cuando se ha juzgado oportuno, tales recomendaciones se han incluido también aquí.

La necesidad de recomendaciones específicas sobre la delegación de funciones y el reparto de tareas en la atención relacionada con el aborto es una idea a la que se han referido algunos Estados Miembros de la OMS, diversas partes interesadas y expertos en este campo durante el proceso de difusión del documento de orientación antes mencionado sobre el aborto sin riesgos (3), y que ha aflorado también en diversas consultas técnicas en el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS.

Objetivos de estas directrices

El objetivo principal de estas directrices es la difusión de recomendaciones basadas en la evidencia sobre la seguridad, eficacia, viabilidad y aceptabilidad de la labor de una amplia gama de trabajadores sanitarios en la aplicación de intervenciones recomendadas y eficaces en el contexto de unos servicios de aborto sin riesgos y atención postaborto y de administración de métodos anticonceptivos después del aborto. Estas recomendaciones se pueden adaptar a la realidad de los recursos locales en materia de personal sanitario y a las necesidades de salud pública en el país de aplicación.

Se pretende que estas directrices sean de utilidad para:

- planificadores de políticas nacionales y subnacionales;
- ejecutores y administradores de programas nacionales y subnacionales de salud reproductiva;
- organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones y organismos profesionales implicados en la planificación y gestión de los servicios de aborto y la atención tras el aborto.

Aunque varíe el contexto jurídico y normativo, el aborto es legal como mínimo para salvar la vida de la mujer en casi todos los países, y más de dos tercios de los países contemplan además uno o más supuestos para el aborto legal. La prestación de atención para sus complicaciones (atención postaborto) es siempre legal. Así pues, estas recomendaciones son de utilidad en muy diversos entornos. Además pueden aplicarse tanto en los entornos con altos recursos como en los de recursos escasos, pues en los dos casos es necesario conseguir una atención más accesible y racionalizar el uso de los recursos sanitarios disponibles.

Proceso de elaboración de las directrices

Los contribuidores y sus funciones

Alcance y formulación de las preguntas de las directrices

Recuperación y síntesis de la evidencia

Evaluación de la fiabilidad de la evidencia

De la evidencia a las recomendaciones



Proceso de elaboración las directrices

Las directrices han sido elaboradas por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS, de conformidad con el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices (13)* y bajo la orientación general del Comité de Examen de Directrices de la Organización.

Las personas de otras organizaciones que han participado en la elaboración de estas directrices lo han hecho en su calidad de expertos a título individual. Los donantes que apoyan al Departamento y financian actividades relacionadas con el tema del aborto no formaron parte del Grupo de elaboración de las directrices (GED) y no estuvieron presentes en ninguna de las reuniones de dicho grupo. Ninguna entidad comercial participó en la elaboración de las directrices, ni se usaron fondos de tales fuentes.

Los contribuidores y sus funciones

Los trabajos fueron coordinados por la Funcionaria Responsable del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. En la OMS, las actividades sobre la prevención del aborto inseguro se concentran exclusivamente en este Departamento, de ahí que el Grupo de Orientación de la OMS estuviera integrado por miembros de dicho Departamento y también por representantes del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y de las oficinas regionales de la OMS. Se solicitaron aportaciones de otras unidades de la OMS cuando fue necesario. El Grupo de Orientación gestionó las actividades cotidianas de elaboración de las directrices, formuló las preguntas, participó en la recuperación y síntesis de la evidencia, y estableció los marcos de paso de la Evidencia a la toma de Decisiones (EtD) y los proyectos de recomendaciones. La Funcionaria Responsable redactó las directrices con aportaciones del Equipo básico de datos probatorios y del Grupo de Orientación.

El Equipo básico de análisis de la evidencia reunió a expertos del Centro de Conocimientos de Noruega, Oslo, quienes supervisaron algunos aspectos metodológicos y la búsqueda y síntesis de datos, y se encargaron además de las evaluaciones GRADE y CERQual del grado de certidumbre de la evidencia. Colaboraron también con el Grupo de Orientación para redactar las preguntas PICO y los marcos de EtD. Cuando fue necesario se recurrió a los aportes técnicos de otros expertos. Por ejemplo, un economista ofreció asesoramiento sobre temas relacionados con el uso de recursos, y otro metodólogo GRADE aportó una segunda evaluación independiente del grado de certidumbre.

Integrado por 18 miembros (10 mujeres y 8 hombres), el GED concentró conocimientos técnicos de diversa índole, pero focalizados sobre todo en los sistemas de salud y las regiones del mundo donde la necesidad de un reparto de tareas en los servicios de aborto reviste una alta prioridad. El GED hizo aportaciones para delimitar el alcance de las directrices y formular las preguntas, así como en lo tocante a la revisión de la evidencia y la formulación de recomendaciones. También examinó y aprobó las directrices finales. Además de las consultas que se hicieron por e-mail, Skype y GoToMeeting, se celebraron dos reuniones presenciales con el GED en Ginebra (noviembre de 2013 y octubre de 2014).

Doce personas ajenas al proceso de elaboración de las directrices y elegidas como reflejo de los usuarios finales de las regiones prioritarias o por su competencia en metodología actuaron como revisores inter pares externos del proyecto de directrices.

Declaración de intereses

Se pidió a todos los miembros del GED, el Equipo básico de análisis de las evidencias, los revisores inter pares y los consultores que rellenaran el formulario estándar de declaración de intereses (DDI) de la OMS. Los miembros del GED rellenaron el formulario antes de cada una de las reuniones a las que asistieron, y se les dijo que debían informar a la Secretaría de cualquier cambio que afectara a su declaración. El Grupo de Orientación evaluó las respuestas y las examinó con la Directora del Departamento. En las reuniones del GED, la Presidenta presentó un resumen de las declaraciones y todos los participantes tuvieron la oportunidad de confirmar o modificar cualquiera de los intereses declarados o añadir otros.

Solo dos personas -miembros del GED- declararon intereses secundarios, que no se consideró que plantearan un conflicto en lo que atañe a estas directrices. No se declararon conflictos de intereses de índole financiera o por relación con entidades comerciales. Los formularios de DDI han sido archivados

electrónicamente como referencia para futuras ocasiones.

En el [anexo A](#) figura una lista completa de todos los contribuidores, su afiliación institucional, sus funciones y sus DDI.

Alcance y formulación de las preguntas de las directrices

La lista inicial de tareas y de tipos de trabajadores sanitarios a considerar para las directrices se confeccionó a partir de aportaciones y conocimientos adquiridos en consultas técnicas y reuniones regionales anteriores sobre el aborto sin riesgos, celebradas en Riga, Letonia (mayo de 2012), Addis Abeba, Etiopía (septiembre 2012), Katmandú, Nepal (septiembre de 2012) y Nairobi, Kenya (noviembre de 2012). Además, se envió un cuestionario en línea a un grupo expresamente seleccionado de unas 90 personas bien informadas para que ayudaran a definir algunas de las categorías de trabajadores sanitarios, las prácticas adoptadas en los países y las funciones del personal de salud. Se recibieron respuestas de 35 personas, muchas de las cuales hicieron otras aportaciones sobre las políticas nacionales referentes a las funciones de los trabajadores sanitarios. La lista preliminar se finalizó en consulta con el GED.

Formulación de las preguntas

Las preguntas acordadas sobre las distintas combinaciones de trabajador sanitario y tarea se formularon con arreglo al formato PICO (población, intervención, comparación y resultados). Se dio prioridad a los siguientes resultados:

- Beneficios y daños:
 - seguridad: episodios adversos graves, complicaciones (específicas de la tarea);
 - eficacia (específica de la tarea);
 - satisfacción de las mujeres atendidas con el conjunto de los servicios y los trabajadores sanitarios implicados.
- Aceptabilidad:
 - resultados de investigaciones cualitativas respecto a la medida en que una intervención de delegación de funciones es considerada razonable o adecuada por las mujeres que usan o puedan usar los servicios de aborto, y por los trabajadores sanitarios que dispensan o puedan dispensar ese tipo de atención.
- Viabilidad:
 - resultados de estudios cualitativos sobre los factores que afectan a la ejecución de los programas de delegación de funciones a gran escala.

En los anexos complementarios ([suplementos 2 y 3 en la web](#)) se describe la puesta en práctica específica de estas ideas para cada combinación de tarea y trabajador sanitario.

Recuperación y síntesis de la evidencia

Los datos referentes a la seguridad, eficacia y satisfacción se extrajeron de ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados no aleatorizados, estudios controlados antes y después, y estudios de series temporales interrumpidas. La evidencia respecto a la aceptabilidad se obtuvo a partir de estudios cualitativos o mixtos con un componente cualitativo. En lo que atañe a los datos sobre la viabilidad, se reunió toda la información documentada relacionada con la delegación de funciones en los servicios de aborto en cinco países (Bangladesh, Etiopía, Nepal, Sudáfrica y Uruguay). Los países se seleccionaron de modo que reflejaran una diversidad de regiones y casos en los que ya se están poniendo en práctica programas nacionales o subnacionales para la delegación de funciones en el contexto de los servicios de aborto.

Se localizaron revisiones previas que abordaban directa o indirectamente las preguntas de interés y se procedió a evaluar su utilidad para estas directrices antes de buscar nuevas pruebas científicas. Se aprovecharon así específicamente para estas directrices siete revisiones sobre la eficacia, dos sobre la aceptabilidad, y una síntesis de estudios de casos de viabilidad. Además, se incorporaron en la base de datos los resultados de tres revisiones sistemáticas sobre la eficacia de los farmacéuticos en la



prestación de otro tipo de intervenciones de salud, y de seis revisiones sistemáticas cualitativas y estudios multinacionales sobre la ejecución de programas similares relacionados con el personal sanitario en el contexto de otras prestaciones de salud materna.

Se localizaron revisiones previas que abordaban directa o indirectamente las preguntas de interés y se procedió a evaluar su utilidad para estas directrices antes de buscar nuevas pruebas científicas. Se aprovecharon así específicamente para estas directrices siete revisiones sobre la eficacia, dos sobre la aceptabilidad, y una síntesis de estudios de casos de viabilidad. Además, se incorporaron en la base de datos los resultados de tres revisiones sistemáticas sobre la eficacia de los farmacéuticos en la prestación de otro tipo de intervenciones de salud, y de seis revisiones sistemáticas cualitativas y estudios multinacionales sobre la ejecución de programas similares relacionados con el personal sanitario en el contexto de otras prestaciones de salud materna.

Las estrategias de búsqueda fueron específicas para cada pregunta, y se describen con todo detalle en las revisiones correspondientes en los suplementos disponibles en la web (suplemento 2, suplemento 3). En general, las bases de datos se rastrearon desde su creación hasta 2014, sin filtros de idioma y considerando tanto los países de ingresos bajos y medianos como los de ingresos altos. Las bases de datos usadas para estas búsquedas comprendieron las siguientes: African Index Medicus, Chinese Biomedical Literature Database, CINAHL, Cochrane Database, ClinicalTrials.gov, EBSCO, Embase, Global Index Medicus, Index Medicus for South-East Asia, Index Medicus de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, LILACS, Ovid MEDLINE, Popline, PubMed y Western Pacific Regional Index Medicus.

Se hizo un esfuerzo especial para localizar e incluir bibliografía que no estuviera en inglés para los resultados de aceptabilidad/viabilidad, y la mayoría de los documentos para el estudio de casos sobre Uruguay estaban en español. Las listas de referencias de artículos clave fueron sometidas también a búsquedas manuales, y se contactó con expertos externos para encontrar otros estudios pertinentes, incluida información sobre ensayos ya terminados pero no publicados aún. Para la síntesis de estudios de casos, la bibliografía se complementó con entrevistas a expertos bien informados en los países.

La figura 2 muestra la distribución geográfica de los datos incluidos en la base de datos probatorios.

Los títulos y sus resúmenes fueron cribados por dos miembros del equipo de revisión, y los textos íntegros de los artículos seleccionados fueron objeto de un nuevo cribado para determinar si cumplían los criterios de inclusión.

En cuanto a los resultados sobre la seguridad y la eficacia, se utilizó la función GRADEpro,¹ de GRADE a fin de crear perfiles de evidencia y tablas de Resumen de los Resultados. Para ilustrar las estimaciones del riesgo relativo se hicieron gráficos de efectos (*forest plots*). Cuando en más de un ensayo se informaba de estimaciones del riesgo pertinentes para los resultados, se procedió a hacer metanálisis. En lo que respecta a las revisiones cualitativas, dos personas se dedicaron a buscar los resultados de mayor interés considerando el alcance de las directrices. Los resultados se organizaron en forma de tablas de Resumen de los Resultados.

Figura 2. Fundamentación de las recomendaciones: base de datos probatorios

Seguridad, eficacia, satisfacción satisfaction	Datos cualitativos sobre la aceptabilidadacceptability	Datos cualitativos sobre la viabilidad
<p>36 estudios de 18 países</p> <ul style="list-style-type: none"> • África – 4 • Mediterráneo Oriental – 3 • Europa – 12 • América Latina – 2 • América del Norte – 7 • Asia Sudoriental – 13 • Pacífico Occidental – 0 	<p>83 estudios de 24 países</p> <ul style="list-style-type: none"> • África – 15 • Mediterráneo Oriental – 0 • Europa – 10 • América Latina – 32 • América del Norte – 12 • Asia Sudoriental – 2 • Pacífico Occidental – 0 	<p>121 artículos de 5 países seleccionados + entrevistas detalladas con expertos de los países</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bangladesh • Etiopía • Nepal • Sudáfrica • Uruguay

1 1 Accesible en: <http://www.guidelinedevelopment.org/>

Evaluación de la confianza en la evidencia

El grado de certidumbre (es decir, la medida en que podamos estar seguros de que una determinada estimación del efecto o asociación sea correcta) de los resultados concernientes a los beneficios y daños se evaluó mediante el método GRADE. Se utilizaron cinco criterios -limitaciones del estudio, coherencia del efecto, imprecisión, carácter indirecto de los datos, y sesgo de publicación- para evaluar el grado de certidumbre de cada resultado. La evidencia se rebajó un nivel ante las deficiencias graves, y dos ante las muy graves. Realizaron las evaluaciones de forma independiente dos metodólogos GRADE.

La confianza en las conclusiones de las revisiones de estudios cualitativos se evaluó con el instrumento CERQual, empleando un enfoque similar al de GRADE. Cada conclusión de las revisiones se evaluó atendiendo a cuatro factores:

- las limitaciones metodológicas de cada uno de los estudios cualitativos en que se basó la conclusión de la revisión, determinadas mediante un instrumento de evaluación crítica cualitativa;
- la pertinencia de la conclusión de la revisión, determinada por el grado de aplicación de los datos justificativos al contexto especificado en la pregunta de la revisión;
- la coherencia de cada conclusión de la revisión, determinada por la medida en que la conclusión estuviera basada en datos que fuesen similares en varios estudios o se acompañara de explicaciones convincentes de cualquier diferencia;
- la suficiencia de los datos justificativos de la conclusión de la revisión, determinada en función de la riqueza y/o el alcance, así como la cantidad, de los datos usados para apuntalar la conclusión.

Se hizo una valoración global de la confianza en cada conclusión de las revisiones, teniendo en cuenta todo lo anterior. Cuando se recurrió a las revisiones sistemáticas existentes, se usaron las valoraciones de la confianza que aparecían en las revisiones originales. En la síntesis de estudios de casos no se pudo evaluar la confianza asociada a cada una de las conclusiones, debido a que estas se habían basado en muy diversos tipos de datos.

De la evidencia a las recomendaciones

A fin de seguir un procedimiento sistemático que considerase explícitamente los diversos factores que fundamentan las decisiones sobre las recomendaciones, se usaron los marcos de paso de la Evidencia a la toma de Decisiones (EtD) desarrollados por la colaboración DECIDE.²

Se elaboró un marco para cada pregunta utilizando una plantilla preestablecida. Toda evidencia sintetizada sistemáticamente, así como información adicional, se resumió en las siguientes secciones:

- Información general:
 - Esta sección contiene información sobre el sistema PICO, el contexto e información general sobre la tarea.
- Beneficios y daños:
 - Esta sección presenta las tablas de Resumen de los Resultados sobre la seguridad, eficacia y satisfacción, una descripción de los estudios incluidos, y otra información contextual pertinente.
- Aceptabilidad:
 - En esta sección figura el resumen de las principales conclusiones de estudios cualitativos referentes a la medida en que una intervención de delegación de funciones es considerada razonable por las mujeres que usan o puedan usar los servicios de aborto, y por los trabajadores sanitarios que dispensan o puedan dispensar ese tipo de atención. Se dio prioridad a la aceptabilidad por parte de las mujeres en la toma de decisiones; la aceptabilidad para los trabajadores de la salud fundamentó las consideraciones sobre la aplicación.

² DECIDE: <http://www.decide-collaboration.eu/etd-evidence-decision-framework>



- Viabilidad:
 - Esta sección contiene el resumen de las principales conclusiones de las investigaciones cualitativas y de los estudios de casos de países en relación con las posibilidades de aplicar exitosamente en la práctica una intervención de delegación de funciones. El punto de mira fue la viabilidad de la intervención desde la perspectiva del sistema de salud, así como diversos aspectos sociales, legales y políticos más generales.
- Recursos:
 - Esta sección presenta un resumen de todos los resultados relacionados con los recursos descritos en los estudios seleccionados respecto a los datos de seguridad y eficacia, así como una evaluación cualitativa de las necesidades de recursos en materia de formación, suministros, derivación, supervisión y vigilancia, tiempo y remuneración de los trabajadores de la salud. Se aplicó la perspectiva de los sistemas de salud al considerar el uso de los recursos, pero se tuvo también en cuenta el uso de estos por las mujeres, sobre todo en las opciones de autoevaluación y autotratamiento.
 - No se hizo ningún análisis formal de costos, pues dichos análisis dependen mucho del entorno; y no se realizó tampoco una búsqueda y evaluación sistemáticas de la información sobre el uso de los recursos.
- Recomendaciones generales y decisiones.
- Consideraciones sobre la aplicación
- Necesidades de investigación.

Utilizando el marco, se juzgaron de forma independiente cada uno de los criterios; es decir, el equilibrio entre beneficios y daños, la aceptabilidad, la viabilidad y el uso de recursos. En la recomendación general se consideraron pertinentes todos esos factores, lo cual reviste especial importancia pues estas directrices guardan relación con los sistemas de salud.

En el [Suplemento 1 en la web](#) figuran los marcos de EtD en su integridad.

Uso de los marcos para la toma de decisiones

El Grupo de Orientación y el Equipo básico de análisis de evidencia prepararon los proyectos de marcos EtD. Estos fueron revisados por el GED y las recomendaciones se ultimaron durante la reunión celebrada en octubre de 2014. Además de los marcos, el GED tuvo acceso también a todos los perfiles de datos y demás información complementaria.

Las decisiones emanadas de la reunión del GED se acordaron por consenso. La Presidenta permitió que se debatieran los diferentes puntos de vista sobre las opciones barajadas como recomendación, y la decisión final se basó en la opinión de la mayoría, siempre que los miembros de los cuadros de expertos con posturas contrarias estuvieran dispuestos a aceptar el resultado. Existía la posibilidad de dejar constancia de esas discrepancias, pero no hubo necesidad de ello, ni hubo que recurrir a votación alguna.

Preparación de la documentación y examen inter pares

La Funcionaria Responsable de la OMS trabajó con un consultor para redactar el proyecto de directrices. El GED revisó el proyecto, al que se incorporaron sus observaciones. Las directrices fueron examinadas también por revisores inter pares externos no relacionados con el proceso de elaboración de las mismas, quienes aportaron retroinformación estructurada sobre la exactitud, la presentación, las consideraciones sobre la aplicación y la utilidad general de las directrices. Los revisores no detectaron errores factuales graves que afectasen a las recomendaciones.

Recomendaciones

Consideraciones Generales

Clasificación de las recomendaciones

Manejo del aborto y atención postaborto en el primer trimestre del embarazo

Manejo del aborto y atención postaborto después de las 12 semanas de embarazo

Tratamiento de las complicaciones sin riesgo para la vida

Información sobre el aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos

Asesoramiento antes y después del aborto

Anticonceptivos después del aborto



Recomendaciones

Consideraciones generales

- Las recomendaciones abarcan funciones relacionadas con los servicios de aborto sin riesgos (incluidos los métodos anticonceptivos después del aborto) y el tratamiento de las complicaciones del aborto (conocido también en algunos lugares como atención postaborto, que se dispensa como parte de la atención obstétrica de emergencia).
- Las recomendaciones sobre quién puede dispensar determinada atención se han limitado a las intervenciones clínicas recomendadas como seguras y eficaces según lo establecido en las actuales orientaciones técnicas de la OMS, esto es, en la publicación *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (3). Las recomendaciones de estas directrices deben aplicarse de conformidad con las normas técnicas y los principios de derechos humanos establecidos en ese documento.
- Las recomendaciones no están orientadas específicamente a los entornos de recursos o ingresos bajos, sino que tienen como objetivo todos los entornos en los que se ofrecen servicios relacionados con el aborto.
- Se pretende que estas recomendaciones se apliquen en el marco de unos mecanismos operativos de derivación, vigilancia y supervisión, y con garantías de acceso a los equipos y productos básicos necesarios.
- Las recomendaciones brindan una gama de opciones de tipos de trabajadores sanitarios aptos para realizar la tarea en cuestión de forma segura y eficaz. Esas posibilidades se han concebido con carácter incluyente, de modo que no entrañan preferencia alguna ni a favor ni en contra de cualquiera de los proveedores de atención. La elección de un determinado tipo de trabajador sanitario dependerá de las necesidades y las condiciones locales.

Cabe resaltar también que todas las opciones recomendadas en estas directrices se han basado en el siguiente supuesto:

- Se asume que todo tipo de trabajador sanitario a que se haga referencia en estas directrices poseerá la formación básica requerida para tal trabajador. Además, en todas las recomendaciones se supone que esos trabajadores recibirán la formación o información específicas para la tarea de que se trate antes de que se empiece a aplicar la recomendación.

Es importante interpretar todas las recomendaciones que siguen a continuación en el marco de estas consideraciones y premisas generales.

Clasificación de las recomendaciones

Se hacen cuatro tipos de recomendaciones:

Recomendada



Los beneficios de esta opción son mayores que los posibles daños. Esta opción se puede llevar a la práctica incluso a gran escala.

Para algunas combinaciones de trabajador-tarea, el GED resolvió que esta opción formaba parte de las funciones habituales del trabajador sanitario. En estos casos no se hicieron evaluaciones de la evidencia, como se indica en la justificación.

Recomendada en determinadas circunstancias



Los beneficios derivados de la aplicación de esta opción superan los posibles daños en determinadas circunstancias. Dichas circunstancias se describen para cada recomendación. Esta opción se puede poner en práctica en esas situaciones específicas.

Recomendada en el marco de una investigación rigurosa



Esta opción se ve afectada por factores de incertidumbre importantes (relacionados con los beneficios, los daños, la aceptabilidad y la viabilidad), y se requiere una investigación bien diseñada y rigurosa para abordar esas fuentes de incertidumbre.

Desaconsejada



Esta modalidad de delegación de funciones se deberá evitar.

Para algunas combinaciones de trabajador-tarea, el GED resolvió que esta opción no formaba parte de las funciones habituales del trabajador sanitario. En estos casos no se hicieron evaluaciones de la evidencia, como se señala en la justificación.

Cada recomendación está explicada y justificada, y cuando procede se indica el grado de certidumbre de la evidencia de la siguiente manera:

- **Certidumbre alta:** es muy poco probable que la realización de nuevas investigaciones repercuta en nuestra confianza en la estimación del efecto.
- **Certidumbre moderada:** es probable que la realización de nuevas investigaciones repercuta considerablemente en nuestra confianza en la estimación del efecto y nos obligue quizá a cambiar la estimación.
- **Certidumbre baja:** es muy probable que la realización de nuevas investigaciones repercuta considerablemente en nuestra confianza en la estimación del efecto y nos obligue a cambiar la estimación.
- **Certidumbre muy baja:** la estimación nos parece muy incierta.

El resultado de las evaluaciones de la confianza en la evidencia aportada por las investigaciones cualitativas se expresa en los siguientes términos:

- **Confianza alta:** es muy probable que la conclusión de la revisión refleje de forma razonable el fenómeno de interés.
- **Confianza moderada:** es probable que la conclusión de la revisión refleje de forma razonable el fenómeno de interés.
- **Confianza baja:** es posible que la conclusión de la revisión refleje de forma razonable el fenómeno de interés.
- **Confianza muy baja:** no está claro si la conclusión de la revisión refleja de forma razonable el fenómeno de interés.



Manejo del aborto y atención postaborto en el primer trimestre de embarazo

La aspiración por vacío manual o eléctrica, así como el aborto médico con mifepristona seguida de misoprostol (o solo misoprostol si no se dispone de la primera), son métodos adecuados para interrumpir el embarazo en el primer trimestre. El aborto incompleto sin complicaciones (tanto inducido como espontáneo) se puede controlar mediante la aspiración por vacío manual (AVM) o la aspiración por vacío eléctrica (AVE), o bien con misoprostol oral o sublingual.

Aspiración por vacío para el aborto inducido

La prestación de aspiración por vacío comprende la evaluación de la edad gestacional, la preparación del cuello uterino (en caso necesario), el procedimiento en sí, el control del dolor -incluido bloqueo paracervical si procede- y la evaluación de la compleción del aborto mediante la inspección visual de los productos. Los trabajadores sanitarios con las aptitudes necesarias para llevar a cabo un exploración pélvica bimanual a fin de diagnosticar un embarazo y evaluar su edad gestacional así como para realizar procedimientos transcervicales, por ejemplo insertar un dispositivo intrauterino (DIU), pueden ser adiestrados para realizar la aspiración por vacío (3). Las recomendaciones se presentan en la tabla 3 a continuación.

Tabla 3. Recomendaciones respecto a la aspiración por vacío para el aborto inducido*







Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	Hay pruebas de su seguridad y eficacia (certidumbre moderada) y de la satisfacción de las mujeres con la experiencia global del aborto (certidumbre baja). Esta opción es viable en entornos tanto de recursos altos como de recursos bajos, y puede reducir las inequidades al ampliar los servicios de aborto sin riesgos a poblaciones subatendidas.
Parteras	Recomendada 	Hay pruebas de su seguridad y eficacia (certidumbre moderada) y de la satisfacción de las mujeres con la experiencia global del aborto (certidumbre baja). Esta tarea está reconocida como una competencia básica en partería. Las mujeres suelen considerar más reconfortante la atención dispensada por las parteras (confianza moderada). Se ha demostrado que esta opción es factible, incluso en los entornos con pocos recursos.
Enfermeras	Recomendada 	Hay pruebas de su seguridad y eficacia (certidumbre baja) y de la satisfacción de las mujeres con esta opción (certidumbre baja). Las mujeres suelen considerar más reconfortante la atención dispensada por las enfermeras (confianza moderada). Esta opción es viable y puede reducir las inequidades al ampliar los servicios de aborto sin riesgos a poblaciones subatendidas.

Tabla 3 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Auxiliares de enfermería (AE) y enfermeras-parteras auxiliares (EPA)	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción para aquellas situaciones en que ya existan mecanismos de reconocida eficacia para incluir a este tipo de personal de enfermería en la prestación de atención obstétrica de emergencia o la atención postaborto.</p>	<p>Aunque no había suficiente evidencia directa de investigaciones sobre la eficacia de esta opción, los beneficios superan cualquier posible daño. Esta opción también ha demostrado ser viable, incluso a gran escala y en entornos de bajos recursos, y puede reducir las inequidades al ampliar los servicios de aborto sin riesgos a poblaciones rurales y subatendidas</p>
Médicos de sistemas de medicina complementarios	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.</p>	<p>Hay pruebas que avalan la eficacia de diversos componentes de la tarea, como por ejemplo la evaluación del tamaño del útero mediante exploración bimanual como parte del aborto médico (certidumbre baja). Estos profesionales realizan procedimientos transcervicales, como la inserción de DIU en algunos entornos. Los beneficios superan los posibles daños, y esta opción puede hacer más equitativo el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción significativa del personal sanitario.</p>
Farmacéuticos, empleados de farmacia, trabajadores sanitarios legos	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.</p>

* Véase un resumen de la evidencia en el marco MVA1 y EVA1 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 5).

Otras observaciones

Aunque la AVM es más frecuente y probable en los entornos de atención primaria, las aptitudes requeridas para la AVE son parecidas, de modo que las recomendaciones anteriores se aplican a ambas formas de aspiración por vacío.

Pueden surgir otras dificultades técnicas en los embarazos de más de nueve semanas. En manos expertas el procedimiento puede emplearse en embarazos de hasta 14 semanas; sin embargo, con independencia del tipo de trabajador sanitario, se necesita más formación y experiencia para usar la AVM en embarazos de 12 a 14 semanas en comparación con los de menos de 12 semanas.

Consideraciones sobre la aplicación

La técnica de aspiración por vacío puede aplicarse en un servicio de atención primaria y de forma ambulatoria.





Manejo del aborto incompleto sin complicaciones mediante aspiración por vacío

El manejo del aborto incompleto sin complicaciones con AVM/AVE (cuando el tamaño del útero indica que el embarazo es de menos de 13 semanas) incluye el reconocimiento de la afección, la determinación del tamaño del útero, el procedimiento en sí y el control del dolor. En la tabla 4 figuran las recomendaciones.

Tabla 4. Manejo del aborto incompleto/aborto espontáneo sin complicaciones en el primer trimestre mediante aspiración por vacío*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente no se hizo evaluación alguna de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	Existen pruebas de la seguridad y eficacia de la prestación de aspiración por vacío para el aborto inducido (certidumbre moderada; véase la tabla 3) por estos trabajadores de la salud. Las aptitudes requeridas para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones mediante aspiración por vacío son similares.
Parteras	Recomendada 	Existen pruebas de la seguridad y eficacia de la prestación de aspiración por vacío para el aborto inducido (certidumbre moderada; véase la tabla 3) por estos trabajadores de la salud. Las aptitudes requeridas para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones mediante aspiración por vacío son similares. Esta opción parece viable, incluso en los entornos con pocos recursos.
Enfermeras	Recomendada 	Existen pruebas de la seguridad y eficacia de la prestación de aspiración por vacío para el aborto inducido (certidumbre baja; véase la tabla 3) por estos trabajadores sanitarios. Las aptitudes requeridas para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones mediante aspiración por vacío son similares. Esta opción parece viable, incluso en lugares con pocos recursos.
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos establecidos para incluir a este tipo de personal de enfermería en la prestación de atención obstétrica básica de emergencia y con unos sistemas robustos de derivación y monitoreo.	Las investigaciones realizadas no aportaban suficiente evidencia directa respecto a la seguridad y la eficacia de esta opción. Sin embargo, en programas emprendidos en varios entornos de bajos recursos, se ha demostrado que la opción de que este tipo de trabajador sanitario dispense atención obstétrica de emergencia (incluida la eliminación de los productos retenidos como función fundamental) o atención postaborto con AVM es factible.

Tabla 4 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos de sistemas de medicina complementarios	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.</p>	<p>Hay datos que avalan la eficacia de diversos componentes de la tarea, como por ejemplo la evaluación del tamaño del útero mediante exploración bimanual como parte del aborto médico (certidumbre baja). Estos profesionales realizan procedimientos transcervicales, como la inserción de DIU en algunos entornos. Esta opción puede hacer más equitativo el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos en las regiones donde estos profesionales representan una proporción relevante del personal sanitario.</p>
Farmacéuticos, empleados de farmacia, trabajadores sanitarios legos	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.</p>

* Véase un resumen de la evidencia en el marco MVA2 y EVA2 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 17).

Otras observaciones

Aunque el recurso a la AVM es más frecuente y probable en los entornos de atención primaria, las aptitudes requeridas para la AVE son parecidas, de modo que las recomendaciones anteriores se aplican a ambas formas de aspiración por vacío.

El aborto incompleto no complicado puede ser espontáneo o inducido. El manejo es idéntico, de modo que en ambas situaciones se aplican las recomendaciones anteriores.

Consideraciones sobre la aplicación

La evacuación de los productos retenidos es también una función fundamental de la atención obstétrica básica de emergencia, y la capacitación e implementación correspondientes se pueden integrar en los servicios de ese tipo.



Aborto médico en el primer trimestre

El aborto médico (AM) consiste en el uso consecutivo de mifepristona misoprostol, en ese orden, o bien, allí donde no se disponga de mifepristona, solo de misoprostol. Las dosis, vías y posologías específicas difieren según la duración del embarazo y se detallan en el *Manual de práctica clínica para un aborto seguro (14)*.

El aborto médico es un procedimiento que se aplica a lo largo de varios días, no un acto de duración definida, y comprende varios componentes o subtareas:

- la evaluación de las condiciones exigidas para el aborto médico (diagnóstico y fecha del embarazo, ausencia de contraindicaciones médicas, descarte de un posible embarazo ectópico);
- la administración de los medicamentos con instrucciones sobre su uso apropiado y el tratamiento de efectos secundarios comunes;
- la determinación de que el proceso de aborto se completó y no se requiere ninguna otra intervención.

Un trabajador sanitario puede asumir todo ese conjunto de medidas, pero las subtareas pueden ser asumidas también por diferentes trabajadores y en distintos lugares. Las recomendaciones se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Aborto médico en el primer trimestre*








Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	Hay datos que avalan la eficacia de la intervención de estos trabajadores en componentes de esta función, por ejemplo en la evaluación del embarazo como parte de la prestación de AVM. También hay pruebas de que otros tipos de trabajadores sanitarios con una formación básica similar o menos exhaustiva (por ejemplo parteras, enfermeras o enfermeras-parteras auxiliares) pueden encargarse del aborto médico con seguridad y eficacia (certidumbre moderada). Esta opción es viable y tiene muchas posibilidades de ampliar el acceso a los servicios por las poblaciones subatendidas.
Parteras	Recomendada 	Hay pruebas de la seguridad y eficacia de esta opción (certidumbre moderada). Muchas mujeres están satisfechas con la atención recibida cuando es una partera quien realiza el aborto médico (certidumbre moderada). Esta opción parece viable y se está aplicando ya en varios países.
Enfermeras	Recomendada 	Hay pruebas de la seguridad y eficacia de esta opción, así como de la satisfacción de las mujeres con los servicios de aborto que la aplican (certidumbre moderada).
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	Existen pruebas de la seguridad y eficacia de esta opción (certidumbre moderada). Es una alternativa que parece viable y que se está aplicando ya en algunos lugares con bajos recursos.

Tabla 5 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos de sistemas de medicina complementarios	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.</p>	<p>Hay pruebas que avalan la eficacia y seguridad de esta opción, así como la satisfacción de las mujeres con este tipo de proveedores y servicios (certidumbre baja). Los beneficios superan los posibles daños, y hay muchas posibilidades de que esta opción reduzca las inequidades en el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos en las regiones donde estos profesionales constituyen una proporción relevante del personal sanitario.</p>
Farmacéuticos	<p>No se hace ninguna recomendación respecto a su intervención independiente en el aborto médico; véanse en la tabla 6 las recomendaciones formuladas para las subtareas.</p>	<p>Para poder emitir una recomendación sobre la prestación completa y autónoma de aborto médico habrá que demostrar la eficacia y viabilidad de las subtareas.</p>
Empleados de farmacia	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No existen pruebas de la seguridad, eficacia, aceptabilidad o viabilidad de esta opción.</p> <p>No obstante, es importante señalar que, al igual que ocurre con otros medicamentos, los empleados de farmacia deben dispensar la mifepristona y el misoprostol conforme a lo indicado en la receta.</p>
Trabajadores sanitarios legos	<p>No se hace ninguna recomendación respecto al conjunto de medidas; véanse en la tabla 7 las recomendaciones formuladas para las subtareas.</p>	<p>Para poder emitir una recomendación sobre la prestación completa e independiente de aborto médico, habrá que demostrar la seguridad y viabilidad del de las subtareas.</p>

* Véase un resumen de la evidencia en el marco MA1 y subtareas del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 25).

Otras observaciones

La evidencia disponible respecto a la prestación autónoma de aborto médico por personal no médico se refiere a los embarazos de hasta 10 semanas (70 días). Se requieren nuevas investigaciones sobre los embarazos de 11 a 12 semanas.

No es esencial que la persona que realice el aborto médico posea también formación y aptitudes para llevar a cabo una AVM. Sin embargo, en tales casos debe garantizarse el acceso a un sistema de derivación de seguridad hacia un trabajador que sí pueda realizar la AVM si fuera necesario. Ese servicio de apoyo no tiene que estar forzosamente en el mismo lugar.

Consideraciones sobre la aplicación

A veces habrá que introducir cambios en las restricciones a la prescripción para algunos tipos de proveedores de atención, o implantar mecanismos de otra índole, para que esos trabajadores puedan administrar los medicamentos de aborto médico en el marco normativo del sistema de salud.




Hay una mayor probabilidad de que el embarazo siga su curso cuando se usa solo misoprostol; por lo tanto, independientemente del nivel del proveedor de atención, en la formación se debe hacer hincapié en la capacidad para detectar esos casos para su ulterior tratamiento o derivación.



Subtareas del aborto médico




No se hace ninguna recomendación respecto a la prestación independiente de aborto médico en el primer trimestre para los farmacéuticos o los trabajadores sanitarios legos, pero sí se han formulado recomendaciones para subtareas específicas de dicho procedimiento, según se indica en las tablas 6 y 7.

Tabla 6. Asunción de subtareas del aborto médico en el primer trimestre por los farmacéuticos*

Subtarea	Recomendación	Justificación
Evaluación de las condiciones exigidas para el aborto médico	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	Esta opción puede mejorar el triaje sanitario mediante el cribado y derivación a centros de salud adecuados. Se debe llevar a cabo una investigación rigurosa sobre esta alternativa con instrumentos sencillos y listas de verificación para abordar las fuentes de incertidumbre y poner a prueba la viabilidad de la opción en el entorno de un programa.
Administración de los medicamentos y gestión del procedimiento y los efectos secundarios comunes de forma independiente	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	Dispensing medications on prescription is within the TLa dispensación de medicamentos con receta médica forma parte de las funciones habituales de estos trabajadores de la salud y así debe seguir siendo. Sin embargo, se necesitan todavía investigaciones bien diseñadas sobre la eficacia y viabilidad, en el marco de un programa, de la posibilidad de que los farmacéuticos apliquen su criterio clínico de forma independiente en lo tocante a la gestión del procedimiento y de sus efectos secundarios más comunes. Esta opción puede mejorar el acceso de las pacientes, ya que las farmacias son a menudo el primer punto de contacto de la mujer con el sistema de salud; así y todo, hay que estudiar también la viabilidad del desarrollo de vínculos de derivación con el sistema de salud.
Evaluación de la compleción del procedimiento y de la necesidad de un seguimiento clínico ulterior	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	Esta opción puede traducirse en un mejor triaje sanitario gracias al cribado de las mujeres que requieran una mayor atención. Hay que llevar a cabo investigaciones sobre esta opción usando instrumentos sencillos como pruebas de embarazo con muestras de orina y listas de verificación, y hay que investigar asimismo la viabilidad de esta opción en el entorno de un programa.

* Véase un resumen de la evidencia en el marco MA1 y subtareas - Farmacéuticos y empleados de farmacia del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 35).

Tabla 7. Asunción de subtareas del aborto médico en el primer trimestre por trabajadores sanitarios legos *

Subtarea	Recomendación	Justificación
Evaluación de las condiciones exigidas para el aborto médico	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	El número de mujeres consideradas elegibles puede ser menor si son trabajadores sanitarios legos quienes evalúan las condiciones exigibles para el aborto médico mediante listas de verificación sencillas (certidumbre baja). Sin embargo, la opción es prometedora, y la intervención formal o informal de tales trabajadores en el asesoramiento a las mujeres que buscan ese tipo de asistencia es un hecho frecuente (confianza moderada). Se requieren investigaciones bien diseñadas para optimizar los instrumentos y listas de verificación necesarios y determinar la viabilidad de esta opción en entornos comunitarios.
Administración de los medicamentos y gestión del procedimiento y los efectos secundarios comunes de forma independiente	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	Esta opción brinda la posibilidad de ampliar el acceso a una atención sin riesgos, y una investigación bien diseñada podría abordar cualquier incertidumbre concerniente a la seguridad, la eficacia y la viabilidad.
Evaluación de la compleción del procedimiento y de la necesidad de un seguimiento clínico ulterior	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	Hay pruebas de que los trabajadores sanitarios legos pueden determinar con precisión la compleción del aborto mediante listas de verificación sencillas (certidumbre baja). Los procedimientos basados en la prueba de embarazo en orina como parte del conjunto de instrumentos de evaluación podrían permitir obtener mejores resultados y deben ser objeto de nuevas investigaciones.

* Véase un resumen de la evidencia en el marco MA1 y subtareas - Trabajadores sanitarios legos del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 43).

Otras observaciones

Como parte de la investigación, se deberá contar siempre con un sistema robusto de derivación y atención de apoyo en servicios de emergencia. Las investigaciones iniciales deberían centrarse en los embarazos de hasta 10 semanas (70 días).

Como ocurre con todos los medicamentos, la dispensación de mifepristona y misoprostol con receta se inscribe en el marco de las funciones habituales de los farmacéuticos, y la recomendación de realización de investigaciones arriba mencionada no entrañaría cambio alguno en ese ámbito de funciones.



Control autónomo del aborto médico en el primer trimestre

Dada la naturaleza del procedimiento de aborto médico, las propias mujeres pueden contribuir a algunos de sus componentes fuera del contexto de los servicios de salud. Estos enfoques de autoevaluación y autotratamiento pueden tener un efecto de empoderamiento en las mujeres y facilitar el proceso de triaje, y traducirse así en un uso más idóneo de los recursos de salud. A continuación se presentan las recomendaciones en la tabla 8.

Tabla 8. Papel de las mujeres en el procedimiento de aborto médico*

Papel de la mujer	Recomendación	Justificación
Control de la totalidad del procedimiento de aborto médico hasta los 84 días	No se hace ninguna recomendación respecto a todo el conjunto de medidas, pero sí para subtareas, según se indica a continuación.	Se han ensayado componentes concretos de la gestión autónoma del aborto médico, pero por ahora no hay datos suficientes respecto a la aplicación global de los tres componentes.
Autoevaluación de las condiciones exigidas para el aborto médico	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	Las mujeres tienden a ser más prudentes a la hora de evaluar la elegibilidad mediante listas de verificación sencillas (certidumbre baja). Sin embargo esta opción es prometedora, y es necesario emprender nuevas investigaciones para desarrollar instrumentos de evaluación apropiados.
Manejo de la mifepristona y el misoprostol sin supervisión directa por personal sanitario	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción para aquellos casos en que la mujer tenga acceso a una fuente de información precisa y a un proveedor de atención médica si fuera necesario en cualquier etapa del proceso.	Hay pruebas de que esta alternativa es segura y eficaz (evidencia de certidumbre baja en numerosos estudios, pero basada en diseños sin aleatorización dada la clara preferencia de las mujeres por una u otra opción). El número de mujeres que considera satisfactorio el método es mayor en los casos de autotratamiento (certidumbre baja). Las mujeres juzgan aceptable y viable esta opción (confianza alta) y el personal también la considera viable (confianza alta).
Autoevaluación de la compleción del procedimiento de aborto mediante pruebas de embarazo y listas de verificación	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción allí donde se usen tanto mifepristona como misoprostol y cuando las mujeres tengan acceso a información precisa y a los servicios de salud que pudieran necesitar o buscar en cualquier etapa del proceso.	Hay pruebas de que esta opción es segura y eficaz, incluso en entornos de baja alfabetización y recursos escasos (certidumbre entre moderada y alta)

* Véase un resumen de la evidencia en la sección MA3 y subtareas del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 51)

Otras observaciones

No es imprescindible realizar una visita de seguimiento del aborto médico con mifepristona-misoprostol (3). Sin embargo la eficacia de este tipo de aborto es menor cuando se usa solo misoprostol, por lo que se debe seguir investigando la autoevaluación de la compleción cuando se use únicamente ese producto.

La evidencia disponible respecto al manejo de la medicación y el procedimiento sin la supervisión directa de un proveedor de atención se refiere a embarazos de nueve semanas (63 días) como máximo.

Las opciones de control autónomo son una forma de ampliación activa de los sistemas de salud y la atención sanitaria. Estas recomendaciones NO deben interpretarse como un respaldo al uso clandestino y por su cuenta de estos procedimientos por parte de mujeres que carezcan de acceso a la información pertinente o a un proveedor de atención cualificado o un servicio de salud de apoyo. Todas las mujeres deben poder acceder a los servicios de salud que eventualmente busquen o necesiten.

Consideraciones sobre la aplicación

Es necesario establecer mecanismos que garanticen el acceso y derivación a servicios que ofrezcan métodos anticonceptivos después del aborto.



Tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones con misoprostol

El manejo del aborto incompleto sin complicaciones con misoprostol (cuando el tamaño del útero indica un embarazo de 13 semanas como máximo) comprende el reconocimiento de la afección, la evaluación del tamaño del útero y la administración de misoprostol oral o bucal en la dosis correcta. En la tabla 9 se presentan las recomendaciones al respecto.

Tabla 9. Tratamiento del aborto incompleto/espontáneo sin complicaciones en el primer trimestre con misoprostol*





Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	Hay indicios de certidumbre moderada sobre la seguridad y eficacia del tratamiento médico del aborto incompleto por parteras, y pruebas de certidumbre moderada sobre la eficacia de la práctica del aborto médico por otros tipos de trabajador sanitario con una formación básica similar o menos exhaustiva. Además, hay pruebas directas de que estos profesionales pueden evaluar la edad gestacional como parte de la prestación de AVM. Se trata de una opción viable y con muchas posibilidades de ampliar el acceso para poblaciones subatendidas.
Parteras	Recomendada 	Hay pruebas, obtenidas en un entorno de recursos bajos, que avalan la seguridad y eficacia (certidumbre moderada) de esta opción y la satisfacción global de la mujer con la atención recibida (certidumbre moderada) cuando quienes manejan el aborto incompleto son parteras. Esta opción parece viable y puede reducir las inequidades en el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos.
Enfermeras	Recomendada 	Hay pruebas que avalan la seguridad, la eficacia y la satisfacción de las pacientes en estos casos de aborto médico (certidumbre moderada; véase la tabla 5), y las aptitudes necesarias para manejar el aborto incompleto con misoprostol son similares. Esta opción parece viable y puede reducir las inequidades en el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos.
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	Hay pruebas que avalan la seguridad y eficacia del aborto médico practicado por estos trabajadores en el primer trimestre (certidumbre moderada; véase la tabla 5), y las aptitudes requeridas para el tratamiento del aborto incompleto con misoprostol son similares.

Tabla 9 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos establecidos para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Existen pruebas de la seguridad y eficacia de la práctica del aborto médico por estos trabajadores en el primer trimestre (certidumbre baja; véase la tabla 5), y las aptitudes necesarias para tratar el aborto incompleto con misoprostol son similares.
Farmacéuticos y empleados de farmacia	Desaconsejada 	La evidencia respecto a la seguridad y eficacia de esta opción era insuficiente. Además, la realización de una evaluación exhaustiva para diagnosticar el aborto incompleto o determinar el tamaño del útero no es algo que forme parte de las funciones habituales de estos profesionales.
Trabajadores sanitarios legos	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	No había pruebas directas que respaldaran esta opción, pero sí hay algunos indicios de que los trabajadores sanitarios legos pueden utilizar instrumentos y listas de verificación sencillas para determinar la edad gestacional o la compleción del aborto (certidumbre baja). Estos trabajadores participan a menudo en el asesoramiento prestado a las mujeres que solicitan ese tipo de atención (confianza moderada). En general, las intervenciones de estos agentes de salud son aceptables y han demostrado ser viables en muchos contextos. Un mayor desarrollo de los instrumentos utilizados y unas investigaciones rigurosas podrían ayudar a resolver algunas de las incertidumbres asociadas a esta opción.

* Se presentan resúmenes de la evidencia en el marco MA2 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 60), MA2 - Farmacéuticos y empleados de farmacia (p. 68), y el marco MA2 - Trabajadores sanitarios legos (p. 74).

Otras observaciones

El aborto incompleto no complicado puede ser espontáneo o inducido. El manejo es idéntico, de modo que en ambas situaciones se aplican las recomendaciones anteriores.

Consideraciones sobre la aplicación

A veces habrá que introducir cambios en las restricciones a la prescripción para algunos tipos de proveedores de atención, o implementar mecanismos de otra índole, a fin de que esos trabajadores puedan disponer de los medicamentos en el marco normativo del sistema de salud.

La evacuación de los productos retenidos es una función fundamental de la atención obstétrica básica de emergencia; así pues, la formación relacionada con tales tareas y su aplicación pueden integrarse en los servicios de prestación de ese tipo de atención.

Necesidades de investigación

Como parte de las investigaciones sobre las funciones de los trabajadores sanitarios legos en la realización de esta tarea se debe documentar la seguridad y eficacia de sus aptitudes para detectar abortos incompletos sin complicaciones, administrar la dosis correcta de misoprostol y reconocer cualquier otra complicación para su derivación. Debe haber siempre unos vínculos robustos de derivación hacia una atención de apoyo en servicios de emergencia.



Manejo del aborto y atención postaborto en los embarazos de más de 12 semanas

Las opciones recomendadas son la dilatación y evacuación (DyE) y el aborto médico con mifepristona seguida de misoprostol (o misoprostol únicamente cuando no se disponga de la primera) (3, 14). En la tabla 10 a continuación se presentan las recomendaciones.

Dilatación y evacuación (DyE)

Tabla 10. DyE en los embarazos de más de 12 semanas*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Médicos no especialistas	Recomendada 	No había pruebas directas respecto a la seguridad o eficacia de esta opción en comparación con los médicos especialistas. Sin embargo, parece viable tanto en los entornos de recursos altos como en los de recursos bajos, donde se recurre con frecuencia a la DyE. Estos médicos también realizan normalmente otros procedimientos quirúrgicos como cesáreas, extracción por vacío y ligadura de trompas. Los beneficios potenciales de esta opción superan los posibles daños. No siempre se puede contar con un especialista en el centro, de modo que esta opción puede ampliar la capacidad del sistema de salud para atender a las mujeres que lo necesiten.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	No había pruebas directas respecto a la seguridad o eficacia. Sin embargo los beneficios potenciales superan los posibles daños, y esta opción puede reducir las desigualdades en el acceso y facilitar la preparación de los centros para ofrecer atención en el segundo trimestre. Por consiguiente, es importante ensayar esta opción en un contexto de investigación.
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Desaconsejada 	No había pruebas directas respecto a la seguridad, eficacia o viabilidad de esta opción. El procedimiento requiere aptitudes que rebasan las requeridas para la aspiración por vacío en los embarazos de hasta 12 semanas, y suele llevarse a cabo en centros que cuentan con médicos, especialistas o no.
Parteras, enfermeros, enfermeras-parteras, enfermeras-parteras auxiliares, farmacéuticos, empleados de farmacia, trabajadores sanitarios legos	Desaconsejada 	No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.

* Véase un resumen de la evidencia en el marco DyE del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 80).

Otras observaciones

Cualquiera que sea el nivel del proveedor de atención, las aptitudes necesarias para practicar la DyE son mayores que para la AVM/AVE efectuada en fases más tempranas del embarazo, y por tanto las necesidades de formación son también mayores.

Consideraciones sobre la aplicación

Aunque realizado por lo general en un centro de alto nivel, el procedimiento se puede llevar a cabo en régimen ambulatorio.

Los trabajadores sanitarios que atienden o cuidan a las mujeres que abortan en el segundo trimestre pueden requerir un mayor apoyo profesional y de tutoría.



Subtarea: preparación del cuello uterino





Se recomienda preparar el cuello uterino con dilatadores osmóticos o medicamentos en todas las mujeres sometidas a DyE. En los embarazos de menor duración esa preparación no es imprescindible, pero también se puede recurrir a ella.

Los dilatadores osmóticos se aplican unas 6-24 horas antes del procedimiento. Esta tarea puede realizarla un profesional de la salud distinto del que se encargue luego de la DyE. Si se utiliza mifepristona, se administra por vía oral 24-48 horas antes del procedimiento; si se usa misoprostol, se administra por vía sublingual o vaginal 2 o 3 horas antes. Así pues, puede encargarse de iniciar la preparación un trabajador distinto del que realice luego la DyE. En las tablas 11 y 12 se presentan las recomendaciones al respecto.

Tabla 11. Preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos antes de la DyE*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos que se recurra a esta posibilidad cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.	Existen pruebas de la seguridad y eficacia de la AVE/AVM (certidumbre moderada) practicada en estas condiciones, incluida la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos en determinados casos. Esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo en los centros y reducir los tiempos de espera de las mujeres.
Parteras	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos que se recurra a esta opción cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.	Aunque no había pruebas directas suficientes sobre esta opción, se recomienda que las parteras asuman otros procedimientos realizados a través del cuello uterino, como la inserción de un DIU, y hay datos que indican que la práctica de la AVM por parteras es una alternativa eficaz y segura (certidumbre moderada; véase la tabla 3). Esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo en los centros y reducir los tiempos de espera de las mujeres.

Tabla 11 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Enfermeras	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos que se recurra a esta opción cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.</p>	<p>Aunque no había pruebas directas suficientes sobre esta opción, se recomienda que las enfermeras asuman otros procedimientos realizados a través del cuello uterino, como la inserción de DIU, y hay datos que indican que la práctica de la AVM por enfermeras es una alternativa eficaz y segura (certidumbre moderada; véase la tabla 3). Esta opción puede ayudar a optimizar el flujo de trabajo en los centros y reducir los tiempos de espera de las mujeres.</p>
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No había pruebas directas suficientes sobre la seguridad y eficacia de esta opción. Es improbable que estos trabajadores sanitarios participen en los abortos practicados en el segundo trimestre.</p>
Médicos de sistemas de medicina complementarios	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No había pruebas directas suficientes sobre la seguridad y eficacia de esta opción. Es improbable que estos trabajadores sanitarios participen en los abortos practicados en el segundo trimestre.</p>
Farmacéuticos, empleados de farmacia y trabajadores sanitarios legos	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.</p>

*Véase un resumen de la evidencia en el marco PRIME1 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 86)



Tabla 12. Preparación del cuello uterino con medicamentos antes de la DyE.*





Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos que se recurra a esta posibilidad cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.	Hay pruebas de que otros tipos de trabajador sanitario con una formación básica similar o menos exhaustiva (por ejemplo parteras, enfermeros o EPA) usan este tipo de medicamentos para el aborto médico (certidumbre moderada), y la preparación del cuello uterino forma parte de la capacitación para la AVM.
Parteras	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos que se recurra a esta opción cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.	Hay pruebas de la seguridad y eficacia del uso de estos medicamentos por las parteras como parte del aborto médico (certidumbre moderada, véase la tabla 5), y la preparación del cuello uterino forma parte de la capacitación para la AVM.
Enfermeras	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos que se recurra a esta opción cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.	Hay pruebas que avalan la seguridad y eficacia del uso de esos medicamentos por estos trabajadores sanitarios como parte del aborto médico (certidumbre moderada, véase la tabla 5), y la preparación del cuello uterino forma parte de la capacitación para la práctica de la AVM.

Tabla 12 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos que se recurra a esta opción cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.</p>	<p>Hay pruebas de la seguridad y eficacia del uso de esos medicamentos por estos trabajadores sanitarios como parte del aborto médico (certidumbre moderada, véase la tabla 5), y la preparación del cuello uterino forma parte también de la capacitación para la práctica de la AVM.</p>
Médicos de sistemas de medicina complementarios	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos que se recurra a esta opción cuando la preparación pueda iniciarse bajo la supervisión del proveedor de atención responsable de la DyE.</p>	<p>Hay pruebas que avalan la seguridad y eficacia del uso de esos medicamentos por estos trabajadores sanitarios como parte del aborto médico (certidumbre baja, véase la tabla 5), y la preparación del cuello uterino también forma parte de la capacitación para la AVM.</p>
Farmacéuticos y empleados de farmacia	<p>Desaconsejada</p> 	<p>Aunque la dispensación de medicamentos con receta forma parte de las funciones de los farmacéuticos, este procedimiento se reserva para los abortos realizados en el segundo trimestre en el contexto de un servicio de salud.</p>
Trabajadores sanitarios legos	<p>Desaconsejada</p> 	<p>Este procedimiento debe reservarse para los casos de aborto practicados en el segundo trimestre en el marco de un servicio de salud. Es improbable que estos trabajadores sanitarios intervengan en la interrupción del embarazo en el segundo trimestre.</p>

* Véanse los resúmenes de la evidencia correspondientes en el marco PRIME2 - Farmacéuticos y empleados de farmacia del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 99).



Aborto médico en los embarazos de más de 12 semanas

El aborto médico en los embarazos de más de 12 semanas es un procedimiento que debe llevarse a cabo en un servicio de salud y en el que la mujer ha de permanecer en observación hasta el término del mismo. En la tabla 13 se presentan las recomendaciones sobre las funciones de los trabajadores de la salud en estos casos.

Tabla 13. Aborto médico después de las 12 semanas*






Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Médicos no especialistas	Recomendada 	No había pruebas directas suficientes que avalaran esta opción; sin embargo, los médicos no especialistas realizan habitualmente tareas de similar o mayor complejidad (como por ejemplo partos, extracción manual de la placenta o extracción por vacío). Los beneficios potenciales de esta opción son mayores que los posibles daños, y la intervención ha demostrado ser viable en varios entornos. No siempre se puede contar con un especialista en el centro, de modo que esta opción puede ampliar la capacidad del sistema de salud para atender a las mujeres que lo necesiten.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción en aquellos casos en que se pueda acceder con facilidad a unos servicios quirúrgicos de apoyo y una infraestructura adecuados para tratar los abortos incompletos u otras complicaciones.	No había pruebas directas suficientes que avalaran esta opción; sin embargo, la posibilidad de recurrir a estos profesionales es una opción tenida en cuenta para otras tareas de complejidad similar, como la extracción por vacío o la extracción manual de la placenta (6). Trabajan a menudo en centros de alto nivel en los que se dispensa el tipo de atención necesaria en el segundo trimestre. No siempre se puede contar con un especialista cualificado en esos centros, y la probabilidad de dispensar los servicios necesarios en esa etapa del embarazo es mayor si hay más de un trabajador capacitado al efecto en el establecimiento.
Parteras	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción en aquellos casos en que se pueda acceder fiablemente a unos servicios quirúrgicos de apoyo y una infraestructura adecuados para tratar los abortos incompletos u otras complicaciones.	Aunque no había pruebas directas suficientes que avalaran la eficacia de la globalidad de la intervención, las parteras se encargan a menudo de vigilar y cuidar a la mujer desde el momento de la administración de misoprostol hasta la terminación del aborto, y las mujeres suelen considerar más aceptable la atención que reciben de las parteras (confianza moderada).

Tabla 13 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Enfermeras	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción en aquellos casos en que se pueda acceder fiablemente a unos servicios quirúrgicos de apoyo y una infraestructura adecuados para tratar los abortos incompletos u otras complicaciones.</p>	<p>Aunque no había pruebas directas suficientes que avalaran la eficacia de la globalidad de la intervención, las enfermeras se encargan a menudo de vigilar y cuidar a la mujer desde el momento en que se administra el misoprostol hasta la terminación del aborto, y las pacientes suelen considerar más aceptable la atención que reciben de las enfermeras (confianza moderada).</p>
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No había pruebas directas de la eficacia, seguridad o aceptabilidad de esta opción. Estos trabajadores sanitarios no suelen estar en los servicios de mayor nivel en que se dispensa ese tipo de atención, ni participar tampoco en la atención requerida en los abortos practicados en el segundo trimestre.</p>
Médicos de sistemas de medicina complementarios	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No había pruebas directas de la eficacia, seguridad o aceptabilidad de esta opción. Estos médicos no suelen participar en la atención que requieren los abortos practicados en el segundo trimestre, y el procedimiento seguido se realiza en centros de nivel superior en los que normalmente hay médicos especialistas o no especialistas.</p>
Farmacéuticos, empleados de farmacia, trabajadores sanitarios legos	<p>Desaconsejada</p> 	<p>No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo evaluación alguna de la evidencia.</p>

* Véase un resumen de la evidencia en el marco AM4 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 104).

Prioridades de investigación

Es preciso realizar nuevas investigaciones sobre la función de los trabajadores no médicos -como clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeros- en los abortos practicados en el segundo trimestre.

Consideraciones sobre la aplicación

Los abortos médicos en embarazos de más de 12 semanas deben llevarse a cabo en servicios de salud en los que se pueda ingresar a la paciente.





Los trabajadores sanitarios que atienden o cuidan a las mujeres que abortan en el segundo trimestre pueden necesitar un mayor apoyo profesional y de tutoría.



Tratamiento de las complicaciones sin riesgo para la vida

El tratamiento inicial básico comprende la detección de la complicación, la estabilización de la mujer, y el suministro de antibióticos por vía oral o parenteral y de líquidos por vía intravenosa antes de la derivación a un profesional o centro sanitario apropiado para aplicar el tratamiento definitivo (véanse las tablas 14 y 15).

Tabla 14. Tratamiento inicial de la infección postaborto sin riesgo para la vida*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas y médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	Aunque no había pruebas directas en apoyo del tratamiento de la infección postaborto, el tratamiento de la sepsis puerperal con antibióticos por vía intramuscular, tarea que requiere aptitudes similares, es una opción recomendada como parte de las funciones habituales de estos trabajadores de la salud (6).
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	No había pruebas directas respecto al tratamiento de la infección postaborto, pero la formación básica de estos profesionales abarca las aptitudes requeridas para esa tarea.
Farmacéuticos, empleados de farmacia y trabajadores sanitarios legos	Desaconsejada 	No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.

*Véase un resumen de la evidencia en el marco COMP1 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 111).

Otras observaciones

No se formularon recomendaciones más específicas para el tratamiento integral de las infecciones postaborto debido a la falta de directrices clínicas sobre el tratamiento de las complicaciones asociadas al aborto peligroso.

Consideraciones sobre la aplicación

A veces habrá que introducir cambios en las restricciones a la prescripción para algunos tipos de proveedor de atención, o implementar mecanismos de otra índole, a fin de que esos trabajadores puedan administrar los antibióticos dentro del marco normativo del sistema de salud.

Tabla 15. Tratamiento inicial de la hemorragia postaborto sin riesgo para la vida*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeras	Recomendada 	Aunque no había pruebas directas respecto a su participación en el tratamiento de la hemorragia postaborto, se considera que el tratamiento inicial de la hemorragia puerperal con líquidos por vía intravenosa, tarea que requiere aptitudes similares, forma parte de sus funciones habituales (6).
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	Aunque no había pruebas directas respecto a su participación en el tratamiento de la hemorragia postaborto, el tratamiento inicial de la hemorragia puerperal con líquidos por vía intravenosa, medida que requiere aptitudes similares, es una de las tareas recomendadas (6).
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	No había pruebas directas que respaldaran esta opción de tratamiento de la hemorragia postaborto, pero la formación básica de estos profesionales abarca las aptitudes requeridas para esa tarea.
Farmacéuticos, empleados de farmacia y trabajadores sanitarios legos	Desaconsejada 	No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.

* Véase un resumen de la evidencia en COMP2 en el [Suplemento 1 de la web](#) (p. 111).

Otras observaciones

No se formularon recomendaciones más específicas para un tratamiento integral debido a la falta de directrices clínicas sobre el tratamiento de las complicaciones asociadas al aborto inseguro.



Información sobre el aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos

En esta sección se considera el suministro de información general relacionada con los servicios de aborto sin riesgos, como por ejemplo dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos; dónde y cómo beneficiarse de servicios de aborto seguros y legales y conseguir información sobre los costos; dónde encontrar información detallada sobre las leyes locales; y advertencias sobre la importancia de la búsqueda de atención temprana. Esta información se puede proporcionar a las mujeres que soliciten estos servicios, pero también a otras mujeres y a hombres. En la tabla 16 se presentan las opciones recomendadas.

Tabla 16. Suministro de información sobre el aborto sin riesgos*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas, clínicos asociados y asociados avanzados, médicos de sistemas de medicina complementarios, parteras, enfermeras, auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Farmacéuticos	Recomendada 	Existen pruebas de la eficacia de la educación y el asesoramiento por ellos proporcionados acerca de enfermedades crónicas (certidumbre baja a moderada). Estos profesionales son consultados a menudo por mujeres que buscan asesoramiento porque sufren retrasos de la menstruación (confianza moderada). Profesionales cualificados, los farmacéuticos suministran información sobre los medicamentos de forma habitual.
Empleados de farmacia	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que pueda garantizarse que el empleado está bajo la supervisión directa de un farmacéutico y que se tiene acceso a un mecanismo de derivación a un sistema de salud formal.	No había pruebas directas suficientes respecto a la eficacia, seguridad y aceptabilidad de esta opción. Sin embargo, en muchos contextos, esos trabajadores son consultados a menudo por mujeres que desean información para resolver sus problemas de retraso de la menstruación (confianza moderada). Si bien las intervenciones de formación de estos trabajadores son de dudosa eficacia, los beneficios que pueden derivarse de su contribución al suministro de información básica superan los daños que puede acarrear el hecho de que no faciliten información o suministren información incorrecta.
Trabajadores sanitarios legos	Recomendada 	Las intervenciones de trabajadores sanitarios legos en la promoción de la salud son por lo general bien aceptadas y viables cuando funciona un programa sólido centrado en estos trabajadores (confianza moderada). Hay muchas posibilidades de ampliar el acceso equitativo a la información y a unos servicios de aborto sin riesgos.

* Véanse los resúmenes de la evidencia correspondientes en los marcos MESSAGE1 - Farmacéuticos y empleados de farmacia (p. 119) y MESSAGE1 - Trabajadores sanitarios legos (p. 127) del [Suplemento 1 en la web](#).

Asesoramiento antes y después del aborto

El suministro de información científicamente precisa e inteligible a todas las mujeres sometidas a un aborto, así como de asesoramiento voluntario imparcial a las mujeres que lo soliciten, es un elemento fundamental para prestar unos servicios de aborto de calidad. La atención durante y después del aborto debe integrar de forma sistemática una información exhaustiva sobre los métodos anticonceptivos y los servicios correspondientes (15). Sin embargo, el asesoramiento es algo más que el suministro de información, pues entraña un proceso focalizado e interactivo en virtud del cual la mujer recibe voluntariamente apoyo, información y orientación imparcial de una persona preparada para ello (14). Exige un nivel mucho mayor de conocimientos específicos que el simple suministro de información general sobre los servicios de aborto sin riesgos. A continuación se presentan las recomendaciones en la tabla 17.

Tabla 17. Asesoramiento antes y después del aborto *


Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas	Recomendada 	Forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se hizo ninguna evaluación de la evidencia.
Clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	Esta tarea constituye un pilar básico de los servicios de aborto y la atención postaborto.
Parteras	Recomendada 	El asesoramiento es una competencia esencial de las parteras, pues es un pilar básico de los servicios de aborto y la atención postaborto.
Enfermeras, auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	Esta tarea es un pilar básico de los servicios de aborto y la atención postaborto.
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Esta tarea es un pilar básico de los servicios de aborto y la atención postaborto.



Tabla 17 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Farmacéuticos	Desaconsejada 	Aunque los farmacéuticos están bien preparados para facilitar información sobre los medicamentos que dispensan y hay pruebas de la eficacia (certidumbre baja) de su asesoramiento a los pacientes en lo que atañe al manejo de las enfermedades crónicas, su ámbito de acción no abarca las intervenciones quirúrgicas, por lo que no están en condiciones de proporcionar asesoramiento sobre todos los métodos seguros de aborto o anticoncepción. Además, las farmacias no parecen el lugar más adecuado para ello considerando la privacidad que exige el asesoramiento antes y después del aborto, de manera que esta opción puede no ser viable en la mayoría de las situaciones.
Empleados de farmacia	Desaconsejada 	No hay pruebas que avalen la seguridad, eficacia y viabilidad de esta opción.
Trabajadores sanitarios legos	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción en algunas circunstancias, en aquellos entornos en los que el proveedor de atención que controle el procedimiento no esté disponible para prestar asesoramiento o la mujer necesite apoyo adicional.	No había suficientes pruebas directas sobre la eficacia, aceptabilidad y viabilidad de esta opción, pero las intervenciones de los trabajadores sanitarios legos son por lo general bien aceptadas y factibles en muchos contextos, y estos agentes actúan a menudo como intermediarios entre los sistemas de salud formales y las mujeres que buscan servicios relacionados con el aborto (confianza moderada). Estos trabajadores podrían desempeñar una función de apoyo del proveedor de atención principal o el asesor.

* Véanse los resúmenes de la evidencia correspondientes en el marco MESSAGE2 del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 133): MESSAGE2 - Farmacéuticos y empleados de farmacia (p. 119) y MESSAGE2 - Trabajadores sanitarios legos (p. 127).

Anticoncepción

Los métodos anticonceptivos se pueden empezar a emplear inmediatamente después del aborto, cualquiera de ellos. Hay que atenerse a los criterios establecidos en la publicación *Medical eligibility criteria for contraceptive use (16)* y a los principios referentes al suministro de métodos anticonceptivos voluntarios dentro de un marco de respeto de los derechos humanos (15).

En las tablas 18 a 22 figuran las recomendaciones sobre los métodos considerados. Un examen detallado de todos los métodos disponibles queda fuera del ámbito de estas directrices, pero eso no significa que las opciones a barajar como medios anticonceptivos tras el aborto deban limitarse a los métodos enumerados a continuación.

Dispositivo intrauterino

Tabla 18. Inserción y extracción de un dispositivo intrauterino*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas, clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	La recomendación procede de las directrices <i>OptimizeMNH</i> (6), en las que se considera que esta tarea forma parte de las funciones habituales de estos trabajadores de la salud.
Parteras y enfermeras	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH</i> (6).
Enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH</i> (6).
Auxiliares de enfermería	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH</i> (6).
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias Recomendamos esta opción en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	Su formación básica abarca por lo general las aptitudes pertinentes para esta tarea. Esta opción es probablemente viable y puede facilitar la continuidad de la atención dispensada a las mujeres así como el acceso en las regiones donde estos profesionales representan una parte importante del personal sanitario.
Farmacéuticos y empleados de farmacia	Desaconsejada 	No había pruebas directas sobre la seguridad, eficacia, aceptabilidad o viabilidad de esta opción.
Trabajadores sanitarios legos	Desaconsejada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH</i> (6).

* Véanse los resúmenes de la evidencia correspondientes en el [Suplemento 1 en la web](#): marco CONTRA1 – Médicos de sistemas de medicina complementarios (p. 138) y marco CONTRA1 – Farmacéuticos y empleados de farmacia (p. 144).



Implantes

Tabla 19. Inserción y extracción de implantes*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas, clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> , en las que se considera que la tarea forma parte de las funciones habituales de estos profesionales.
Parteras y enfermeras	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> .
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción en el marco de unas medidas focalizadas de vigilancia y evaluación	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> .
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias  Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva, y donde se impartan paralelamente la formación sobre extracción de implantes y la formación sobre su inserción.	No había pruebas directas suficientes de la eficacia de esta opción. No obstante, la formación básica de estos trabajadores abarca las aptitudes pertinentes para esta tarea. Esta medida puede facilitar la continuidad de la atención dispensada a las mujeres.
Farmacéuticos y empleados de farmacia	Desaconsejada 	No había pruebas directas respecto a la seguridad, eficacia, aceptabilidad o viabilidad de esta opción.
Trabajadores sanitarios legos	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> .

* Véanse los resúmenes de la evidencia correspondientes en el [Suplemento 1 en la web](#): marco CONTRA1 – Médicos de sistemas de medicina complementarios (p. 138) y marco CONTRA1 – Farmacéuticos y empleados de farmacia (p. 144).

Otras observaciones

La extracción de los implantes puede exigir más habilidad que la inserción, y cualquier trabajador sanitario capacitado para insertarlos de forma autónoma debería estar también adecuadamente preparado para extraerlos.

Las investigaciones sobre la función de los trabajadores sanitarios legos en la inserción y extracción de implantes deben limitarse a aquellos que dispensen atención en un centro de salud u otros entornos con condiciones asépticas (6).



Anticonceptivos inyectables

Tabla 20. Comienzo y continuación de la administración de anticonceptivos inyectables*

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas, clínicos asociados y asociados avanzados, parteras, enfermeras	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> , en las que se considera que la tarea forma parte de las funciones habituales de estos profesionales.
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> .
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Recomendada en determinadas circunstancias Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el sistema de salud cuente con mecanismos arraigados para la participación de este tipo de médicos en otras tareas relacionadas con la salud materna y reproductiva.	La formación básica de estos trabajadores abarca las aptitudes pertinentes para esta tarea, por lo que la formación adicional necesaria sería mínima. Esta opción puede facilitar la continuidad de la atención dispensada a las mujeres.
Farmacéuticos	Recomendada 	Aunque la evidencia disponible sobre la eficacia de esta opción es de certidumbre muy baja, la administración de inyecciones forma parte de las funciones habituales de estos profesionales, de modo que la formación adicional necesaria para esta tarea sería mínima. Esta opción puede ampliar las posibilidades de elección de la mujer y reducir las inequidades en el acceso a los métodos anticonceptivos.



Tabla 20 (continuación)

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Empleados de farmacia	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción únicamente en los casos en que el empleado administre los anticonceptivos inyectables bajo la supervisión directa de un farmacéutico.</p>	<p>No había pruebas de la eficacia, aceptabilidad o viabilidad de esta opción. Sin embargo, la administración de inyecciones forma parte de las funciones habituales de los empleados de farmacia calificados, de modo que la formación adicional necesaria no sería excesiva. Esta opción puede ampliar las posibilidades de elección de la mujer y reducir las inequidades en el acceso a los métodos anticonceptivos.</p>
Trabajadores sanitarios legos	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos que esta opción se lleve a la práctica con unas medidas focalizadas de vigilancia y evaluación.</p>	<p>La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH</i> (6).</p>

* Véanse los resúmenes de la evidencia correspondientes en el [Suplemento 1 en la web](#): marco CONTRA1 – Médicos de sistemas de medicina complementarios (p. 138) y CONTRA1 – Farmacéuticos y empleados de farmacia (p. 144).

Consideraciones sobre la aplicación

La implantación de sistemas adecuados de eliminación de los objetos punzantes, jeringuillas y agujas utilizados es importante y especialmente necesaria si hay que recurrir a farmacéuticos y empleados de farmacia, ya que muchas farmacias no disponen de tales sistemas.

La inversión en la formación inicial puede ser mayor si los farmacéuticos no están ya acreditados para administrar inyecciones. Es importante que haya mecanismos que mantengan al farmacéutico bien vinculado al sistema formal de salud y posibiliten una eventual derivación.


Prioridades de investigación

Dado que los datos de investigación sobre los farmacéuticos proceden de entornos con altos recursos, es necesario emprender investigaciones sobre la aplicación centradas en aspectos de la viabilidad en los entornos con recursos escasos.

Autoadministración de anticonceptivos inyectables

Se presentan también a continuación recomendaciones sobre la autoadministración de anticonceptivos inyectables (tabla 21).women themselves (see Table 21).

Tabla 21. Autoadministración de anticonceptivos inyectables *

Autoadministración de anticonceptivos inyectables	Recomendación	Justificación
Mujeres (autoadministración)	<p>Recomendada en determinadas circunstancias</p>  <p>Recomendamos esta opción en aquellas situaciones en que existan mecanismos para facilitar a la mujer la información y capacitación necesarias, vínculos robustos de derivación a un proveedor de atención, y sistemas operativos de vigilancia y seguimiento.</p>	<p>Existen pruebas, obtenidas en entornos con recursos altos, de que las tasas de continuidad de la autoadministración de anticonceptivos inyectables son parecidas a las de su administración por proveedores de atención en dispensarios (certidumbre baja). Esta opción puede traducirse en ahorros de tiempo y dinero para las mujeres. Hay pruebas de que algunas mujeres prefieren inyectarse ellas mismas el anticonceptivo, lo que refleja un mayor poder de decisión y autonomía desde el punto de vista de sus derechos.</p>

*Véase un resumen de la evidencia en el marco CONTRA1 - Autoadministración del [Suplemento 1 en la web](#) (p. 152).

Otras observaciones

Los anticonceptivos inyectables se administran con una jeringuilla ordinaria, por vía intramuscular o subcutánea. Aún no se dispone de forma generalizada de jeringas precargadas autodestruibles.

Consideraciones sobre la aplicación

Las siguientes consideraciones son importantes a la hora de ofrecer la alternativa de la autoinyección:

- adoptar las medidas oportunas para almacenar los objetos punzantes con seguridad en el hogar;
- formar a la interesada en materia de eliminación segura y sin riesgo del material de inyección utilizado (especialmente en los entornos con alta prevalencia de infección por VIH), y establecer los mecanismos necesarios para ello;
- cerciorarse de que exista un sistema adecuado para adquirir los anticonceptivos inyectables a intervalos regulares sin necesidad de acudir continuamente a un establecimiento de salud.



Ligadura de trompas

Tabla 22. Ligadura de trompas

Trabajador sanitario	Recomendación	Justificación
Médicos especialistas, médicos no especialistas, clínicos asociados y asociados avanzados	Recomendada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> , en las que se considera que la tarea forma parte de las funciones habituales de estos profesionales.
Parteras y enfermeras	Recomendada en el marco de una investigación rigurosa 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> .
Auxiliares de enfermería y enfermeras-parteras auxiliares	Desaconsejada 	La recomendación proviene de las directrices <i>OptimizeMNH (6)</i> .
Médicos de sistemas de medicina complementarios	Desaconsejada 	No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.
Farmacéuticos, empleados de farmacia	Desaconsejada 	No forma parte de sus funciones habituales. Por consiguiente, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia.
Trabajadores sanitarios legos	Desaconsejada 	La recomendación <i>proviene de las directrices OptimizeMNH (6)</i> , donde se considera que el procedimiento en cuestión queda fuera del ámbito de las funciones habituales de estos trabajadores.

Necesidades de investigación y consideraciones sobre la aplicación

Necesidades de investigación

Consideraciones generales sobre la aplicación



Necesidades de investigación y consideraciones sobre la aplicación

Necesidades de investigación

No se pudo establecer formalmente un orden de prioridades de investigación, pero se delimitaron áreas prioritarias para futuras investigaciones, entre ellas la documentación de la seguridad, eficacia y viabilidad de enfoques orientados a ampliar las funciones de los farmacéuticos y los trabajadores sanitarios legos en la ejecución de los distintos componentes del aborto médico. También se requieren nuevas investigaciones para desarrollar instrumentos, pruebas y listas de verificación sencillas que puedan facilitar la evaluación de la elegibilidad para el aborto médico temprano o de la compleción del aborto por las propias mujeres o por otros agentes de salud comunitarios.

También hay que investigar la seguridad, la eficacia y la viabilidad del recurso a no especialistas tales como clínicos asociados y asociados avanzados, parteras y enfermeras en la prestación de servicios de aborto después del primer trimestre.

Igualmente trascendentales son las investigaciones sobre la aplicación relacionadas con las intervenciones orientadas a ampliar las funciones de los trabajadores sanitarios en el marco de los sistemas de salud y a gran escala, así como para identificar lo que funciona y lo que no.

Teniendo en cuenta que la delegación de funciones y el reparto de tareas son ya una realidad en muchos lugares, una documentación y evaluación más rigurosas de los programas ya existentes y de las funciones desempeñadas por los diferentes tipos de trabajador sanitario pueden aportar también pruebas muy necesarias respecto a la viabilidad. Los programas, así como las investigaciones (incluida la investigación clínica), deben documentar con claridad y patentizar las funciones de los trabajadores sanitarios implicados en las distintas intervenciones.

Consideraciones generales sobre la aplicación

Se han resaltado ya algunas consideraciones sobre la aplicación de tareas concretas al presentar las recomendaciones pertinentes en los capítulos anteriores.

En las publicaciones *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (3)* y *Manual de práctica clínica para un aborto seguro (14)* se examinan detenidamente las consideraciones sobre la aplicación para los servicios de aborto sin riesgos. En *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción (15)* se hacen diversas reflexiones sobre la implantación de servicios de anticoncepción. En las directrices *OptimizeMNH (6)* se hacen consideraciones generales sobre la delegación de funciones en los ámbitos de la salud materna y la planificación familiar. En las conclusiones de los análisis cualitativos sobre la aceptabilidad y viabilidad realizados para estas directrices se han hallado también numerosos factores que pueden facilitar o dificultar la aplicación; en el [Suplemento 3 de la web](#) se presenta un resumen completo de estos resultados.

Es esencial que la delegación de funciones y la ampliación general de las tareas de los trabajadores sanitarios se lleve a cabo como parte de una estrategia planificada y regulada que vaya acompañada de mecanismos adecuados para la capacitación, la acreditación y una vigilancia y apoyo continuos, no como una transferencia oportunista o *de facto* de tareas por falta de disponibilidad o de voluntad de un determinado grupo de profesionales.

La participación de las partes interesadas y la colaboración con asociaciones profesionales entre distintos niveles de grupos de trabajadores sanitarios es importante para fomentar la confianza,

respaldar las funciones complementarias y crear un entorno propicio. Las percepciones y actitudes de determinados interesados directos pueden influir mucho en la aplicación de la delegación de funciones en los servicios de aborto. Es importante abordar las preocupaciones de los proveedores de atención más especializados, que pueden sentirse incómodos con la delegación o el reparto de tareas que tradicionalmente tenían reservadas, pero igualmente importante es encarar las preocupaciones de los trabajadores sanitarios que tendrán que asumir esas funciones adicionales. Estos últimos puede albergar preocupaciones legítimas sobre la carga de trabajo, la remuneración y los roles profesionales, y no siempre colaborarán o estarán dispuestos a participar en los abortos y la atención postaborto o en la administración de métodos anticonceptivos.

La formación basada en la adquisición de competencias es un requisito clave para infundir seguridad y preparar a los trabajadores sanitarios para que asuman nuevas funciones. La curva de aprendizaje necesaria para adquirir íntegramente una nueva habilidad, y por tanto la demora inevitable hasta que las intervenciones de reciente implantación alcancen su máxima eficacia, es un factor que no se debe subestimar. Con el tiempo, es importante que haya mecanismos que incluyan el adiestramiento en los planes de estudios antes del servicio si se quiere mantener la delegación de funciones a gran escala.

La capacitación debe abordar no solo tareas específicas, sino también cuestiones relacionadas de forma más general con el aborto y los métodos anticonceptivos, en particular el conocimiento de la legislación local. La formación debe aspirar a promover una atención respetuosa para las mujeres con independencia de las creencias personales de los trabajadores sanitarios. La objeción de conciencia, allí donde se permita, debe estar regulada, y debe garantizarse la existencia de alternativas asistenciales para la mujer.

Las estructuras y los mecanismos reguladores deben modificarse en la medida necesaria para que los trabajadores sanitarios tengan acceso a los productos básicos y suministros requeridos en el entorno del sistema de salud.

La aplicación de estas recomendaciones implica la delegación de servicios hasta el nivel de atención primaria en los casos de aborto temprano. Las inversiones iniciales en el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para posibilitar esa transición redundarán probablemente en beneficios a largo plazo. Los enfoques de autotratamiento y la participación de farmacéuticos o trabajadores sanitarios legos obligan a prestar especial atención a la creación de vínculos de derivación (pues puede que no los haya) y el desarrollo de material didáctico y demás instrumentos, así como al establecimiento de mecanismos que garanticen el suministro de medicamentos de calidad en el marco de unos sistemas de salud regulados y supervisados.

Se requiere también una labor continua de orientación de apoyo. Los trabajadores sanitarios que dispensan atención relacionada con el aborto pueden verse estigmatizados o aislados profesionalmente en algunos entornos, por lo cual es muy importante que existan mecanismos de apoyo, sobre todo en el caso de quienes participan en los abortos realizados en el segundo trimestre y de aquellos que trabajan en zonas rurales.

La fidelización del personal calificado que trabaja en zonas rurales o subatendidas puede ser particularmente difícil. Para conseguirlo se requerirán entre otras cosas apoyo profesional y personal, garantías respecto a la seguridad de esos trabajadores, y una remuneración suficiente acompañada de incentivos no pecuniarios. Las directrices *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención (17)*, si bien no abordan directamente el tema del aborto, contienen recomendaciones pertinentes que pueden ser de utilidad a la hora de aplicar las recomendaciones de las presentes directrices.

Para poner en práctica eficazmente las recomendaciones se requiere un sistema de salud que funcione. Sin embargo, la necesidad de ser incluyente con toda una gama de proveedores de atención sanitaria puede ser aún más acuciante en los casos de disfunción o desorganización del sistema de salud (por ejemplo en situaciones de emergencia humanitaria o de crisis), y en esas circunstancias deberá prestarse la debida atención a la posible delegación de funciones en los servicios de aborto o de atención relacionada con los métodos anticonceptivos.

Difusión, adaptación, vigilancia y revisión de las directrices

Difusión y adaptación de las directrices

Vigilancia del uso de las directrices

Revisión y actualización de las directrices



Difusión, adaptación, vigilancia y revisión de las directrices

Difusión y adaptación de las directrices

Las directrices completas, junto con toda la información complementaria y adicional, están disponibles tanto en línea³ como en formato impreso, y es posible acceder también a ellas a través de la base de datos de la Biblioteca de la OMS, la página web de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS y la Biblioteca de Salud Reproductiva (RHL)⁴ de la OMS.

Publicadas originalmente en inglés, las directrices se han traducido al español y el francés. Si es necesario se harán traducciones a otros idiomas de las Naciones Unidas. Se alienta a terceros a realizar traducciones a idiomas no oficiales de las Naciones Unidas, siempre y cuando se ajusten a las indicaciones de la OMS respecto a tales traducciones.

Existe además un resumen simplificado de las recomendaciones, disponible en forma impresa y en línea, y a través de una aplicación web interactiva.

Las copias impresas se distribuirán con arreglo a las listas de distribución normalizadas que mantiene la OMS, y la distribución y difusión de copias adicionales se coordinará con las oficinas regionales de la OMS y mediante la colaboración activa con donantes, otros organismos y organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas. Se ha previsto la celebración de talleres regionales de difusión, así como una difusión activa en el Congreso Mundial de la FIGO y otras reuniones internacionales. Se está otorgando prioridad a las actividades de investigación sobre la aplicación, especialmente en relación con las necesidades de investigación identificadas.

Se proporcionará apoyo técnico para la adaptación y aplicación de estas directrices en los países a petición de los Ministerios de Salud o de las oficinas regionales y de país de la OMS.

Vigilancia del uso de las directrices

El número de ejemplares impresos distribuidos, así como el número de descargas desde el sitio web de la OMS, se utilizarán como indicador del interés por estas directrices. Las solicitudes de apoyo técnico recibidas para su adaptación serán objeto de seguimiento, al igual que la incorporación de las recomendaciones en las directrices nacionales y en las de los organismos profesionales y ONG.

El GED colaborará con la Secretaría para mantener informada a la OMS sobre esos eventos; se realizará una encuesta en línea a través de las oficinas regionales y de país de la OMS y con destinatarios seleccionados de otros grupos de usuarios (por ejemplo asociaciones profesionales u ONG) dos años después de publicadas las directrices, a fin de calibrar el grado de adopción y aplicación de las recomendaciones en los países. Esta encuesta ayudará también a reunir retroinformación de interés para ulteriores cambios.

Revisión y actualización de las directrices

Estas directrices serán revisadas en 2018 (pasados cuatro años desde el proceso de búsqueda y síntesis de evidencias científicas llevado a cabo para elaborarlas), a menos que surjan nuevas evidencias que obliguen a introducir cambios en las recomendaciones antes de esa fecha.

³ Accesible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/

⁴ Se puede acceder a la base de datos de la Biblioteca de la OMS en: <http://www.who.int/library/databases/es/>; la página web de Salud Sexual y Reproductiva se encuentra en: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>; y la BSR de la OMS se puede consultar en: <http://apps.who.int/rhl/es/>

Referencias

Anexo



References

1. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html, consultado el 17 de junio de 2015).
2. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf, consultado el 17 de junio de 2015).
3. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1, consultado el 17 de junio de 2015).
4. Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2006.
5. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2014; 92:155 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>, consultado el 17 de junio de 2015).
6. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.optimizemnh.org/>, consultado el 12 de junio de 2015).
7. Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization; sin fecha (http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf?ua=1, consultado el 12 de junio de 2015).
8. Technical notes – global health workforce statistics database. Geneva: World Health Organization; sin fecha (<http://www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf>, consultado el 12 de junio de 2015).
9. Africa Health Workforce Observatory. Definitions of the 23 health workforce categories. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH_HWO/HTML/Dftn.htm, consultado el 12 de junio de 2015).
10. ICM international definition of the midwife. The Hague: International Confederation of Midwives; 2011 (http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf, consultado el 12 de junio de 2015).
11. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. [Annex 1: Cadre definitions used in the project. Geneva: World Health Organization]; 2012 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/Annex_1_Cadre_definitions.pdf, consultado el 12 de junio de 2015).
12. Renfrew MJ, Homer CSE, Downe S, McFadden A, Muir N, Prentice T, et al. Midwifery: an executive summary for The Lancet's series. The Lancet Series on Midwifery. Lancet. 2014 (http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf, consultado el 19 de junio de 2015).
13. WHO handbook for guideline development. Geneva, World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, consultado el 17 de junio de 2015).

14. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1, consultado el 17 de junio de 2015).
15. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 17 de junio de 2015).
16. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5).
17. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Recomendaciones mundiales de política. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44538/1/9789243564012_spa.pdf), consultado el 17 de junio de 2015).



Anexo A: Contribuidores a las directrices

Grupo de Orientación de la OMS

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

- Anisa Assifi
- Monica Dragoman (síntesis de la evidencia)
- Bela Ganatra (funcionaria responsable/autora principal)
- Metin Gülmezoglu
- Brooke Ronald Johnson
- Caron Kim (síntesis de la evidencia)
- Sharon Phillips (síntesis de la evidencia)

Otros departamentos

- Matthews Mathai (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente)
- Arvind Mathur (Oficina Regional para Asia Sudoriental)
- Rodolfo Gómez Ponce de Leon (Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva [CLAP-SMR]/OPS Uruguay)
- Suzanne Serruya (CLAP-SMR/OPS Uruguay)

Examen inter pares

- Mari Nagai (Oficina Regional para el Pacífico Occidental)
- Howard Sobel (Oficina Regional para el Pacífico Occidental)

Equipo básico de datos probatorios

Nombre	Afiliación	País	Función	DDI
Claire Glenton	Global Health Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Noruega	Formulación de preguntas PICO, recopilación/síntesis de datos, estudio de casos multipaíses, síntesis cualitativa de datos probatorios, marcos de EtD	Ninguno
Simon Lewin	Global Health Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services and Health Systems Research Unit, South African Medical Research Council	Noruega	Formulación de preguntas PICO, recopilación/síntesis de datos, examen de la aceptabilidad, síntesis de la evidencia cualitativa, evaluación de la evidencia cualitativa (metodólogo CERQual), marcos de EtD	Ninguno
Annik Sorhaindo	Independiente	México	Revisión sistemática cualitativa, estudio de casos de países, redacción del documento de directrices	Ninguno
Marita Sporstøl Fønhus	Global Health Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Noruega	Síntesis de la evidencia sobre beneficios y daños, evaluación de la evidencia (metodóloga GRADE)	Ninguno

CERQual: Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research; DDI: declaración de intereses; EtD: de la Evidencia a la toma de Decisiones; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; PICO: población, intervención, comparación y resultados.

Personas que apoyaron al Equipo básico de datos probatorios en temas específicos

Nombre	Afiliación	País	Función
Christopher Colvin	School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town	Sudáfrica	Análisis cualitativo de la autoadministración
John Evers	Independiente	Reino Unido	Estrategias de búsqueda para los análisis cualitativos
Atle Fretheim	Global Health Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Noruega	Segunda evaluación independiente de la evidencia sobre beneficios y daños (metodólogo GRADE)
Dell Horey	College of Science, Health and Engineering, School of Psychology and Public Health, La Trobe University	Australia	Revisión sistemática sobre el asesoramiento y el suministro de información
Heather Munthe-Kaas	Welfare Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Noruega	Síntesis de la evidencia cualitativa
Andy Oxman	Global Health Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Noruega	Desarrollo de marcos de EtD
Luke Vale	Institute of Health and Society, Newcastle University	Reino Unido	Consideraciones sobre el uso de recursos (economista)

Personas que contribuyeron a la búsqueda y síntesis de evidencia bajo la orientación del Equipo básico de datos probatorios

- Shannon Carr (University of New Mexico, Albuquerque, EE.UU.)
- Rasha Khoury (Brigham Hospital, Boston, EE.UU.)
- Natalie Leon (South African Medical Research Council, Ciudad del Cabo, Sudáfrica)
- Onikepe Owolabi (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido)
- Vicky Pileggi (University of São Paulo, State of São Paulo, Brasil)
- Susanne Sjostrum (Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia)
- Alison Swartz (University of Cape Town, Ciudad del Cabo, Sudáfrica)
- Megan Wainwright (University of Cape Town, Ciudad del Cabo, Sudáfrica)

Personas que contribuyeron a los estudios de casos de países

- Lilian Abracinskas (Mujer y Salud en Uruguay, Montevideo, Uruguay)
- Marijke Alblas (Proveedora de salud, Ciudad del Cabo, Sudáfrica)
- Aster Berhe (Asesora nacional en partería, Oficina de país, Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Addis Abeba, Etiopía)
- Diane Cooper (Women's Health Research Unit, University of Cape Town, Ciudad del Cabo, Sudáfrica)
- Tapash Ranjan Das (Director Adjunto, Maternal Child Health Services, Directorate of Family Planning, Dhaka, Bangladesh)
- Demeke Desta (Ipas, Addis Abeba, Etiopía)
- Mosotho Gabriel (Experta independiente, Johannesburg, Sudáfrica)
- Sarah Jane Holcolombe (Bixby Center for Population, Health and Sustainability, Berkeley, California, EE.UU.)
- Martha Silva (Experta independiente, Montevideo, Uruguay)
- Sharmin Sultana (Ipas, Dhaka, Bangladesh)



Grupo de elaboración de las directrices

Nombre	Sexo	Afiliación	País/Región de la OMS	Especialidad	DDI
Nana Yaa Appiah	F	Fundadora y Directora de programas, Ghana Women's Voices Foundation	Ghana (Región de África)	Farmacéutica, formación de farmacéuticos	Ninguno
Katherine Ba-Thike	F	Independiente	Myanmar (Región de Asia Sudoriental)	Aplicación del programa de salud reproductiva	Ninguno
Marge Berer	F	Fundadora y editora de <i>Reproductive Health Matters</i> ,	Reino Unido (Región de Europa)	Género, derechos, promoción de la salud	Ninguno
Sadia Chowdhury (GDG Chair)	F	Directora Ejecutiva, BRAC Institute of Global Health	Bangladesh (Región de Asia Sudoriental)	Sistemas de salud, análisis de políticas	Ninguno
Jemima A. Dennis-Antwi	F	Presidenta, Ghana College of Nurses and Midwives, Confederación Internacional de Matronas (miembro de la Junta para África)	Ghana (Región de África)	Partería, salud materna, neonatal e infantil	Ninguno
Anibal Faúndes	M	Presidente, Grupo de trabajo sobre el aborto peligroso de la FIGO	Brasil (Región de las Américas)	Atención clínica, obstetricia y ginecología	Ninguno
Hailemichael Gebreselassie	M	Asesor superior regional de investigación, Ipas Africa Alliance	Kenya/ Etiopía (Región de África)	Epidemiología, evaluación de programas	Ninguno
Kristina Gemzell-Danielsson	F	Profesora y Presidenta, Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet	Suecia (Región de Europa)	Investigación clínica, métodos anticonceptivos / aborto, elaboración de directrices	Sí*
Daniel Grossman	M	Vicepresidente de Investigación, Ibis Reproductive Health	EE.UU. (Región de las Américas)	Investigación clínica y en ciencias sociales	Ninguno
Manuelle Hurwitz	F	Asesora superior, Federación Internacional de Planificación de la Familia	Reino Unido (Región de Europa)	Antropología social, gestión de programas	Ninguno
Vinoj Manning	M	Director Ejecutivo, Ipas Development Foundation	India (Región de Asia Sudoriental)	Fortalecimiento de sistemas de salud, aplicación de programas	Ninguno
Thoai Ngo (hasta mayo de 2014)	M	Jefe, Global Research, Marie Stopes International	Reino Unido (Región de Europa)	Ensayos clínicos, evaluación del impacto, síntesis de la evidencia	Ninguno
Monica Oguttu	F	Directora Ejecutiva, Kisumu Medical and Education Trust	Kenya (Región de África)	Enfermería/partería, formación de personal sanitario	Ninguno

Grupo de elaboración de las directrices (continuación)

Nombre	Sexo	Afiliación	País/Región de la OMS	Especialidad	DDI
Nuriye Ortayli	F	Asesora superior, Salud reproductiva, UNFPA	Mundial (sede de UNFPA)	Aplicación de programas, ginecología y obstetricia	NP
Iqbal Shah	M	Investigador principal, Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health	EE.UU./Pakistán (Región de las Américas y Región del Mediterráneo Oriental)	Investigación en ciencias sociales en salud reproductiva	Ninguno
Anand Tamang	M	Director, Centre for Research on Environment, Health and Population Issues	Nepal (Región de Asia Sudoriental)	Investigaciones sobre la aplicación, investigación en ciencias sociales	Ninguno
Paul Van Look	M	Independiente	Suiza (Región de Europa)	Investigación y formulación de políticas, salud sexual y reproductiva	Ninguno
Beverley Winikoff	F	Presidenta, Gynuity Health Projects	EE.UU. (Región de las Américas)	Investigaciones clínicas, salud de la mujer	Sí **

NP: no procede.

* La Dra. Kristina Gemzell Danielsson declaró que ha recibido fondos para ensayos clínicos sobre el aborto de la Nordic Society for Obstetrics and Gynaecology y de la Sociedad Europea de Contracepción y Salud Reproductiva.

** La Dra. Beverley Winikoff declaró que sus actividades se sufragan con una ayuda de un donante anónimo (fundación no lucrativa). La ayuda se destina a trabajos relacionados con el aborto médico a nivel internacional, y el mismo donante apoya también actividades de investigación llevadas a cabo en el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS.

Revisores inter pares externos del proyecto de directrices

Nombre	Sexo	Afiliación cuando su contribución a la revisión inter pares	País/Región de la OMS	Especialidad	DDI
Emma Allanson	F	University of Western Australia	Australia (Región del Pacífico Occidental)	Ginecología y obstetricia, ensayos clínicos	Ninguno
Pushpa Chaudhary	F	Directora, Family Health Division, Ministry of Health	Nepal (Región de Asia Sudoriental)	Aplicación de programas y políticas, ginecología y obstetricia	Ninguno
Tsungai Chipato	M	Profesor de obstetricia y ginecología, College of Health Sciences, University of Zimbabwe	Zimbabwe (Región de África)	Salud reproductiva	Ninguno
Caitlin Gerdtz	F	University of California, San Francisco, Bixby Centre for Global Reproductive Health	EE.UU. (Región de las Américas)	Epidemiología	Ninguno



Revisores inter pares externos del proyecto de directrices

Nombre	Sexo	Afiliación cuando su contribución a la revisión inter pares	País/Región de la OMS	Especialidad	DDI
Jane Harries	F	Profesora asociada, Women's Health Research Unit, University of Cape Town	Sudáfrica (Región de África)	Investigaciones cualitativas sobre la salud de la mujer	Ninguno
Manisha Malhotra	F	Comisionada adjunta, Ministry of Health and Welfare, Government of India (jubilada, marzo de 2015)	India (Región de Asia Sudoriental)	Salud materna, aplicación de programas	Ninguno
Chisale Mhango	M	College of Medicine. Antiguo Director Nacional de los Servicios de Salud Reproductiva	Malawi (Región de África)	Salud reproductiva, desarrollo de programas	Ninguno
Ana Labandera Monteblanco	F	Directora Ejecutiva, Iniciativas Sanitarias	Uruguay (Región de las Américas)	Partería	Ninguno
Stephen Mupeta	M	Especialista en programas nacionales (Salud reproductiva), UNFPA, Oficina de país	Zambia (Región de África)	Salud materna	Ninguno
Hiroimi Obara	F	Bureau of International Medical Cooperation, National Centre for Global Health and Medicine	Japón (Región del Pacífico Occidental)	Obstetricia y ginecología	Ninguno
Zahida Qureshi	F	University of Nairobi	Kenya (African Region)	Maternal health	Ninguno
Mariana Romero	F	Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)	Argentina (Región de las Américas)	Salud pública, sistemas de salud, investigación	Ninguno
Patricio Sanhueza Smith	M	Coordinador, Salud Reproductiva, México D.F., Ministerio de Salud	México (Región de las Américas)	Aplicación de programas	Ninguno



**Organización
Mundial de la Salud**

Para más información:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Organización Mundial de la Salud

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Fax: +41 22 791 4171

E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth