

Aspiración endouterina para el aborto y posaborto en el primer nivel de atención

Gabriela Luchetti
Santiago Hasdeu

**ela**
Promoviendo derechos
para la igualdad de género

**REDAAS**
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA

50  **CEDES**
AÑOS

Luchetti, Gabriela

Aspiración endouterina para el aborto y posaborto en el primer nivel de atención / Gabriela Luchetti ; Santiago Hasdeu. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4810>

ISBN 978-631-90872-4-6

1. Aborto. 2. Sexualidad. 3. Salud Pública. I. Hasdeu, Santiago II. Título
CDD 618.88

Con el apoyo de Ipas

Gabriela Luchetti, médica tocoginecóloga, Universidad Nacional del Comahue y Consejo Consultivo de la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS).

Santiago Hasdeu, médico clínico, Centro Universitario de Estudios en Economía, Salud y Bienestar (CUESEB) de la Universidad Nacional del Comahue

Agradecemos la revisión externa de:

María Paula Botta, médica generalista, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario (CEMAR), provincia de Santa Fe.

María Pía Elissetche, médica generalista, coordinadora operativa, REDAAS.

Damián Levy, médico tocoginecólogo, Fundación CIGESAR (Centro Integral de Género y Salud Reproductiva Argentina), Caseros, provincia de Buenos Aires.

Mariana Romero, médica epidemióloga, codirectora de REDAAS.

Edición: Marina Caporale

Diseño: Marcela Romero | Estudio Cosgaya

Cita sugerida:

Luchetti, G. y Hasdeu, S. *Aspiración endouterina para el aborto y posaborto en el primer nivel de atención*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2025. Disponible en: <https://redaas.org.ar/documentos-redaas/inspiracion-endouterina-para-el-aborto-y-posaborto-en-el-primer-nivel-de-atencion/>

<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4810>

ISBN 978-631-90872-4-6



9 786319 087246

índice

A. Introducción

- Atención y cuidados para el aborto
- Aborto procedimental o instrumental (quirúrgico)
 - Aspiración endouterina
 - Legrado intrauterino con cureta de metal
- Aborto con medicamentos
- Contexto de Argentina

B. Trabajo de relevamiento

- Metodología
- Propósito
- Objetivos
- Pregunta de la revisión
- Búsqueda bibliográfica

C. Resultados

- Síntesis de los hallazgos
 - PRIMER TÓPICO: Seguridad de los procedimientos de aspiración endouterina en ámbitos de consulta ambulatoria**
 - SEGUNDO TÓPICO: Regulaciones y políticas en diferentes países**
- Instalaciones, equipamiento e insumos recomendados para el aborto procedimental (AMEU o AEU) hasta las 14 semanas de gestación en el primer nivel de atención
- Tecnologías sanitarias

D. Discusión

E. Conclusiones

F. Relevancia para la práctica clínica

G. Recomendaciones

H. Mensajes finales

I. Bibliografía

J. Anexo de búsqueda bibliográfica

Este documento tiene como propósito apoyar la toma de decisiones y la gestión de las políticas públicas en la provisión de abortos y la atención de posabortos con el uso de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones.

Para ello, hemos realizado una amplia revisión bibliográfica con dos objetivos:

1 Explorar el estado del conocimiento en relación con la eficacia y la seguridad de la provisión de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención.

2 Caracterizar y describir las instalaciones, la estructura, el equipamiento y los insumos con los que un centro de atención primaria debería contar para la provisión de servicios de aborto y de atención posaborto con aspiración al vacío, a los fines de apoyar políticas de ampliación del acceso que sean seguras, efectivas y aceptables para las personas usuarias.

A

Introducción

Desde la primera década del siglo XXI se han incrementado en el mundo el número y el tipo de procedimientos invasivos y de cirugías realizados en establecimientos ambulatorios o en espacios e instalaciones de consulta externa (Hall et al., 2017).

Los avances en anestesiología y en las técnicas de cirugía mínimamente invasiva junto al aumento de los costos de internación, y la preocupación por las complicaciones intrahospitalarias como las infecciones nosocomiales, han hecho que muchos procedimientos que anteriormente se realizaban en quirófanos de instituciones con internación se hagan hoy en instalaciones de cirugía ambulatoria o en espacios de consulta externa. En 2006 se realizaron en Estados Unidos 48 millones de procedimientos ambulatorios invasivos quirúrgicos y no quirúrgicos (Hall et al., 2017).

Dentro de los procedimientos que se realizan habitualmente en ámbitos ambulatorios se encuentran los ginecológicos y, dentro de estos, la evacuación uterina en casos de abortos inducidos o abortos incompletos.

Se estima que cerca de 73 millones de abortos inducidos ocurren cada año en el mundo (OMS, 2022) lo que implica una tasa anual de 35 abortos inducidos por cada 1.000 personas con útero¹, lo que permite estimar que, en promedio, cada persona con capacidad de gestar tendrá al menos un aborto inducido a lo largo de su vida (Singh, 2018).

En los países donde la legislación lo permite, el aborto inducido ha demostrado ser un procedimiento seguro (OMS, 2023). La mayoría de los abortos inducidos se realizan antes de las 12 semanas de embarazo (Singh, 2018). Los métodos para realizar estos abortos son dos: con medicamentos y con procedimientos. Este último método se puede realizar con la técnica de aspiración endouterina manual o eléctrica y con la técnica de legrado con cureta de metal (OMS, 2003).

En Estados Unidos se estima que se realizan un millón de abortos por año en el contexto ambulatorio, particularmente en instalaciones de consulta externa, convirtiendo este procedimiento en uno de los que más comúnmente se realizan en este ámbito (Renner et al., 2024). Desde su legalización en 1973, el aborto inducido se realiza como práctica

1 Los términos “personas con útero” y “personas con capacidad de gestar” se utilizan para referirse tanto a mujeres que poseen útero como a otras personas que también lo poseen independientemente de su género. Para el uso de estos términos se entiende que existen mujeres sin útero y personas con útero que no necesariamente son mujeres.

ambulatoria en ese país con niveles de seguridad que en general exceden los de otros procedimientos ambulatorios (B. Jones et al., 2018; R. Jones, 2024).

Atención y cuidados para el aborto

La atención integral, tanto para el aborto inducido como para el espontáneo, abarca la provisión de información y los cuidados clínicos del aborto y del posaborto.

Los cuidados clínicos incluyen la atención directa y la atención clínica conexas del aborto y el posaborto, los servicios de orientación, y el uso y administración de los tratamientos según las preferencias, disponibilidad e indicaciones.

Los métodos recomendados para realizar un aborto o tratar situaciones de posaborto son dos: con medicamentos y procedimentales (anteriormente llamados quirúrgicos). Hasta el advenimiento y la generalización del uso de medicamentos para abortar y la difusión de la aspiración endouterina, la única forma segura de acceder a un aborto era contar con atención médica especializada y un entorno quirúrgico adecuado para realizar un legrado o curetaje uterino con cureta metálica. Esta técnica tiene hoy indicaciones específicas y no está recomendada para el aborto inducido antes de las 12 semanas (OMS, 2022).

Aborto procedimental o instrumental (quirúrgico)

El método procedimental -también llamado instrumental o quirúrgico- se utiliza en abortos inducidos y espontáneos independientemente del contexto legal y en cualquier otra situación clínica que produzca retención de restos placentarios o que requiera evacuación uterina.

Las técnicas utilizadas en este método son la aspiración endouterina manual o eléctrica y el legrado uterino con cureta metálica. En este documento nos centraremos en la aspiración endouterina. En cuanto al legrado/curetaje, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda su uso rutinario salvo indicaciones específicas, pese a lo cual sigue siendo una práctica frecuente en algunos ámbitos (Wen et al., 2008; OMS, 2022).

Aspiración endouterina

Esta técnica consiste en crear vacío dentro del útero y aspirar el contenido de la cavidad. La aspiración puede ser manual o eléctrica.

Es la técnica instrumental más común usada en el aborto inducido (Kulier et al., 2011; OMS, 2012). Sobre todo en el primer trimestre, es más segura y menos dolorosa que el curetaje, puede realizarse con anestesia local en el ámbito de instalaciones de consulta externa y su eficacia para lograr un aborto completo es cercana al 95% (OMS, 2023).

Según la edad gestacional, el procedimiento de la evacuación del contenido uterino por aspiración manual o eléctrica puede durar de 3 a 10 minutos y es ambulatorio, utilizando analgésicos y anestesia local (Kulier et al., 2011; Renner et al., 2024).

En la aspiración eléctrica (AEU) la fuente de producción de vacío intrauterino es una bomba eléctrica conectada a una cánula de aspiración. Tiene la ventaja de ser fácil de usar y acelerar los tiempos del procedimiento, ya que no requiere evacuación del contenido uterino acumulado en el receptáculo hasta que el procedimiento termina. La desventaja es que posee limitada portabilidad y requiere energía eléctrica (Tristan y Gilliam, 2009).

La aspiración manual (AMEU) fue desarrollada originalmente como un procedimiento de baja complejidad tecnológica para ser usado principalmente en el primer nivel de atención con anestesia local, en forma ambulatoria y en países en vías de desarrollo o ámbitos rurales o de difícil acceso a la energía eléctrica (Heisterberg y Kringelbach, 1987; Kulier et al., 2011). Ha sido utilizada por más de 40 años en el contexto de instalaciones ambulatorias (Westfall et al., 1998; Hemlin y Möller, 2001; R. Jones y Jerman, 2017). Tiene la ventaja de ser realizada con un equipo portátil que no requiere energía eléctrica y puede usarse en todo tipo de centros de salud, incluidos los de primer nivel de atención.

La prestación de servicios de aspiración endouterina, particularmente la manual, abarca la determinación de la edad gestacional, la consejería, la preparación cervical si es necesaria, el manejo del dolor —incluido el bloqueo paracervical—, el procedimiento de aspiración en sí, y la evaluación de la finalización del procedimiento mediante la inspección visual de los restos ovulares (OMS, 2022). Profesionales de la salud de distintas disciplinas que poseen habilitación para efectuar procedimientos transcervicales y exámenes pélvicos bimanuales para diagnosticar embarazo y determinar la edad gestacional basada en el tamaño uterino, pueden recibir capacitación para efectuar la aspiración por vacío (Ipas, 2023).

La mayoría de las mujeres y demás personas con capacidad de gestar que tienen un aborto en el primer trimestre con AMEU y anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para abandonar las instalaciones luego de 30 minutos de observación. En general, se requiere más tiempo si se ha realizado una sedación o cuando se trata de gestaciones de más de 12 semanas. Ambas cosas suelen coincidir, ya que en las etapas gestacionales más avanzadas se necesitan sedaciones más profundas e, incluso, anestesia general (Kulier et al., 2011).

Características de la aspiración endouterina

| | |
|--------------------------|--|
| Cómo se hace | Se crea vacío dentro del útero y se aspira el contenido de la cavidad. |
| Dónde se hace | Se realiza en centros del primer nivel de atención, en consultorios externos e instalaciones ambulatorias. |
| Opciones | La aspiración puede ser manual o eléctrica. |
| Frecuencia de uso | Es la técnica instrumental más usada en aborto inducido. |
| Ventajas | <ul style="list-style-type: none">Es más segura que el legrado con curetaje.Es menos dolorosa que el legrado con curetaje.Puede realizarse en instalaciones ambulatorias.Puede realizarse con analgésicos y anestesia local.Su eficacia en lograr un aborto completo es cercana al 95%.La evacuación del contenido uterino suele durar menos de 10 minutos.La aspiración manual se realiza con un equipo portátil que no requiere energía eléctrica.El tiempo de observación luego del procedimiento y el alta es de 30 minutos.Puede ser realizada por cualquier profesional de la salud con la capacitación adecuada.El instrumental es fácil de conseguir y de mantener. |

Legrado intrauterino con cureta de metal

El legrado intrauterino con cureta de metal -o dilatación y curetaje uterino- es una técnica de remoción del material intrauterino. Se utiliza para el aborto o posaborto que se realiza en el contexto hospitalario en un quirófano bajo anestesia general (Romero et al., 2010). La OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomiendan desde los años 90 el uso de la aspiración endouterina en lugar del legrado con cureta de metal, tanto para los casos de abortos incompletos (atención posaborto) como para realizar abortos inducidos donde estos son permitidos (OMS, 2023; FIGO, 2021).

Aborto con medicamentos

El método para realizar el aborto inducido con medicamentos ha demostrado ser seguro y efectivo. El régimen recomendado por la OMS es la combinación de mifepristona y misoprostol. Esta combinación aumenta la efectividad del tratamiento y disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristona no siempre está disponible, por lo que hay protocolos de uso de misoprostol solo que han demostrado ser igualmente efectivos (OMS, 2022; OMS, 2023; Isla et al., 2021; Ipas, 2023).

Contexto de Argentina

En diciembre de 2020 se aprobó en nuestro país la Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y atención posaborto.

A cuatro años de la implementación de la ley, se observan reducciones significativas de las barreras normativas y administrativas de acceso al aborto, pero persisten barreras que afectan la disponibilidad de los servicios. Los reportes indican que cerca de 2.000 instituciones públicas dan acceso a IVE y/o ILE y que entre 7 y 9 de cada 10 solicitudes de interrupción ocurren antes de la semana 12 de gestación en el primer nivel de atención (Romero et al., 2024). Estas cifras coinciden con lo reportado en la literatura en países con implementación de leyes que regulan el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (Schiavon Ermani y González de León, 2017). Los datos existentes también indican que, **desde el advenimiento de la ley, la mayoría de las interrupciones voluntarias y legales del embarazo en Argentina se resuelven en el primer nivel de atención. En este nivel la práctica predominante -casi única- es el aborto con medicamentos** (Isla et al., 2021).

Es así que los equipos de atención primaria tienen un rol relevante en la atención del aborto y el posaborto, más aún desde las opciones de aborto con medicamentos y el cambio normativo que trajo la Ley 27.610. Los informes producidos por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva indican que es en este nivel de atención donde se resuelven la gran mayoría de las solicitudes de aborto de 12 semanas y menos (Romero et al., 2024).

Históricamente, Argentina, como otros países de la región, tiene una trayectoria de uso de instrumentación intrauterina para la remoción de restos placentarios intrauterinos de abortos incompletos como consecuencia de prácticas realizadas en condiciones de riesgo. En esos casos, el procedimiento habitual era el uso del legrado evacuador con cureta de metal.

Por ejemplo, durante la primera década de los 2000 en la mayor parte de los servicios de salud públicos de Argentina la atención del aborto no punible y de las complicaciones de abortos inseguros -que en el país representaban la segunda causa de egresos obstétricos luego del parto en los establecimientos públicos- no respetaba el deber de ofrecer las opciones de tratamiento acordes a la mejor evidencia disponible y se usaba el legrado evacuador con cureta metálica en casi todos los casos (Ramos et al., 2009). Como resultado de esta trayectoria, y **a pesar de existir actualmente evidencia respaldatoria y técnicas procedimentales más recomendadas -como lo son la aspiración endouterina manual y eléctrica- el legrado con cureta de metal sigue usándose en la Argentina.** Diversos autores reportan que la aspiración endouterina (tanto eléctrica como manual) es una técnica más efectiva, segura y con menor probabilidad de producir complicaciones y secuelas de daño endometrial que el legrado uterino (Kakinuma et al., 2020).

Más de una década atrás, la aspiración fue evaluada en comparación con la evacuación uterina con cureta metálica en una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane (Kakinuma et al., 2020; Kulier et al., 2011). Los resultados muestran ventajas a favor de

la aspiración en cuanto a su posibilidad de realizarse ambulatoriamente y con anestesia local, así como a la menor duración del procedimiento. En relación con la seguridad, revisiones posteriores mostraron con una calidad de la evidencia de moderada a baja que los ensayos controlados aleatorizados (ECA) no eran lo suficientemente robustos como para confirmar una diferencia en la tasa de complicaciones comparados con la dilatación y curetaje (OMS, 2022).

Pero, si bien hay evidencia sobre la aspiración endouterina como tratamiento electivo del aborto y posaborto, y la OMS recomienda su uso en todos los casos antes de las 14 semanas y desaconseja el uso del legrado instrumental tanto para el aborto inducido como para “completar” el aspirado, su uso en la Argentina no es rutinario.

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) ha trabajado durante las últimas dos décadas en la mejora en la calidad de la atención del aborto y posaborto. En 2005 la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del MSAL publicó la “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto” (Galimberti, 2005). Uno de los objetivos de dicha guía era promover que el aspirado endouterino reemplazara al legrado con cureta metálica para los casos de aborto incompleto y aborto retenido.

En 2007 la “Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles”, si bien estaba dirigida a la atención de los abortos no punibles por las causales comprendidas en el Código Penal, incluía la aspiración endouterina como opción terapéutica (Romero et al., 2007).

En 2015, y con las consideraciones de la Corte Suprema de Justicia en relación con el Fallo F.A.L. de 2012, el MSAL publicó el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Este protocolo tenía un enfoque integral de derechos en el que la calidad de la atención cobraba aún más relevancia y, con ello, la necesidad de promover el uso de la aspiración como opción a la par del aborto con medicamentos (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2015).

En 2019 se actualizó el protocolo de 2015 con nuevas recomendaciones y en 2021 se publicó incorporando las modificaciones normativas y de abordaje indicadas en la Ley 27.610, cumpliendo así el rol de rectoría del MSAL. Esta versión incluyó en detalle todos los procesos del aborto procedimental y de la técnica de AMEU de acuerdo con la última evidencia científica disponible (Isla et al., 2021).

La publicación de estas guías y protocolos fue acompañada durante esos años por actividades de capacitación al personal de salud y distribución de equipos de AMEU para todas las provincias del país, entre otras acciones destinadas a lograr el objetivo de implementar buenas prácticas.



En paralelo a las investigaciones, publicaciones y capacitaciones que se fueron dando en nuestro país, a nivel global las directrices de la OMS de 2022 se basaron en la evidencia para recomendar que la aspiración al vacío y el aborto con medicamentos hasta las 12 semanas se realicen en el primer nivel de atención en forma ambulatoria por parte de integrantes del equipo de salud de variadas disciplinas con la capacitación adecuada, sin requerimientos específicos como ecografías previas ni un equipo completo de personal hospitalario (OMS, 2022).

Regulación de las prácticas institucionales en Argentina

El Ministerio de Salud cuenta con una Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Este organismo se encarga de mejorar la calidad y la seguridad en los servicios de salud. Entre sus funciones se incluye la regulación y supervisión de los estándares de calidad en el sector de la salud, así como el desarrollo de estrategias para promover la mejora del sistema sanitario, la producción de guías y protocolos, y la habilitación de establecimientos.

Dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica se promueve el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica, articulando diferentes acciones que tienen por objeto el diseño de instrumentos y la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país. Esto se realiza a través de la generación de directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud y de otras herramientas como guías clínicas, registros de establecimientos y profesionales de la salud, evaluaciones de tecnologías, etc.

En 2017 el organismo publicó las “Directrices de organización y funcionamiento de los servicios de cirugía ambulatoria”. Asimismo, desde 2019 se dispone de las “Directrices de organización y funcionamiento para consultorios individuales, policlínicos y servicios de atención ambulatoria” y su correspondiente grilla de habilitación categorizante (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina, 2019).

En las directrices de 2017 sobre los servicios de cirugía ambulatoria se detalla qué procedimientos deben ser realizados en centros de cirugía mayor ambulatoria y cuáles pueden efectuarse en quirófanos anexos a consultorios o centros de cirugía menor ambulatoria. Se describe, a su vez, en qué consiste cada práctica. Mientras que por cirugía menor ambulatoria se entiende a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y no requieren tiempo de recuperación, la cirugía mayor ambulatoria comprende servicios quirúrgicos que se realizan con anestesia local, regional o general y requieren cuidados posoperatorios con tiempo de recuperación de hasta seis horas, sin necesitar internación. Dentro del listado de procedimientos de cirugía menor ambulatoria detallados para ginecología y obstetricia se encuentra el

“raspado uterino diagnóstico con o sin biopsia de cuello o aspiración endometrial para citología exfoliativa”, pero el verdadero homólogo de la aspiración manual endouterina es consignado como “raspado uterino terapéutico” y no se encuentra dentro de las prácticas quirúrgicas de cirugía menor sino dentro de las “prácticas quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria susceptibles de ser realizadas en centros de cirugía mayor ambulatoria”².

Esta discordancia entre las recomendaciones de la OMS y de otras guías de práctica clínica basadas en evidencias con las directrices de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria acerca de las condiciones requeridas para realizar el procedimiento de aspiración endouterina para aborto y posaborto, motiva la realización del presente informe.

2 El listado de procedimientos quirúrgicos de las directrices del Programa Nacional de la Garantía de Calidad de la Atención Médica puede consultarse aquí: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1866-2017-281891/texto>

B.

Trabajo de relevamiento

Este trabajo explora la bibliografía existente para poder establecer el estado de la cuestión en relación con la eficacia y la seguridad de la realización de abortos procedimentales con aspiración endouterina en establecimientos ambulatorios, con el fin de fortalecer el acceso, informar políticas y apoyar la toma de decisiones en la provisión de abortos legales en nuestro país. **Específicamente, este trabajo se propone establecer los requerimientos básicos de instalaciones, equipamiento e insumos requeridos para realizar abortos inducidos hasta las 14 semanas y brindar atención posaborto en el primer nivel de atención en forma ambulatoria.**

Metodología

Se desarrolló una revisión de alcance para mapear y caracterizar diferentes estudios que abordan la temática. La revisión de alcance es un tipo de revisión que no intenta abordar preguntas muy específicas para identificar intervenciones, sino que explora la extensión y profundidad de la literatura existente, mapea y resume la evidencia, y orienta la investigación futura (Peters et al., 2021).

Un equipo revisor³ realizó una exploración de la bibliografía existente según las preguntas planteadas para actualizar el estado de la cuestión a través de la incorporación sistemática y transparente de un amplio rango de estudios con diferentes diseños, buscando sintetizar lo publicado y sus alcances en forma amplia, con el propósito de informar la práctica, los programas y las políticas, y apoyar la toma de decisiones en la provisión de abortos inducidos por aspiración endouterina en instalaciones de consulta ambulatoria en nuestro país. A su vez, con el propósito de establecer los requerimientos básicos de instalaciones, equipamientos e insumos para ese nivel de atención.

Para el desarrollo de la revisión se establecieron el propósito y los objetivos, y luego se planteó la pregunta de la investigación.

3 El equipo revisor estuvo conformado por Gabriela Luchetti y Santiago Hasdeu.

Propósito

Apoyar la toma de decisiones y la gestión de las políticas públicas en la provisión de abortos legales y la atención posaborto con el uso de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones.

Objetivos

Explorar el estado del conocimiento en relación con la eficacia y la seguridad de la provisión de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención.

Caracterizar y describir las instalaciones, la estructura, el equipamiento y los insumos con los que un centro de atención primaria debería contar para la provisión de servicios de aborto y de atención posaborto con aspiración al vacío, a los fines de apoyar políticas de ampliación del acceso al aborto seguras, efectivas y aceptables para las personas usuarias.

Pregunta de la revisión⁴

Para incorporar el contexto donde el procedimiento se lleva a cabo se utilizaron preguntas con el acrónimo SPICE (por *setting* -contexto/entorno-, población, intervención, comparación y evaluación). Esta es una de varias herramientas de estrategia de búsqueda alternativas al modelo PICO⁵ usadas para ampliar el campo de búsqueda. SPICE es utilizada especialmente cuando el contexto resulta de gran importancia. Si bien fue desarrollada inicialmente en el ámbito de la búsqueda bibliográfica basada en la evidencia, fue posteriormente promovida por el Instituto Joanna Briggs (JBI)⁶ para revisiones sistemáticas cualitativas (Booth, 2006).

Siguiendo a SPICE, los términos y las preguntas son:

S: Contexto institucional donde se realiza el procedimiento: quirófanos

P: Pacientes con indicación de aborto inducido

I: AMEU en consulta ambulatoria, consultorio externo, ámbito de atención primaria

C: AMEU en quirófanos

E: Eficacia (aborto) y seguridad (complicaciones y emergencias)

⁴ La revisión de alcance es la traducción al español de *scoping review* tal como se menciona en la literatura en inglés.

⁵ Modelo PICO refiere a pacientes/población, intervención, comparación y *outcomes* (resultados).

⁶ JBI es una organización global que promueve y apoya las decisiones basadas en evidencias que mejoran la salud y la provisión de servicios. Este es su sitio web: <https://jbi.global/>

¿Cuál es el conocimiento actual en relación con la provisión de aspiración endouterina (AMEU/AEU) para las situaciones de aborto y posaborto en instalaciones de consulta ambulatoria en el primer nivel de atención?

¿Existen evidencias en relación con las instalaciones, el equipamiento y los insumos requeridos para la ejecución de la aspiración endouterina en el primer nivel de atención?

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica para la realización de este trabajo de relevamiento se llevó a cabo entre agosto y septiembre de 2024. Se identificaron las palabras clave según los descriptores de términos MeSH o DeCS⁷. Se seleccionaron las bases de datos y se identificaron los estudios relevantes, graficando los hallazgos, y resumiendo y reportando los resultados⁸.

Se utilizaron en forma aislada o combinada los siguientes términos MeSH: “*ambulatory care facilities*”, “*vacuum curettage*”, “*abortion induced*”, “*post abortion care*”, “*ambulatory surgical procedures*”, *mh:(“aborto inducido/IS” OR “aborto inducido/MT” OR “aborto inducido/TD”* y sus equivalentes en español y en portugués mediante los términos DeCS.

El equipo revisor realizó el rastreo por títulos y resúmenes para seleccionar luego los textos completos que fueron revisados e incluidos para reportar.

Se incluyeron textos en inglés, francés, español, catalán y portugués con acceso al documento completo.

Se excluyeron textos en un idioma distinto a los mencionados o sin acceso al documento completo.

No se restringió la búsqueda por año o por tipo de estudio.

Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios controlados randomizados (ECR), estudios observacionales sobre seguridad, evaluaciones de tecnología sanitaria, guías de práctica clínica e informes de seguridad.

⁷ MeSH (*Medical Subject Headings*) y DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) son una colección de términos de vocabulario estructurado que se usa como lenguaje único para indexar, buscar y recuperar asuntos de literatura científica.

⁸ Para conocer los buscadores, repositorios y bases de datos donde se realizó la búsqueda bibliográfica, ver el apartado “Anexo de búsqueda bibliográfica”.

C

Resultados

Síntesis de los hallazgos

Los documentos hallados y seleccionados difieren entre sí en muchos aspectos, como su diseño, metodología, contexto geográfico y calidad metodológica, pero **todos coinciden en que hacen referencia o ponen el foco en la aspiración endouterina en situaciones de aborto y posaborto y su realización en espacios de práctica ambulatoria del primer nivel de atención.**

Del análisis temático de la bibliografía, los tópicos emergentes fueron:

1 La seguridad de los procedimientos de aborto (aspiraciones endouterinas) realizados en el ámbito de consulta ambulatoria.

2 Las políticas y regulaciones en relación con estos ámbitos.

A continuación se desarrolla cada tópico de acuerdo con la información obtenida del análisis de los documentos seleccionados.

PRIMER TÓPICO: Seguridad de los procedimientos de aspiración endouterina en ámbitos de consulta ambulatoria

El primer tema que emerge de la búsqueda sensible de la documentación está relacionado con la seguridad. Establecer una estimación de las complicaciones de los procedimientos realizados para el aborto y posaborto es de fundamental importancia para evaluar y mejorar la calidad, resguardar la seguridad de las personas y determinar qué políticas serían necesarias para ello (Upadhyay et al., 2015; Taylor et al., 2017).

Según la OMS, la seguridad del aborto hasta las 14 semanas, tanto el realizado con medicamentos como el realizado a través de un procedimiento como la aspiración endouterina, está ampliamente establecida (OMS, 2022). Los estudios incluidos en este trabajo se concentran específicamente en la seguridad del aborto, sus complicaciones y mortalidad para el tipo de procedimiento y en el ámbito de estudio planteado en los objetivos. La bibliografía muestra que la frecuencia de complicaciones del aborto por aspiración es baja en los distintos tipos de

estudios, para los distintos tipos de instalaciones, tipos de complicaciones, tipos de proveedores, edad gestacional y tipos de procedimientos (Cates et al., 2003; Grimes et al., 1981).

En una revisión sistemática, que se decidió al relevar la existencia de sobrerregulación de los abortos procedimentales en Estados Unidos, se buscó plasmar la prevalencia de las complicaciones de abortos del primer trimestre que requirieron atención médica o quirúrgica adicional. La revisión se concentró en países que tienen aborto legal desde hace más de 10 años, como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y países de Europa occidental. Se encontraron 57 estudios que reunieron los criterios de inclusión, de los cuales 16 (que representan 234.947 abortos) eran sobre abortos realizados en instalaciones ambulatorias donde solo se realizaban anestésicos locales con o sin sedaciones leves. La prevalencia de las complicaciones fue muy baja. Las complicaciones leves se dieron en el 1% de los procedimientos y consistieron en laceraciones cervicales o hemorragias. Las complicaciones graves (hemorragias y perforaciones uterinas) fueron muy raras y ocurrieron en menos del 0,1% en procedimientos que no fueron realizados en instalaciones de consulta externa sino en quirófanos ambulatorios con anestesia general. La necesidad de internación en general fue menor al 0,5%.

La revisión muestra que los procedimientos de aspiración endouterina realizados en el primer trimestre están asociados con muy baja frecuencia de complicaciones que pudieran requerir atención médica adicional a la de las instalaciones ambulatorias y que las intervenciones adicionales pueden realizarse en estas instalaciones sin necesidad de traslados. La prevalencia de complicaciones es comparable a las de las vasectomías y colonoscopias (White et al., 2015).

Un estudio observacional realizado en California, Estados Unidos, y publicado en 2015 puso el foco en las complicaciones posaborto, particularmente en las consultas en las salas de emergencia. Se usaron los datos de Medicaid⁹ del estado de California de todos los abortos realizados y todas las consultas subsecuentes en algún departamento de emergencia y su diagnóstico hasta seis semanas posaborto entre los años 2009 y 2010. Las complicaciones detectadas en las salas de emergencia para los abortos del primer trimestre realizados con aspiración endouterina fueron un 0,16% del total de complicaciones posaborto, mientras que si el procedimiento de aspiración endouterina fue en el segundo trimestre, las complicaciones alcanzaron un 1,5%. El total de complicaciones, contabilizando las emergencias y las consultas no urgentes hasta las seis semanas posaborto y los distintos métodos utilizados para abortar (con medicamentos o procedimental), fue del 2,1% para 55.000 abortos, lo que resulta mínimo, y en su mayoría fueron complicaciones menores. La necesidad de internación para la realización de transfusiones o cirugía fue muy baja. Cabe destacar que estas complicaciones coinciden con las mencionadas en otros documentos y que son mucho menores que las del embarazo a término y el parto (Upadhyay et al., 2015; Raymond et al., 2014).

⁹ Medicaid es un programa público de seguro de salud de Estados Unidos destinado a algunas personas con ingresos y recursos escasos.

En otro estudio cuyo objetivo fue proveer contexto para la seguridad de la provisión de abortos procedimentales legales en instalaciones ambulatorias, los autores compararon la mortalidad general por aborto en Estados Unidos del 2000 al 2009 con otras muertes secundarias a procedimientos ambulatorios y con la mortalidad asociada a otras actividades no médicas en mujeres en edad reproductiva. La mortalidad asociada al aborto en cualquier momento del embarazo en Estados Unidos en la década estudiada fue de 0,7 por cada 100.000 abortos. Estudios en los mismos años muestran una mortalidad por procedimientos de cirugía plástica de 0,8 a 1,7 por cada 100.000 cirugías, y de 0 a 1,7 muertes por cada 100.000 procedimientos de cirugía odontológica. Las tasas de mortalidad en otras actividades de mujeres en edad reproductiva fue de 1,2 por cada 100.000 para maratonistas y de 4 por cada 100.000 ciclistas en eventos nacionales (Raymond et al., 2014).

Más del 95% de los abortos inducidos en Estados Unidos son provistos en instalaciones ambulatorias, particularmente clínicas de aborto o consultorios médicos desde hace más de 45 años. En un estudio realizado en base a datos de 2014 se contabilizaron en ese país 1.671 instalaciones donde se había realizado al menos un aborto ese año. Las llamadas clínicas no especializadas (instalaciones de consulta externa que resuelven abortos y otros procedimientos ambulatorios) fueron el 31% de esas instalaciones y resolvieron el 36% del total de los abortos de ese año. A esto se suman los consultorios privados, que constituyeron el 15% de las instalaciones y proveyeron un 1% de los abortos de ese año. Solo el 38% fueron hospitales, que resolvieron el 4% de los abortos, y el 16% fueron clínicas especializadas (instalaciones ambulatorias que proveen únicamente abortos), pero estas resolvieron el 59% de los abortos del año 2014 (R. Jones, 2024).

A pesar de que la seguridad de los procedimientos de aborto en general está largamente estudiada y demostrada, existen muy pocas publicaciones que comparen directamente la morbimortalidad de los procedimientos de aborto con el tipo de instalaciones donde se realizan. En un estudio publicado en 2018 se indagó si existía alguna asociación entre el tipo de instalaciones en las que se realizan abortos, específicamente entre consultorios de atención ambulatoria y quirófanos ambulatorios, y la morbimortalidad y eventos adversos relacionados con el procedimiento. Se efectuó un estudio de cohorte retrospectiva de buena calidad metodológica para evaluar la morbilidad o eventos adversos hasta seis semanas posprocedimiento utilizando los datos existentes entre 2011 y 2014. La base de datos utilizada contenía 104.106 abortos inducidos, de los cuales 49.287 cumplían con los criterios de inclusión. De estos, 23.891 fueron aspiraciones endouterinas en el primer trimestre (47%). Las complicaciones o eventos adversos de esas aspiraciones endouterinas de acuerdo con el lugar donde se realizaron representaron el 2,19% en centros de cirugía ambulatoria (78 de 3.630) y el 2,59% en consultorios de atención ambulatoria (525 de 20.261). La diferencia no fue significativa entre los dos tipos de instalaciones. En conclusión, en este análisis retrospectivo de cerca de 50.000 abortos realizados en Estados Unidos entre 2011 y 2014 se observa que la diferencia en las complicaciones o eventos adversos de aspiraciones endouterinas en el primer trimestre realizadas en quirófanos ambulatorios y en espacios de consulta externa no fue significativa de acuerdo con el lugar de realización (Roberts et al., 2018).

Otra revisión sistemática llevada a cabo para examinar el efecto del tipo de instalaciones (quirófanos ambulatorios versus espacios de consulta ambulatoria) en la seguridad de los abortos realizados de forma ambulatoria evaluó también la disponibilidad y accesibilidad para las personas. Los autores afirman que no se encontraron diferencias en los resultados de seguridad en las comparaciones de quirófanos ambulatorios versus la atención en instalaciones de consulta, pero aclaran que la literatura existente es de dudosa calidad metodológica, que los sesgos inhiben su posibilidad de resultar útil para guiar políticas y prácticas, y que los estudios de mayor calidad tienen resultados inconsistentes por su debilidad y heterogeneidad, por lo que no hay suficientes estudios para extraer conclusiones consistentes acerca de qué tipo de instalaciones ambulatorias serían más seguras para las personas y qué tipo de procedimientos deberían hacerse en cada una. Dada la falta de evidencias certeras, plantean la necesidad de balancear, desde las políticas de salud, la seguridad de las instalaciones con la accesibilidad y disponibilidad. En el caso del aborto, estas dos últimas variables -accesibilidad y disponibilidad- son fundamentales, por tratarse de una práctica afectada por el tiempo de evolución del embarazo, en tanto cuanto más avanzada es la edad gestacional más puede asociarse a eventos adversos (Berglas et al., 2018; Berglas y Roberts, 2018).

En 2016 la Health and Medicine Division of the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine condujo una amplia revisión documental para evaluar específicamente la seguridad y calidad de los servicios de aborto legal en Estados Unidos. Realizaron ocho preguntas para ser contestadas en la revisión, de las cuales dos coincidían con la búsqueda bibliográfica del presente informe: cuál es la evidencia acerca de la seguridad y calidad de los cuidados médicos y quirúrgicos en la provisión de abortos legales en Estados Unidos, y cuál es la evidencia acerca de las características de las instalaciones mínimas para la provisión segura y efectiva de los diversos tipos de abortos legales en Estados Unidos (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018).

En relación con la seguridad, la evidencia muestra que el aborto legal en Estados Unidos, por cualquiera de los métodos utilizados, ya sea con medicamentos (médico) o procedimental¹⁰, es seguro y efectivo. Las complicaciones severas son raras y se incrementan con el aumento de la edad gestacional. A medida que aumentan las semanas los procedimientos deben ser más invasivos (se requiere dilatación y evacuación), por lo que también se incrementa la necesidad de sedación y/o anestesia y, por lo tanto, la complejidad y los riesgos de todo el proceso.

Con relación a la calidad, este es un concepto multidimensional que tiene como atributos principales la seguridad, efectividad, oportunidad, accesibilidad y equidad y debe centrarse en la persona. En general, el comité consideró que los atributos de la calidad dependen en gran medida del lugar donde vive la persona que va a abortar, ya que en muchos estados del país existe un exceso de regulaciones que

10 El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomienda llamar procedimental al aborto por aspiración endouterina para diferenciarlo de un procedimiento quirúrgico.

resultan en barreras que atentan contra cada una de las dimensiones de la calidad.

En general, se desprende de la bibliografía que **la seguridad del aborto con aspiración endouterina parece no estar determinada por el tipo de instalaciones donde se realiza, ya que tanto en el ámbito ambulatorio quirúrgico como en el ámbito de consulta ambulatoria del primer nivel de atención las complicaciones y eventos adversos son similares y dependen en su mayoría de la edad gestacional en la que se realiza la intervención. Sobre todo, si se considera la mortalidad asociada al aborto inducido** (Berglas y Roberts, 2018).

Dado que el aborto es un procedimiento sensible al tiempo y el incremento de la edad gestacional aumenta la probabilidad de complicaciones y su gravedad, su realización en ámbitos de práctica ambulatoria del primer nivel de atención sería recomendable por las ventajas vinculadas al acceso y la calidad de atención.

La seguridad de los procedimientos invasivos que se realizan para inducir un aborto es similar a la de otros de los llamados procedimientos ambulatorios, como por ejemplo endoscopías digestivas, cirugías odontológicas y cirugías plásticas. Por lo tanto, los requerimientos de las instalaciones para la aspiración endouterina deberían ser los mismos que garanticen la seguridad y efectividad para las demás intervenciones que se realizan ambulatoriamente en el primer nivel de atención (Iyengar, 2005).

Un estudio observacional realizado en Suiza y publicado en 2023 analiza las potenciales barreras que supondría el uso de instalaciones hospitalarias versus las instalaciones de la consulta ambulatoria en el aborto procedimental en el primer trimestre. En sus conclusiones resalta que la atención ambulatoria genera muchas menos barreras para el aborto en el primer trimestre que la atención en instituciones hospitalarias (Eckstein et al., 2023).

Temas que emergen en relación con la seguridad de los procedimientos de aspiración endouterina en ámbitos de consulta ambulatoria:

- ✦ El aborto con aspiración endouterina y con medicamentos hasta la semana 14 de gestación es altamente seguro y efectivo.
- ✦ Las complicaciones severas son raras y se incrementan con el aumento de la edad gestacional, por lo que es crucial priorizar la facilidad y rapidez de acceso garantizando su realización en el primer nivel de atención.
- ✦ La atención ambulatoria genera muchas menos barreras para el aborto en el primer trimestre que la atención en instituciones hospitalarias.
- ✦ Los procedimientos de aspiración endouterina realizados en el primer trimestre tienen una frecuencia de complicaciones muy baja independientemente de las instalaciones donde se realicen y de la etapa gestacional.
- ✦ En caso de requerirse intervenciones adicionales por algún evento adverso, por lo general pueden realizarse en las mismas instalaciones sin necesidad de traslados.
- ✦ La prevalencia de complicaciones es comparable con las de las vasectomías y colonoscopias.
- ✦ Desde hace 45 años, más del 95% de los abortos inducidos en Estados Unidos se realizan en instalaciones ambulatorias.
- ✦ La diferencia en las complicaciones o eventos adversos de aspiraciones endouterinas en el primer trimestre realizadas en quirófanos ambulatorios y en espacios de consulta externa no es significativa de acuerdo con el lugar de realización.



SEGUNDO TÓPICO: Regulaciones y políticas en diferentes países

El segundo tema que emerge de la búsqueda sensible es lo atinente a las regulaciones y políticas asociadas a la atención ambulatoria de procedimientos considerados quirúrgicos.

El fin último de cualquier ente de acreditación, sea una sociedad de pares o un ente regulatorio estatal, es asegurar la calidad de los procedimientos realizados en los espacios e instalaciones regulados. Sin embargo, no siempre los entes acreditadores tienen criterios o estándares unificados. Asimismo, históricamente estas entidades

se enfocan en las instalaciones y en los procesos, pero existen pocos estudios que examinen los resultados.

La OMS recomienda que los abortos y los cuidados relativos a este procedimiento sean provistos desde el primer nivel de atención de los sistemas de salud (Barnard et al., 2015).

Los resultados de la búsqueda muestran que la bibliografía de Estados Unidos da cuenta de cambios regulatorios para la atención ambulatoria de procedimientos quirúrgicos, pero que estos solo se produjeron en relación con las intervenciones de aborto. Los cambios se fundamentan argumentando problemas de seguridad en los espacios ambulatorios, particularmente en los procedimientos realizados en instalaciones de consulta externa ambulatoria, y se imponen requisitos que dificultan el acceso (B. Jones et al., 2018).

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) publicó en 2018 un posicionamiento en relación con los procedimientos ambulatorios. Allí se establece que el aborto o las prácticas de evacuación uterina por cualquier causa deben considerarse un procedimiento y no una cirugía. Y se indica que la clasificación de una intervención como “procedimiento” debería basarse en la intervención en sí misma y no en el lugar en que se realiza o en la necesidad de anestesia o sedación. El ACOG indica que estos procedimientos tienen, en general, bajo riesgo de complicaciones, entre las que se incluyen sangrado, dolor, infección o daño tisular (ACOG, 2018).

La distinción entre procedimientos y cirugías es muy importante en múltiples niveles. Uno de ellos es, tal como expresa el ACOG, que en la era de las “tareas compartidas”¹¹ basadas en el trabajo en equipos colaborativos multiprofesionales, es central usar esta denominación para que se incluya al conjunto del equipo de salud de atención primaria y no solo al personal médico entrenado en estas prácticas (Erickson et al., 2010).

Definición de procedimiento

Se entiende por procedimiento a una técnica de intervención de corta duración que se enmarca dentro de las siguientes categorías:

- * Es una intervención diagnóstica o terapéutica no incisional realizada a través de un orificio o cavidad corporal existente.
- * Incluye una incisión o escisión superficial que no requiere reparación o no altera significativamente la morfología.
- * Es la inserción de un dispositivo en una cavidad natural.
- * Es un implante subcutáneo.
- * Es una inyección.

* Espacio: La realización de un procedimiento requiere un ambiente limpio, pero no necesariamente un quirófano.

X Toda otra intervención invasiva, incisión o escisión que requiera reparación es considerada una cirugía.

11 Las tareas compartidas permiten mejorar el acceso y la calidad de la atención del aborto al optimizar y aumentar la cantidad de profesionales que intervienen en su atención. Son una estrategia de políticas de salud destinada a mejorar el uso de los recursos de los sistemas de salud mediante la formación de personal que normalmente no ha tenido las competencias para ciertas tareas, de manera que pueda desempeñarse en ellas y ampliar, de esta forma, el acceso a la atención de la salud (Ramón Michel et al., 2024).

Otro de los estudios recuperados fue realizado en Estados Unidos en 2018 e intentó informar con metodología cualitativa cómo desarrollaron los estándares las diferentes especialidades médicas para las instalaciones en las que realizan procedimientos ambulatorios (Berglas y Roberts, 2018). Se hicieron entrevistas a informantes clave de distintas especialidades que realizaban procedimientos ambulatorios frecuentes de ginecología, endoscopia, cirugía odontológica y cirugía plástica, a quienes se les interrogó acerca de cómo construyeron los estándares de las instalaciones ambulatorias. Posteriormente, las autoras consideraron las implicancias de los resultados obtenidos para el contexto del aborto, de forma de identificar lecciones desde áreas menos politizadas de la medicina para aplicarlas a la atención procedimental del aborto.

La necesidad de la existencia de estándares en relación con las instalaciones y los procesos para garantizar la seguridad en todos los procedimientos ambulatorios está expresada en las respuestas de las entrevistas y no hay dudas. Lo que está en discusión es cuáles son estos estándares y a través de qué mecanismo se deben desarrollar.

En el estudio hubo amplio acuerdo en relación con que los estándares deberían ser desarrollados por las sociedades profesionales y compartidos y acordados con los proveedores e incluir procesos de monitoreo y revisión. Asimismo, que los estándares deberían ser los mismos para los procedimientos ambulatorios con similar complejidad y riesgo y que deberían estar informados por la mejor evidencia disponible o, en su ausencia, por la experticia de los proveedores (Berglas y Roberts, 2018).

Temas que emergen en relación con regulaciones y políticas en diferentes países sobre la atención ambulatoria de los procedimientos de aspiración endouterina:

- ✦ Estados Unidos hizo cambios regulatorios argumentando problemas de seguridad en los espacios ambulatorios de consulta externa destinados a abortos, dificultando así el acceso a este procedimiento.
- ✦ Las organizaciones que trabajan con el tema indican que deberían establecerse los mismos estándares y procesos de monitoreo y revisión para las instalaciones de todos los procedimientos ambulatorios, sin diferenciar a los de aborto de los de otras prácticas médicas con similar complejidad y riesgo.
- ✦ Se recomienda que los abortos y los cuidados posteriores sean provistos en el primer nivel de atención, lo cual implica considerar al aborto como un procedimiento y no como una cirugía, para garantizar su realización en ámbitos de consulta ambulatoria con las mismas normativas que procedimientos similares.

¿Cómo se regula la realización de procedimientos de aborto ambulatorio en diferentes países?

Argentina

En 2021, luego de la promulgación y entrada en vigencia de la Ley 27.610, se actualizó el protocolo de 2015 con el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”. En este protocolo, en el apartado de procedimientos para realizar la interrupción del embarazo, se hace referencia a que estos **pueden realizarse en forma ambulatoria en el primer nivel de atención**. Cabe destacar que el protocolo detalla todo el procedimiento de AMEU pero no hace referencia ni a la planta física ni a los insumos y equipamiento necesarios (Isla et al., 2021).

También en 2021, el Ministerio de Salud publicó la “Nota técnica N° 2. Aspiración manual endouterina (AMEU)”, en la que **se desglosan los pasos para realizar este procedimiento, así como para la preparación previa y las acciones posteriores**. A su vez, en esta nota se especifican cómo deben ser los distintos aspectos relacionados con la AMEU: recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos y documentos. Los equipos, insumos (incluyendo medicamentos y dosis) y documentos son enumerados uno a uno con gran nivel de detalle. **En cuanto a recursos humanos, indica que pueden ser profesionales de la medicina y personal obstétrico y de enfermería con capacitación tanto en la técnica como en el marco legal vigente. Con respecto a la infraestructura, se especifica que debe ser “consultorio médico, sala de procedimientos con camilla ginecológica, iluminación adecuada, sala de recuperación”** (D. Levy et al., 2021).

Canadá

En el sitio web del Ministerio de Salud se expresa que el aborto procedimental puede realizarse en forma ambulatoria y se lo considera un procedimiento médico de bajo riesgo hasta las 12 semanas de gestación¹².

En una guía de 2018 que revisa la evidencia relacionada con la prestación del aborto inducido quirúrgico y el aborto médico en el segundo trimestre, incluida la atención previa y posterior al procedimiento, no se hacen mayores referencias al tipo de instalaciones necesarias, aunque sí **se reafirma que profesionales de medicina general, de obstetricia y de enfermería con entrenamiento pueden llevar a cabo la atención en espacios ambulatorios hasta las 14 semanas en pacientes de bajo riesgo** (Costescu y Guilbert, 2018).

Colombia

En este caso se revisaron dos publicaciones de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): la “Guía de capacitación para la atención en salud de la

¹² Espacio del sitio web del Ministerio de Salud de Canadá con información sobre aborto: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/sexual-health/abortion-canada.html>

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)” (MSPS y UNFPA, 2014a) y el “Protocolo para el Sector Salud. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia” (MSPS y UNFPA, 2014b).

En el protocolo se establece que **los centros de atención primaria que cuentan con personal médico debidamente entrenado están en capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10, dado que ambos son procedimientos ambulatorios**. Para el caso de la aspiración uterina en el primer nivel de atención se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 1.441 de 2013 (Resolución 1.441/2013, MSPS). Asimismo, se señala que **el equipo de atención debe poder identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel**.

Desde el MSPS se promueve la AMEU en el primer nivel de atención dentro de la consulta ambulatoria. Asimismo, se incluye una descripción de la oferta de servicios, procesos de atención e instalaciones y suministros, y se destaca la presencia de un ente regulador externo que habilita los establecimientos. En este sentido, se manifiesta que los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con los lineamientos de la OMS y del MSPS, deben estar disponibles en todos los niveles de complejidad, incluyendo el primer nivel. Para ello se remarca que es necesario implementar estos servicios en Empresas Sociales del Estado (ESE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del primer nivel y capacitar al personal de salud para proveer servicios de interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre y para realizar remisiones oportunas a niveles superiores en caso de ser necesario.

En referencia a las instalaciones se establece que **para la implementación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo no se requieren quirófanos o instalaciones nuevas y altamente sofisticadas, siendo posible que en la infraestructura existente se identifiquen espacios que se puedan adecuar para las áreas de espera, consulta, orientación, procedimiento y recuperación**. Se detallan, a su vez, los aspectos a tener en cuenta para la habilitación de las instalaciones en cumplimiento con los estándares de habilitación definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia cuenta con un sistema obligatorio de garantía de calidad que tiene un sistema único de habilitación. La habilitación de las IPS y las entidades promotoras de salud (EPS) consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para las personas usuarias, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud.

Reino Unido

En el Reino Unido **los abortos con aspiración manual endouterina se ofrecen hasta las 14 semanas en forma ambulatoria, con o sin sedación, anestesia local o anestesia general**. En la bibliografía no se encontraron especificaciones acerca

del equipamiento de las instalaciones, pero sí sobre los lugares de atención: los abortos hasta las 14 semanas son provistos por tres proveedores independientes subcontratados por el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) que resuelven el 77% de los casos, mientras que el NHS provee el resto. Según la bibliografía relevada, esto produce variaciones en la calidad de los servicios y no necesariamente se cumple con lo establecido en la guía de estándares de calidad para la prestación de servicios de aborto del National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Esto ocurre porque el personal que presta servicios en el NHS tiene menos experiencia en la práctica y pierde sus habilidades con el tiempo. En esta guía tampoco se hace referencia directa a las instalaciones que resultarían óptimas para este procedimiento ni a la realización de abortos instrumentales en el primer nivel de atención (Rowlands, 2014; NICE, 2021).

Dentro de la bibliografía recuperada se encuentra el documento “Mejores prácticas en la atención de abortos” producido en 2022 por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). En este documento se recomienda que los servicios de aborto estén disponibles hasta el mayor alcance que permita la ley. **Se afirma que el aborto es más seguro cuanto antes se practique y que los servicios deben poder satisfacer la demanda local de abortos, de manera que las personas puedan acceder a un aborto tan pronto como sea posible y lo más cerca posible de su lugar de residencia.**

Como **los equipos y el espacio que se necesitan para prestar servicios de aborto seguro son similares a los que se requieren para la atención sanitaria de rutina para las personas con capacidad de gestar y los servicios de anticoncepción**, se deben hacer esfuerzos para brindar servicios de aborto seguros en una amplia variedad de centros y de manera integrada. El documento también señala que **todo el personal sanitario debe estar preparado para brindar atención de abortos seguros en consonancia con sus habilidades e incumbencias**, lo que puede ayudar a organizar el trabajo y a mejorar las habilidades de atención y, por ende, mejorar el acceso y aumentar la seguridad. Entre otras consideraciones **se establece que la integración de los servicios de aborto dentro de los servicios principales de maternidad y de salud de las personas con capacidad de gestar minimiza el estigma vinculado con la atención de abortos tanto para quienes lo requieren como para el personal sanitario**. A su vez, en consonancia con otros hallazgos bibliográficos, se refuerza que en los lugares donde se brindan servicios de aborto pero no hay prestación de atención de urgencias críticas ni especializadas, debe haber vías sólidas y oportunas para referir a las personas (RCOG, 2022).

Otro de los documentos recuperados es la guía de práctica clínica de cuidados para el aborto de NICE de 2019. En esta guía, dentro del apartado sobre la organización de los servicios y en relación con la ubicación de estos, se dice que deberían prestarse en un amplio rango de lugares asistenciales, desde espacios comunitarios y centros de atención primaria hasta hospitales. En relación con el equipo de atención, hace hincapié en la integración de profesionales de la medicina general y de la enfermería obstétrica (NICE, 2019).

Australia y Nueva Zelanda

Se revisó la guía de cuidados para el aborto del Royal Australian and New Zealand College of Obstetrician and Gynaecologist. En esta guía **se indica la existencia de servicios ambulatorios para aspiración endouterina hasta las 14 semanas usando anestesia local** y, según la complejidad del centro, con el uso de sedación consciente, pero no hay referencias específicas sobre el equipamiento de los espacios (RANZCOG, 2023). Los ministerios de salud de Australia¹³ y de Nueva Zelanda¹⁴ cuentan con espacios específicos en sus sitios web con información sobre aborto destinada a pacientes. Allí se puede ver que **ambos países disponen de servicios de atención primaria donde se realizan abortos procedimentales, es decir aspiraciones endouterinas.**

Estados Unidos

Para este país se revisó, por un lado, una guía de consenso de 2019 producida por un grupo conformado por personas expertas y partes interesadas, “The Project on Facility Guidelines for the Safe Performance of Primary Care and Gynecology Procedures in Offices and Clinics”, el cual basó sus decisiones en una revisión sistemática previa realizada por el mismo grupo (Berglas et al., 2018). Para la elaboración de la guía se siguió una metodología de consenso con la que se arribó a recomendaciones en cinco áreas: emergencias, manejo de material biológico, planta física, acreditación y personal responsable capacitado (B. Levy et al., 2019).

Las recomendaciones específicas de esta guía serán comentadas en el apartado dedicado a instalaciones, equipamiento e insumos.

Por otro lado, se revisaron las guías de la National Abortion Federation (NAF) y de la International Planned Parenthood Federation (IPPF).

La NAF es una asociación que agrupa a proveedores de servicios de aborto, como clínicas, centros de salud, consultorios médicos, hospitales y organizaciones. En su primera declaración de políticas, la guía de la NAF de 2024 expresa que, **en manos de personal calificado y según las licencias vigentes, el aborto es un procedimiento ambulatorio que puede realizarse tanto en un espacio de consulta ambulatoria como en un quirófano ambulatorio.** La guía establece estándares claros para el tipo de proveedores, la no necesidad de acuerdos previos con algún hospital para recibir una derivación ante complicaciones y el entrenamiento que deben tener las personas que realizan los procedimientos para las emergencias (prevención, reconocimiento y manejo) y para la gestión de las complicaciones. También incluye estándares minuciosos acerca del control de infecciones, solicitudes de laboratorios y ecografías (NAF, 2024).

¹³ Espacio del sitio web del Ministerio de Salud de Australia con información sobre aborto: <https://www.msiaustralia.org.au/abortion-services/surgical-abortion/>

¹⁴ Espacio del sitio web del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda con información sobre aborto: <https://info.health.nz/conditions-treatments/womens-health/abortion-termination-of-pregnancy>

La IPPF es una organización no gubernamental de promoción de la salud reproductiva y la salud sexual y de defensa del acceso al aborto inducido y al libre acceso a los métodos anticonceptivos. Su documento principal intenta integrar guías y estándares para que ningún aspecto del aborto en el primer trimestre sea ignorado. Entre ellos, menciona la **necesidad de reemplazar la dilatación y curetaje por la aspiración intrauterina y, siguiendo las directrices de la OMS, recomienda el procedimiento ambulatorio para la misma**. Detalla el equipamiento, las drogas, los insumos y el instrumental requeridos para implementar la técnica en un contexto ambulatorio, los cuales se tratarán en el apartado dedicado a instalaciones, equipamiento e insumos (Vekemans, 2008).

Francia

La guía relevada de este país no hace referencias específicas a los lugares o instalaciones donde se realizan los abortos procedimentales hasta las 14 semanas y expresa que **no hay datos locales sobre efectividad y seguridad del aborto procedimental en hospitales versus centros ambulatorios** (Vayssière et al., 2018).

Aun así, en el sitio web del Ministerio de Salud de Francia¹⁵ hay una sección con información para pacientes donde se mencionan los lugares donde es posible realizar **un aborto instrumental** y se hace referencia a que **hasta las 14 semanas puede ser realizarlo por profesionales de medicina y de obstetricia en un hospital, en una clínica o en un centro de salud**.

México

Este país tiene una guía nacional de atención del aborto seguro. En relación con el procedimiento instrumental, la guía **recomienda AMEU ambulatoria hasta las 14 semanas llevada a cabo en centros de atención ambulatoria del primer nivel de atención, haciendo referencia a los menores costos y la mayor accesibilidad respecto del manejo hospitalario**.

No se menciona específicamente el equipamiento de las unidades de cuidados ambulatorios, pero se hace referencia manifiesta a que siempre se debe anteponer la seguridad de la persona usuaria por sobre cualquier otro aspecto y a que **la provisión del cuidado del aborto sin riesgos requiere instalaciones adecuadas y personas capacitadas que cuenten con las competencias técnicas e interpersonales necesarias** (Secretaría de Salud de México, 2022).

España

En este país **el aborto se realiza en los centros concertados, los cuales son clínicas independientes del sistema nacional de salud de carácter privado a los que acceden las personas con un seguro de salud. La práctica del aborto en la sanidad**

15 Espacio del sitio web del Ministerio de Salud de Francia con información sobre aborto: <https://ivg.gouv.fr/>

pública es marginal. En el sitio web del Ministerio de Sanidad¹⁶ hay una guía de IVE, pero solo para el procedimiento farmacológico. Sin embargo, hace referencia a la organización de los servicios para dar acceso y respuestas al aborto y **reafirma su realización en forma ambulatoria hasta las 14 semanas.**

El documento expresa que los servicios de salud correspondientes han de organizarse de la forma en la que garanticen la prestación de la IVE a todas las personas que lo soliciten de forma equitativa y con la calidad exigible a un servicio sanitario de carácter público. Esta organización, además, puede involucrar a otros servicios sanitarios que podrían ser necesarios en alguna de las diferentes etapas del proceso. Por ello, alienta a la creación de circuitos de apoyo entre todos los ámbitos y servicios implicados. La solicitud de atención suele producirse en el ámbito de la atención primaria, que es la puerta de acceso al sistema de salud más frecuente. También considera las demandas de atención en urgencias sanitarias u otros servicios o dispositivos de salud donde se ofrece atención a las mujeres y demás personas con capacidad de gestar. En cualquier caso, el documento deja asentado que **la demanda de interrupción voluntaria del embarazo debe ser recibida en las mismas condiciones de seguridad, calidad y confidencialidad independientemente del lugar donde se produzca la solicitud de atención.** Por esta razón, la guía resalta la necesidad de **establecer los circuitos adecuados para acompañar a la persona durante todo el proceso y procurar al máximo la continuidad asistencial** (Ministerio de Sanidad de España, 2023).

También existe otro protocolo para la práctica sanitaria del aborto inducido publicado en 2019 por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Esta es la única asociación de profesionales en España que agrupa y representa a quienes realizan abortos y a los centros concertados. El Sistema Nacional de Salud informa sobre la existencia de este protocolo y lo reconoce. Este documento sí hace referencia a la realización del aborto procedimental en forma ambulatoria hasta las 14 semanas siempre que no implique riesgos según el tipo de paciente y sus antecedentes. Incluye la realización de AMEU y propone un período de observación posprocedimiento de 15 a 30 minutos aún cuando se ha suministrado analgesia. Aunque este el documento no hace referencia a las instalaciones, se refiere a la habilitación que propone el SNS (García et al., 2019).

Instalaciones, equipamiento e insumos recomendados para el aborto procedimental (AMEU o AEU) hasta las 14 semanas de gestación en el primer nivel de atención

Las recomendaciones específicas sobre las instalaciones, los equipos y los insumos necesarios para realizar la aspiración endouterina en el contexto ambulatorio de atención primaria se encuentran claramente especificadas en las guías de la OMS de 2022 y 2023 (OMS, 2022; OMS, 2023).

¹⁶ Espacio del sitio web del Ministerio de Sanidad de España con información sobre aborto: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>

En este trabajo, para complementar lo que recomienda la OMS se recurrió a la revisión de guías clínicas, evaluaciones de tecnologías sanitarias y sitios de los ministerios de salud de países con aborto legal.



Con respecto a las recomendaciones de la OMS, la guía de 2023 expresa textualmente que la atención del aborto en servicios ambulatorios, tanto de primer nivel como de mayor complejidad, es segura. Identifica que hacerlo en el primer nivel minimiza los costos al tiempo que maximiza la conveniencia y la oportunidad de la atención para la persona que lo solicita, e indica que donde aún no existe la capacidad para proporcionar servicios de aborto de buena calidad en el primer nivel de atención es fundamental la derivación a servicios de mayor complejidad.

En la guía se especifican otros puntos relacionados con la temática. Se aclara que la mayoría de los equipos, medicamentos y suministros necesarios para proporcionar aspiración al vacío (manual y eléctrica) son los mismos que aquellos necesarios para otros servicios ginecológicos y se señala que el cambio hacia el uso de la aspiración al vacío con cánulas plásticas depende de la aprobación oficial y de la disponibilidad local de estos dispositivos. En entornos donde los elementos necesarios para la AMEU no están aprobados, se indica que se debe intentar agregarlos a la lista de equipamiento estándar de las instituciones de salud, en tanto los instrumentos y medicamentos necesarios deben incluirse de rutina en los sistemas de planificación, presupuesto, solicitud, distribución y gestión. Se destaca que los criterios para determinar qué instrumentos usar son: calidad, durabilidad, costos y capacidad del sistema para asegurar una disponibilidad y mantenimiento regulares a lo largo del tiempo. Se explica que los elementos para la AMEU se fabrican para uso único o múltiple, y que en contextos donde los instrumentos serán reutilizados es esencial comprar aquellos que resistan el uso múltiple, la limpieza y la desinfección o esterilización de alto nivel, así como asegurar el suministro de dicha desinfección o esterilización. Los equipos reutilizables disminuyen los costos, pero se deben garantizar los procedimientos de limpieza y desinfección mencionados. Los elementos de uso único, por su parte, deben ser cuidadosamente desechados, a fin de evitar riesgos para la salud del equipo sanitario y de la comunidad.

Luego de la publicación en 2022 de las directrices sobre la atención para el aborto, la OMS publicó un manual sobre los estándares de calidad para los cuidados en el aborto. En su anexo 2 se describen las drogas, los insumos y el equipamiento necesarios para abordar con seguridad un aborto procedimental en un espacio de consulta ambulatoria (OMS, 2023).

Un estudio sobre la seguridad y la calidad de la prestación de servicios de aborto ambulatorio en Estados Unidos hace referencia a las características de las instalaciones requeridas tanto para realizar abortos con medicamentos como abortos procedimentales. El estudio refiere que las instalaciones ambulatorias como los espacios de consulta externa pueden proveer abortos seguros tanto con medicamentos como con aspiraciones endouterinas sin ningún requerimiento especial para emergencias (B. Levy et al., 2019).

A continuación, se reporta lo relevado bibliográficamente y extraído de guías o recomendaciones de políticas de ministerios de salud de países donde el aborto es legal.

De las guías revisadas, las de Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Francia, y las del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), el Royal College of Midwives (RCM) y el Royal College of Nursing (RCN) del Reino Unido, no hacen referencia específica a los tipos de instalaciones (quirófanos versus consultorios externos) y tampoco a las características de la planta edilicia, el equipamiento o los insumos necesarios (Costescu y Guilbert, 2018; RANZCOG, 2023; Vayssière et al., 2018; Rowlands, 2014; RCN, 2024; RCM, 2023).

En cambio, otras guías dan lineamientos más claros sobre estos aspectos, aunque con distintos niveles de detalle. Estos documentos pertenecen a países como Colombia, España, México y el Reino Unido, así como a organizaciones de alcance internacional.

International Planned Parenthood Federation (IPPF)

La IPPF es una organización no gubernamental global que tiene como objetivos generales la promoción de la salud reproductiva y la salud sexual, así como la defensa del acceso al aborto inducido y el libre acceso a los métodos anticonceptivos como medios de planificación familiar. En su guía se detallan los insumos y el equipamiento necesarios para la realización de abortos presentados según el procedimiento y según el objetivo, aunque no se hace referencia directa a la planta física (Vekemans, 2008).

National Abortion Federation (NAF)

La NAF es una asociación de Canadá, Colombia, México y Estados Unidos que agrupa a instituciones y profesionales de esos países que practican abortos. En su guía se refieren más específicamente a los procedimientos a seguir que a la planta física, los equipamientos y los insumos, salvo en el caso de emergencias, donde sí se describe el equipamiento y los insumos necesarios para enfrentarlas.

La guía tiene un protocolo de revisión del material y de la medicación, además de recomendaciones para el entrenamiento continuo (NAF, 2024).

Colombia

En la guía de este país se deja constancia de que para realizar abortos solo se requiere un espacio de procedimientos menores o, incluso, un consultorio debidamente habilitado. La dotación debe incluir: mesa ginecológica con soporte para las piernas o estribos, mesa de mayo para el instrumental, gabinete pequeño para instrumental y medicamentos, agua corriente e iluminación adecuada.

En relación con los equipos, medicamentos y suministros necesarios se indica que

la mayoría son prácticamente los mismos que se emplean en otros procedimientos ginecológicos, a excepción del equipo específico de aspiración manual endouterina (MSPS y UNFPA, 2014a).

España

El Sistema Nacional de Salud de España tiene una normativa general para la autorización de centros sanitarios. En relación con los abortos, establece que se deben cumplir ciertos requisitos básicos y seguir la “Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico” producida en 2023. En esta última consta la descripción de las instalaciones donde se realiza IVE únicamente con medicamentos y si no se superan las 14 semanas de gestación y no hay “alto riesgo para la embarazada”. Entre el personal que puede participar se hace referencia a profesionales de medicina general, enfermería, trabajo social, psicología, emergentología, matronas y personas de la comunidad. En relación con los recursos estructurales, la guía propone un espacio para la recepción y sala de espera, sala para información, espacio para exploración física y ecográfica, sala para descanso y observación después de la administración de la medicación, depósito autorizado de medicamentos, y ecógrafo. En consecuencia, todos los centros sanitarios públicos están acreditados para la práctica de IVE según la ley, así como aquellos privados que las Consejerías de Sanidad de cada provincia acrediten en el ejercicio de sus competencias (Ministerio de Sanidad de España, 2023).

En definitiva y según la bibliografía, en España se apela a la integralidad de su sistema de salud para la IVE tal como dice en el apartado anterior, con la posibilidad de diversas puertas de entrada y su realización en los centros concertados, que deben estar equipados según la normativa vigente (García et al., 2019).

En otras guías como la de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) queda claro que los abortos procedimentales se realizan en instituciones con quirófano ambulatorio (SEGO, 2019).

México

La guía “Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México”, producida en 2022 por la Secretaría de Salud, no especifica las instalaciones, el equipamiento y los insumos, aunque describe detalladamente la técnica de AMEU, sus complicaciones posibles y su atención (Secretaría de Salud de México, 2022).

Reino Unido

En 2008 el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) publicó los estándares para ginecología separándolos por tipo de atención. En el apartado de atención del aborto inducido recomienda que se realice en instalaciones de consulta ambulatoria. Establece amplia disponibilidad horaria, incluyendo las tardes o fines de semana, así como áreas de espera separadas y baños propios. Con respecto al proceso, hace referencia al acceso a una ecografía, y a que los tiempos de espera no deben

superar los cinco días en el caso del turno para consulta y las dos semanas como máximo para el procedimiento. También señala que el procedimiento debe ser ambulatorio, que todas las personas deben tener test de infecciones de transmisión sexual, que debe realizarse profilaxis antibiótica a quienes opten por AMEU, que debe haber asistencia ecográfica durante la aspiración y que hay que asesorar sobre anticoncepción antes del aborto. Finalmente, se remarca la obligación de que la derivación a un hospital cercano, si se requiere, esté planificada de antemano y sea rápida (Mahmood et al., 2008).



¿Qué puede extraerse de la bibliografía relevada sobre las características de las instalaciones, el equipamiento, los insumos y los medicamentos?

Instalaciones

En relación con la planta física, la mayoría de los documentos hace referencia a la privacidad y la confidencialidad del procedimiento, y a la consecuente necesidad de espacios que las preserven. Puede ser una sala de procedimientos separada o un consultorio debidamente habilitado con dimensiones que permitan la atención de emergencias y puertas que permitan el ingreso y egreso de camillas (B. Levy et al., 2019). La dotación debe incluir: camilla ginecológica con soporte para las piernas o estribos, mesa de mayo para el instrumental, gabinete para instrumental y medicamentos, agua corriente e iluminación adecuada. Debe haber una sala de recuperación separada para el posprocedimiento (MSPS y UNFPA, 2014a).

Algunos documentos incluyen el requerimiento de señalización adecuada para las salidas de emergencia, lugar para lavado y preparación de materiales, y lugar para almacenamiento y refrigeración de medicación y muestras biológicas. También señalan la necesidad de baños adecuados para pacientes, sistema de circulación de aire, ventilación, calefacción o refrigeración (B. Levy et al., 2019).

Equipamiento

La mayoría de los equipos, medicamentos y suministros necesarios para realizar los procedimientos de IVE son prácticamente los mismos que se emplean en otros procedimientos ginecológicos, como camilla de examen, fotóforo o linterna frontal, espéculos, pinza Erina o Pozzi, pinza de curaciones vaginales, dilatadores cervicales, histerómetro, cubetas metálicas, cubeta para antiséptico, caja de curaciones vaginales con agujas curvas de sutura y portaagujas más pinza de mano izquierda larga.

El equipo específico necesario para realizar la aspiración manual endouterina consta de un aspirador manual plástico de 60 ml (también llamado jeringa) y cánulas plásticas de diferentes tamaños (4-12 mm). Los aspiradores y la mayoría de las cánulas pueden ser reutilizados una vez que se han lavado y desinfectado o esterilizado completamente (MSPS y UNFPA, 2014b). También se requiere un plato de vidrio para evaluar el material obtenido, contenedores para sumergir el material utilizado y un contenedor para solución antiséptica.

Asimismo, se requiere tener equipo de emergencias y un plan de derivación. Dentro de este equipamiento se recomienda: estetoscopio, tensiómetro, oxígeno central o en tubo, máscara de oxígeno con ambú, compresas, portaagujas largo, agujas curvas de sutura de varios tamaños, tijeras y personal entrenado. En el lugar donde se lleva a cabo la práctica debe colocarse un póster con procedimientos ante emergencias. También deben hacerse revisiones periódicas de la medicación y los insumos.

Si además de anestesia local se usa sedación leve o moderada, se requiere un saturómetro y un equipo de toma de presión arterial y se agrega un monitor cardíaco si se realiza anestesia general o sedación profunda. Todo esto considerando que se trata de personas sanas (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). La existencia de un desfibrilador se reserva para cuando se usa sedación profunda o anestesia general, lo cual no sería el caso de la atención en el primer nivel hasta las 14 semanas.

En algunos países como España y México incluyen un ecógrafo dentro del equipamiento para reducir los tiempos en caso de que sea necesario usarlo (Secretaría de Salud de México, 2022; Ministerio de Sanidad de España, 2023). La guía de la OMS, por su parte, sugiere la necesidad de su uso en las emergencias, pero no propone su uso de rutina para los abortos hasta las 14 semanas (OMS, 2022).

Insumos y medicamentos

La guía de la OMS de 2012 recomienda para el procedimiento básico la disponibilidad de guantes de examen limpios, guantes estériles, agua limpia, detergente o jabón, agente de preparación del cuello uterino (por ejemplo, dilatadores osmóticos y comprimidos de misoprostol y de mifepristona), medicamentos para el dolor (como analgésicos y ansiolíticos), bata, protección facial, agujas (espinal calibre 22 para bloqueo paracervical y calibre 21 para la administración de medicamentos), jeringas (de 5, 10 y 20 ml), lidocaína para el bloqueo paracervical, esponjas de gasa y bolas de algodón, solución antiséptica sin base alcohólica para preparar el cuello uterino, solución para embeber instrumentos, soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel, silicona para lubricar las jeringas y antibióticos para la profilaxis.

Para el momento de la recuperación se indica que es imprescindible tener apósitos sanitarios o algodón, analgésicos y métodos anticonceptivos disponibles para quienes lo hayan decidido.

Si hubiera complicaciones o emergencias se requiere disponer de antagonistas adecuados de los medicamentos utilizados para el dolor (antiopiáceos o antienzodiazepinas), agentes uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergotamina), adrenalina o epinefrina, antihistamínicos, corticoides, atropina y antieméticos. También hay que disponer de vías y fluidos intravenosos (solución salina, lactato de sodio, glucosa). Por último, se deben acordar mecanismos claros de derivación a instituciones de nivel superior cuando sea necesario.

Tecnologías sanitarias

En la siguiente tabla se enumeran las tecnologías sanitarias necesarias para la atención del aborto y el posaborto con AMEU en el primer nivel de atención. Esta tabla es una adaptación de la tabla de insumos, fármacos y equipos del “Manual de prácticas clínicas para una atención del aborto de calidad” de la OMS (2023). A esa tabla agregamos los criterios de seguridad y eficacia de la Food and Drug Administration de Estados Unidos, que establece un sistema de clasificación de dispositivos médicos basado en el riesgo. Cada dispositivo está asignado a una de las tres clases reglamentarias (I, II o III) según el nivel de control necesario para proporcionar una garantía razonable de su seguridad y eficacia. A medida que la clase de dispositivos aumenta, los controles regulatorios también aumentan, resultando que los dispositivos de Clase I están sujetos a menor control regulatorio y los dispositivos de Clase III reciben control más estricto. Los controles regulatorios para cada clase de dispositivo médico incluyen: Clase I (riesgo bajo a moderado): controles generales. Clase II (riesgo moderado a alto): controles generales y controles especiales. Clase III (alto riesgo): controles generales y aprobación previa a la comercialización.

Tecnologías sanitarias necesarias para la realización del aborto y posaborto con AMEU en el primer nivel de atención

| Tecnología sanitaria | Indicación | Nivel de riesgo |
|--|------------------|-----------------|
| Agua limpia | Aborto/posaborto | I |
| Detergente o jabón | Aborto/posaborto | I |
| Agentes y suministros de preparación cervical (por ejemplo, misoprostol, mifepristona, dilatadores osmóticos) | Aborto/posaborto | Fármaco |
| Medicamentos para el dolor (como analgésicos y ansiolíticos) | Aborto/posaborto | Fármaco |
| Guantes limpios y esterilizados | Aborto/posaborto | I |
| Equipo de protección personal (por ejemplo, mascarilla, protector facial, bata, delantal de plástico) | Aborto/posaborto | I |
| Soluciones o material de esterilización o desinfección de alto nivel | Aborto/posaborto | I |
| Esponjas de gasa o bolitas de algodón | Aborto/posaborto | I |
| Solución antiséptica (sin alcohol) para preparar el cuello uterino | Aborto/posaborto | I |
| Agujas (ajuja espinal de calibre 22 para bloqueo paracervical y aguja de calibre 21 para administración de medicamentos) | Aborto/posaborto | II - III |
| Jeringas (5, 10 y 20 ml) | Aborto/posaborto | II |
| Lidocaína para bloqueo paracervical | Aborto/posaborto | I |
| Silicona para lubricar jeringas | Aborto/posaborto | I |
| Jalea lubricante | Aborto/posaborto | I |

| | | |
|---|---------------------------|---------|
| Toallas / toallas sanitarias | Recuperación | I |
| Analgésicos | Recuperación | Fármaco |
| Antibióticos | Recuperación | Fármaco |
| Folletos informativos (sobre autocuidado posprocedimiento y anticoncepción posaborto) | Recuperación | I |
| Anticonceptivo posaborto | Recuperación | Fármaco |
| Antagonistas apropiados de los medicamentos utilizados para el dolor | En caso de complicaciones | Fármaco |
| Uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergometrina) | En caso de complicaciones | Fármaco |
| Línea intravenosa y líquidos (solución salina, lactato de sodio, glucosa) | En caso de complicaciones | II |
| Packing uterino | En caso de complicaciones | III |
| Bolsa de oxígeno y ambú | En caso de complicaciones | II |

Fuente: Adaptado a partir de la guía de la OMS de 2023.

D.

Discusión

Los procedimientos invasivos ambulatorios son una parte importante tanto en la atención primaria como en ginecología y obstetricia en otros niveles de atención (ACOG, 2018).

Ofrecer los cuidados y procedimientos en un ámbito seguro sin necesidad de internación, en el espacio de atención habitual de la persona, potencialmente mejoran la accesibilidad, la aceptabilidad y la experiencia (RCOG, 2022; O’Shea et al., 2020).

La bibliografía en general concuerda ampliamente en que la seguridad del aborto procedimental hasta las 14 semanas en los contextos ambulatorios es similar a la de otros procedimientos ambulatorios (OMS, 2023) y, lo que es más importante, en que su seguridad no difiere de la de los abortos procedimentales realizados en el ámbito quirúrgico ambulatorio u hospitalario (Berglas et al., 2018; Eckstein et al., 2023).

Aunque los gobiernos tienen un rol legítimo en la regulación de las prácticas y procedimientos, sobredimensionar las regulaciones cuando no hay evidencias de que mejorarán la seguridad de estos puede atentar contra su accesibilidad y aceptabilidad.

Para apoyar la toma de decisiones y la implementación de políticas de ampliación del acceso al aborto seguras, efectivas y aceptables para las personas usuarias, el conocimiento sobre la seguridad de la provisión de abortos legales y la atención posaborto con el uso de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención es crucial y también lo son todos los conocimientos asociados a las regulaciones existentes en el mundo sobre las instalaciones, equipamiento e insumos requeridos para que esta intervención pueda llevarse a cabo.

En Estados Unidos las leyes TRAP (Targeted Regulations of Abortion Provision) que proliferaron en diferentes estados para regular específicamente la provisión de abortos bajo la premisa de darle seguridad al procedimiento impulsaron cambios en relación con los proveedores, la provisión del servicio y las instalaciones que generan barreras al acceso (Mercier et al., 2016). Como reacción a esta sobrerregulación del procedimiento de aborto, sobre todo del aborto llamado procedimental o quirúrgico, la comunidad científica se abocó a la producción

de estudios y propuestas de políticas en relación con la seguridad del aborto procedimental particularmente realizado hasta las 14 semanas en espacios de consulta ambulatoria con anestesia local o sedación leve (Berglas y Roberts, 2018; Raymond et al., 2014).

Los estudios incluidos en esta revisión son de diferentes diseños, en su mayoría descriptivos, con calidad variable, pero dejan ver que el aborto inducido en las primeras 14 semanas del embarazo se lleva a cabo ampliamente en forma segura en el ámbito de la atención primaria con distintos tipos de proveedores en la mayoría de los países estudiados que tienen aborto legal y cuyo idioma de publicación coincidía con los criterios de inclusión. Además de aconsejarse en las recomendaciones de la OMS y de la FIGO, la bibliografía muestra que **en la mayoría de los países que tienen aborto legal desde hace más de 10 años -como Australia, Canadá, Colombia, España, Francia, México y Reino Unido-, la aspiración endouterina en los abortos hasta las 14 semanas se realiza en el contexto del primer nivel de atención** (OMS, 2023; Vekemans, 2008; Vayssière et al., 2018; NICE, 2019; NAF, 2024; RANZCOG, 2023; Ipas, 2023; Secretaría de Salud de México, 2022; MSPS y UNFPA, 2014a; MSPS y UNFPA, 2014b).

Los hallazgos en relación con las instalaciones, los equipamientos y los suministros son en general coincidentes en el tipo de requisitos necesarios y en que los requerimientos son de baja complejidad. Sin embargo, es de destacar y tener en cuenta que, aunque la posibilidad de complicaciones en estos procedimientos es baja, **los hallazgos bibliográficos subrayan la necesidad de contemplar las complicaciones y particularmente las posibles emergencias tanto en las instalaciones como en el equipamiento y los suministros para su resolución y para la determinación de vías de derivación a la mayor complejidad.**

Dado que este trabajo tiene como propósito apoyar la toma de decisiones y políticas en la provisión de abortos legales y atención posaborto con el uso de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención con el fin de mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones en Argentina, es importante destacar lo atinente a los hallazgos particularmente en la regulación de los espacios de práctica ambulatoria, que a la fecha están desactualizados y no contemplan al aborto ni a su práctica procedimental.

La búsqueda amplia del conocimiento disponible en relación con la ejecución de la aspiración endouterina al vacío para las situaciones de aborto hasta las 14 semanas y el aborto incompleto en instalaciones de consulta ambulatoria en el primer nivel de atención y de la posible caracterización de las instalaciones, los equipamientos y los insumos requeridos para dicho procedimiento se encuadró metodológicamente en una Revisión de Alcance (*Scoping Review*). La misma no cumple con todos los requisitos para seguir el reporte PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanálisis Extension for Scoping Review*), lo que puede ser considerado como debilidad de este estudio.

- Este trabajo se propone apoyar la toma de decisiones y políticas en la provisión de abortos legales y la atención posaborto con el uso de aspiración endouterina en instalaciones ambulatorias del primer nivel de atención.
- El fin es mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones en Argentina.
- En nuestro país está desactualizada la regulación de los espacios de práctica ambulatoria y, particularmente, la implementación del procedimiento de aspiración endouterina como técnica prioritaria en abortos inducidos hasta las 14 semanas de gestación.



Conclusiones

Existe un amplio respaldo bibliográfico para que el aborto procedimental, particularmente mediante aspiración endouterina, sea realizado en espacios de atención ambulatoria en el primer nivel de atención. Las evidencias existentes señalan que no hay diferencias en la morbimortalidad entre hacerlo en un quirófano ambulatorio o en un espacio de consulta externa en el primer nivel de atención.

Esto es válido para abortos hasta las 14 semanas únicamente con anestesia local o con sedación leve y analgesia.

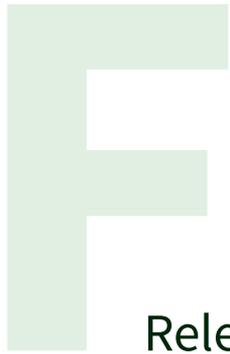
El aborto es más seguro cuanto antes se practique y los servicios del primer nivel de atención deben poder satisfacer la demanda local, de manera que las personas puedan acceder tan pronto como sea posible. Por ello, la amplia disponibilidad horaria y la cercanía con el centro de atención son fundamentales.

Como el equipamiento y el espacio que se necesitan para prestar servicios de aborto seguro son similares a los que se necesitan para los cuidados habituales de ginecología y de otros procedimientos ambulatorios de baja complejidad, se deben hacer esfuerzos para brindar servicios de aborto seguro en una amplia variedad de centros y de manera integrada, siempre cumpliendo con los requisitos que contemplen la resolución de complicaciones y las derivaciones a un nivel superior de complejidad en casos de emergencias.

Todo el personal sanitario debe estar preparado para brindar atención de abortos segura en consonancia con sus habilidades e incumbencias. Esto puede ayudar a organizar el trabajo y a mejorar las habilidades del equipo de profesionales que proveen cuidados a las mujeres y demás personas con capacidad de gestar y así, por ende, mejorar el acceso a la atención de abortos y aumentar la seguridad.

Adicionalmente, proveer los servicios en el primer nivel de atención reduce las barreras de acceso y disminuye los costos no solo del sistema de salud, al no requerir internación, sino también de los gastos de bolsillo de las personas producidos por traslado, reemplazo de las tareas de cuidado y otras cuestiones logísticas. Por ello, es de esperar que con esta organización mejore la calidad de la prestación y se haga más integral, que disminuyan los tiempos de espera y las barreras logísticas y familiares, y que mejoren la privacidad y la confidencialidad.

Por otro lado, proveer los servicios en el primer nivel de atención permite ofrecer cuidados personalizados centrados en la necesidad de las personas, propicia el ejercicio de las tareas compartidas y la formación de equipos interprofesionales, y fomenta la coordinación de las tareas en espacios menos jerárquicos que los hospitalarios.



Relevancia para la práctica clínica

La difusión del conocimiento producido sobre las ventajas de realizar el aborto inducido procedimental en el ámbito de la atención primaria y de los requisitos para montar estos espacios en lo relativo a la planta física, el equipamiento y los insumos permitirá a los entes decisores mejorar los requerimientos de habilitación y ampliar los existentes que no contemplan esta práctica en ese ámbito.

La práctica de la AMEU en el primer nivel de atención en la consulta ambulatoria que respete los requisitos de la planta física, el equipamiento y los insumos redundará en múltiples ventajas en cuanto a la accesibilidad del aborto legal.

G.

Recomendaciones

Los estudios publicados y las recomendaciones de las agencias internacionales muestran que el aborto instrumental con aspiración endouterina puede realizarse con buenos márgenes de seguridad y elevados niveles de efectividad en contextos ambulatorios del primer nivel de atención hasta las 14 semanas de gestación.

Es menester arbitrar los cambios necesarios en el sistema de salud argentino para que el primer nivel de atención cuente con las tecnologías y el equipamiento necesarios para realizar este procedimiento en instalaciones ambulatorias para la provisión de abortos hasta las 14 semanas y la atención posaborto, con el fin de favorecer la equidad en el acceso.

Mensajes finales

Este documento fue revisado por María Paula Botta, María Pía Elissectche, Damián Levy y Mariana Romero y discutido en un webinar con integrantes de REDAAS.

Los mensajes clave que se proponen son:

1 La AMEU es una práctica segura y de calidad

- * Este trabajo permite afirmar que no se debe considerar a la AMEU como una “segunda opción”.
- * Es usual que no se ofrezca porque requiere más tiempo y más compromiso con la persona usuaria, y que en su lugar se privilegie la consulta rápida y el uso de medicamentos.

2 Requisitos básicos para la prestación de servicios de AMEU ambulatoria en lo relativo a las instalaciones

- * Espacio físico que resguarde la privacidad y la confidencialidad de la persona usuaria para las instancias previas de información y firma de consentimiento informado y la posterior recuperación, con un sillón cómodo y la posibilidad de beber y comer algo, tanto ella como la persona que haya elegido como acompañante, si es el caso.
- * Espacio físico para el equipo de salud, sala de preparación y recuperación, sala de procedimientos, zona de recepción.
- * Disponibilidad de las instalaciones sin interrupciones y con la flexibilidad de tiempo necesaria (sin restricciones horarias o en conflicto con otras prácticas).
- * Baño privado no compartido con otros espacios o con “el público general”.
- * Garantía de acceso a servicios de emergencias (espacio que permita el desplazamiento de una camilla y el acercamiento de una ambulancia).

Sacar la AMEU de los quirófanos

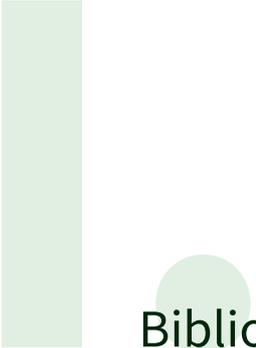
- * No se requiere que el espacio para los procedimientos esté localizado en un servicio de gineco-obstetricia o de maternidad.
- * No se requiere espacio hospitalario pero tampoco una posta sanitaria. Se requiere una sala de procedimientos ambulatorios.
- * Si se usa sedación se requieren las condiciones de un quirófano ambulatorio.

Revalorizar la capacitación

- * Implica capacitación previa y una continuidad regular en la provisión de servicios que garantice el sostenimiento de la habilidad aprendida para seguir prestándola con calidad.
- * Requiere curva de aprendizaje supervisada.
- * Implica tener destreza en AMEU pero no en el tratamiento de las complicaciones. Sí requiere poseer la capacitación necesaria para detectar la complicación y solicitar asistencia o derivación oportuna.
- * Tiene como fin jerarquizar la seguridad y la calidad del aborto con AMEU.

Equipo fortalecido y con experiencia donde la totalidad de sus integrantes contribuyen y “ponen el ojo”

- * Personas capacitadas con disponibilidad de tiempo y foco en la calidad, la seguridad y el acompañamiento empático.
- * Equipo de tres personas como mínimo de las ramas de la medicina, la enfermería y/o la obstetricia. Además, persona capacitada en sala de recepción (que puede ser profesional de las disciplinas ya mencionadas o de psicología o trabajo social, o bien activistas de colectivas con experiencia en el tema) con la función de recibir, comunicar, despejar dudas, garantizar el cumplimiento de la firma del consentimiento informado, y hacer de nexo con el equipo de atención médica ante posibles informaciones sensibles que sea necesario conocer de antemano.
- * Equipo cuidado por sí mismo y por la institución.



Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018). *Definition of “Procedures” Related to Obstetrics and Gynecology*. <https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/position-statements/2018/definition-of-procedures-related-to-obstetrics-and-gynecology>
- Barnard, S., Kim, C., Park, M. H. y Ngo, T. D. (2015). Doctors or mid-level providers for abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2>
- Berglas, N. F., Battistelli, M. F., Nicholson, W. K., Sobota, M., Urman, R. D. y Roberts, S. C. M. (2018). The effect of facility characteristics on patient safety, patient experience, and service availability for procedures in non-hospital-affiliated outpatient settings: A systematic review. *PloS One*, 13(1), pp. 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190975>
- Berglas, N. F. y Roberts, S. C. M. (2018). The development of facility standards for common outpatient procedures and implications for the context of abortion. *BMC Health Services Research*, 18(212). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3048-3>
- Booth, A. (2006). Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech*, 24(3), pp. 355-368. <https://doi.org/10.1108/07378830610692127>
- Cates, W. Jr., Grimes, D. A. y Schulz, K. F. (2003). The public health impact of legal abortion: 30 Years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), pp. 25-28. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3502503.pdf
- Costescu, D. y Guilbert, É. (2018). N° 360 - Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(6), pp. 750-783. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>
- Eckstein, S. M., von Felten, S., Perotto, L., Brun, R. y Vorburger, D. (2023). First trimester abortion protocols by facility type in Switzerland and potential barriers to accessing the service. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34101-2>
- Erickson, T. B., Kirkpatrick, D. H., Defrancesco, M. S. y Lawrence, H. C. (2010). Executive summary of the American College of Obstetricians and Gynecologists presidential task force on patient safety in the office setting: Reinvigorating safety in office-based gynecologic surgery. *Obstetrics and Gynecology*, 115(1), pp. 147-151. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181c4f966>

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (2021). *Superar los obstáculos que impiden el aborto seguro*. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGOStatementAddressingBarrierstoSafeAbortion_ES.pdf

Galimberti, D. (2005). *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/761/Guia%20para%20mejoramiento%20de%20la%20atencion%20post%20aborto.pdf>

García, F., Rodríguez, E. y Stolzemburg, A. (2019). *Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado*. IVE. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>

Grimes, D. A., Cates, W. y Selik, R. M. (1981). Abortion facilities and the risk of death. *Family Planning Perspectives*, 13(1), pp. 30-32. <https://doi.org/10.2307/2134768>

Hall, M. J., Schwartzman, A., Zhang, J., y Liu, X. (2017). Ambulatory surgery data from hospitals and ambulatory surgery centers: United States, 2010. *National Health Statistics Reports*, 102, pp. 1-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28256998/>

Heisterberg, L., y Kringelbach, M. (1987). Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 66(3), pp. 201-204. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/00016348709020747>

Hemlin, J. y Möller, B. (2001). Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(6), pp. 563-567. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080006563.x>

Ipas (2023). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2024/01/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-CURHS23b.pdf>

Isla, V., Ariza Navarrete, S., Leonardi, M. C., Messina, A., Ramón Michel, A., Ramos, S. y Romero, M. (2021). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria legal del embarazo*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <https://iah.msal.gov.ar/doc/586.pdf>

Iyengar, S. D. (2005). Introducing medical abortion within the primary health system: Comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 13(26), pp. 13-19. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)26217-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(05)26217-1)

Jones, B. S., Daniel, S. y Cloud, L. K. (2018). State law approaches to facility regulation of abortion and other office interventions. *American Journal of Public Health*, 108(4), pp. 486-492. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304278>

Jones, R. K. (2024). An estimate of lifetime incidence of abortion in the United States using the 2021–2022 Abortion Patient Survey. *Contraception*, 135, 110445. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110445>

Jones, R. K. y Jerman, J. (2017). Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(1), pp. 17-27. <https://doi.org/10.1363/psrh.12015>

Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K. y Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(695). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03362-4>

Kulier, R., Kapp, N., Gülmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., y Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub4>

Levy, B. S., Ness, D. L. y Weinberger, S. E. (2019). Consensus Guidelines for Facilities Performing Outpatient Procedures: Evidence over Ideology. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), pp. 255-260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003058>

Levy, D., Lukin, G. y Messina, A. (2021). *Nota técnica N° 2. Aspiración Manual Endouterina (AMEU)*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Nota_tecnica_2_AMEU.pdf

Ley 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 15 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Mahmood, T., Calvert, J., Currie, I., Dhillon, C., Eardley, S., Marr, A., Moffatt, H., O'Brien, P., Spalton, A., y Warren, R. (2008). Standards for gynaecology. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Issue June*. <https://www.rcog.org.uk/media/obojmsot/wprgynstandards2008.pdf>

Mercier, R. J., Buchbinder, M., y Bryant, A. (2016). TRAP laws and the invisible labor of US abortion providers. *Critical Public Health*, 26(1), pp. 77-87. <https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1077205>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina (2017). *Directrices de organización y funcionamiento de los servicios de cirugía ambulatoria*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1866-2017-281891/texto>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina (2019). *Directrices de organización y funcionamiento para consultorios individuales, policlínicos y servicios de atención ambulatoria*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1086-2019-325178/texto>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014a). *Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014b). *Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud*. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-Protocolo.pdf>

Ministerio de Sanidad de España (2023). *Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_interrupcion_voluntaria_del_embarazo.pdf

National Abortion Federation (NAF) (2024). *Clinical policy guidelines for abortion care*. <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018). *The Safety and Quality of Abortion Care in the United States*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24950>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). *NG140. Abortion care. Health economics*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021). *Abortion care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs199/resources/abortion-care-pdf-75545790237637>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42586/9241590343-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - 2ª ed.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>

O'Shea, L. E., Hawkins, J. E., Lord, J., Schmidt-Hansen, M., Hasler, E., Cameron, S. y Cameron, I. T. (2020). Access to and sustainability of abortion services: A systematic review and meta-analysis for the National Institute of Health and Care Excellence - New clinical guidelines for England. *Human Reproduction Update*, 26(6), pp. 886-903. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa026>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Colquhoun, H., Garritty, C. M., Hempel, S., Horsley, T., Langlois, E. V., Lillie, E., O'Brien, K. K., Tunçalp, Ö., Wilson, M. G., Zarin, W. y Tricco, A. C. (2021). Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic Reviews*, 10(263). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. http://www.legislad.gov.ar/pdf/protocolo_web_2015.pdf

Ramón Michel, A., Luchetti, G., Ladenheim, R., Repka, D. y Ramos, S. (2024). *Tareas compartidas. Una oportunidad para la atención del aborto en la Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina (REDAAS). <https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/TAREAS-COMPARTIDAS-5.pdf>

Ramos, S., Romero, M., y Bergallo, P. (2009). El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en Argentina. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/2574>

Raymond, E. G., Grossman, D., Weaver, M. A., Toti, S. y Winikoff, B. (2014). Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception*, 90(5), pp. 476-479. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.07.012>

Renner, R. M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J. T., y Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD006712). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006712.pub3/full>

Resolución 1.441/2013 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Roberts, S. C. M., Upadhyay, U. D., Liu, G., Kerns, J. L., Ba, D., Beam, N. y Leslie, D. L. (2018). Association of Facility Type With Procedural-Related Morbidities and Adverse Events Among Patients Undergoing Induced Abortions. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 319(24), pp. 2497-2506. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7675>

Romero, M., Bergallo, P. y Ramos, S. (2007). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4073>

Romero, M., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A. y Ramos, S. (2024). *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>

Romero, M. y Moisés, S. (2020). *El aborto en cifras*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Equipo Latinoamericano de Justicia (ELA) y Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4581>

Romero, M., Zamberlin, N. y Gianni, M. C. (2010). La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud Colectiva*, 6(1), pp. 21-34. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.354>

Rowlands, S. (2014). *Abortion Care*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107338623>

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) (2023). *Clinical Guideline for Abortion Care*. <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/Clinical-Guideline-Abortion-Care.pdf>

Royal College of Midwives (RCM) (2023). *Abortion: Position Statement*. <https://rcm.org.uk/publications/abortion-position-statement/>

Royal College of Nursing (RCN) (2024). *Termination of Pregnancy and Abortion Care Clinical Guidance*. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/rcn-termination-of-pregnancy-and-abortion-care-uk-pub-011-285#copyrightTab>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022). *Making Abortion Safe. Mejores prácticas en la atención de abortos*. <https://www.rcog.org.uk/media/kjvp0alc/abortion-care-espanol-best-practice-paper-april-2022.pdf>

Schiavon Ermani, R. y González de León Aguirre, D. (2017). Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura Demográfica*, 2017(11), pp. 47-53. <http://189.240.225.200/BibliotecalE/public/pdfs1a5/11.pdf>

Secretaría de Salud de México (2022). *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf

Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., y Onda, T. (2018). Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2019). Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(4), pp. 410-424. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n4/14.pdf>

Taylor, D., Upadhyay, U. D., Fjerstad, M., Battistelli, M. F., Weitz, T. A. y Paul, M. E. (2017). Standardizing the classification of abortion incidents: the Procedural Abortion Incident Reporting and Surveillance (PAIRS) Framework. *Contraception*, 96(1), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.004>

Tristan, S. B. y Gilliam, M. (2009). First trimester surgical abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(2), pp. 151-159. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181a2b0c2>

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., y Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 125(1), pp. 175-183. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000603>

Vayssière, C., Gaudineau, A., Attali, L., Bettahar, K., Eyraud, S., Faucher, P., Fournet, P., Hassoun, D., Hatchuel, M., Jamin, C., Letombe, B., Linet, T., Msika Razon, M., Ohanessian, A., Segain, H., Vigoureux, S., Winer, N., Wylomanski, S. y Agostini, A. (2018). Elective abortion: Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 222, pp. 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.017>

Vekemans, M. (2008). *First trimester abortion guidelines and protocols: Surgical and medical procedures*. International Planned Parenthood Federation (IPPF). https://poliklinika-harni.hr/images/uploads/1387/protokol_za_pobacaj.pdf

Wen, J., Cai, Q. Y., Deng, F., y Li, Y. P. (2008). Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(1), 5-13. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01572.x>

Westfall, J. M., O'Brien-Gonzales, A. y Barley, G. (1998). Update on Early Medical and Surgical Abortion. *Journal of Women's Health*, 7(8), pp. 991-995. <https://doi.org/10.1089/jwh.1998.7.991>

White, K., Carroll, E. y Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*, 92(5), pp. 422-438. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.07.013>



Anexo de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos y buscadores: MEDLINE, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Cochrane, Epistemonikos y Trip Medical Database.

A su vez, se revisaron repositorios de evaluaciones de tecnologías, como Center for Reviews and Dissemination (CDR) de la Universidad de York, Health Technology Assessment International (HTAI), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), Canadian Agency for Drugs and Technology (CADTH), Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema de Salud, Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (BRISA) de la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), Google Académico, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, y agencias reguladoras de alimentos y medicamentos.

También se revisaron repositorios y productores de guías de práctica clínica, como Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Guidelines International Network (GIN), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Base Internacional de Guías GRADE (BIGG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), National Abortion Federation (NAF), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Royal College of Midwives (RCM), Royal College of Nursing (RCN), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina (REDAAS), Ipas, Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI), Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Ministerio de Sanidad de España, e Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, se revisaron los sitios web de los ministerios de salud de países donde el aborto es legal, tanto de la Unión Europea como de América Latina y el Caribe (México, Colombia y Argentina), así como de Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos en la búsqueda de información sobre la prestación de servicios cuando esos datos no fueron hallados en las publicaciones de los buscadores, repositorios y bases de datos.

Resultados

En una búsqueda inicial altamente sensible se identificaron un total de 1.530 documentos para ser tamizados. Después de excluir los duplicados, 194 fueron revisados según título y resumen. De ellos quedaron 27 documentos por su pertinencia, por los criterios de inclusión y exclusión y, particularmente, por la coherencia con los alcances, los propósitos, los objetivos y la pregunta de la revisión de este trabajo.

Se realizó una segunda búsqueda apuntando a las políticas y regulaciones del aborto procedimental hasta las 14 semanas y particularmente a la descripción de los equipamientos e instalaciones necesarios para la realización de procedimientos ambulatorios. Se buscaron guías clínicas sobre aborto o sobre procedimientos ambulatorios en repositorios o productores de guías clínicas. También se revisaron agencias de evaluaciones de tecnología y sitios donde se describieran las políticas para los procedimientos ambulatorios, como agencias reguladoras de calidad de atención, sociedades de pares en relación con la prestación de servicios de aborto y sitios oficiales de ministerios de salud de países donde el aborto es legal, tanto de la Unión Europea como de América Latina y el Caribe (México, Colombia y Argentina), así como de Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. Se incluyeron para su revisión 20 guías clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión e información proveniente de siete sitios de ministerios de salud de la Unión Europea y de América Latina y el Caribe, pero no se encontraron evaluaciones de tecnología sanitaria que fueran pertinentes¹⁷.

17 Para ver en detalle los resultados de todas las búsquedas, dirigirse a las tablas que figuran en el “Anexo de búsqueda bibliográfica”.

Síntesis de los resultados generales de las búsquedas

| | Palabras clave | Citas encontradas | Citas incluidas en base al título de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión | Citas incluidas luego de la revisión manual |
|------------------------------------|--|-------------------|---|---|
| TRIP DATABASE / EXCELENCIA CLÍNICA | Ambulatory care facilities AND Vacuum curettage otro | 1 | 1 | 0 |
| | Vacuum curettage | 12 | 1 | |
| | Vacuum curettage Solo RS | 12 | 3 | 0 |
| | Ambulatory care facilities Solo RS | 31 | 0 | 0 |
| | Ambulatory care facilities AND Abortion induced | 0 | 0 | 0 |
| COCHRANE DATABASE | Abortion | 127 | 9 | 2 |
| | Vacuum curettage | 9 | 5 | 0 |
| | Ambulatory care facilities | 0 | 0 | 0 |
| LILACS | Ambulatory care facilities AND Vacuum curettage | 0 | 0 | 0 |
| | Ambulatory care facilities | 77 | 1 | 1 |
| | Vacuum curettage | 334 | 28 | 0 |
| | Aspiración manual endouterina | 27 | 4 | 0 |
| | Aborto inducido/IS OR Aborto inducido/MT OR Aborto inducido/TD | 64 | 10 | 1 |
| PUB MED | Ambulatory surgical procedures | 681 | 98 | 11 |
| | Ambulatory surgical procedures AND Abortion induced | 81 | 22 | 10 |
| | Ambulatory surgical procedures AND Vacuum curettage | 10 | 2 | 2 |
| | Ambulatory care facilities AND Vacuum curettage | 21 | 4 | 4 |
| Epistemonikos | Vacuum curettage | 27 | 6 | 1 |
| | Ambulatory care facilities | 14 | 0 | 0 |
| | Ambulatory surgical procedures | 15 | 0 | 0 |
| Total | | 1.543 | 194 | 27 |

Síntesis de los resultados de la búsqueda en guías de práctica clínica y agencias de evaluación de tecnologías sanitarias

| Sitio de búsqueda | Palabras clave | Citas encontradas | Citas incluidas por título de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión | Incluidas |
|--|--|---|--|-----------|
| Google (advanced search) | By type of publication: abortion guideline | 4 | Seleccionadas 1 (IPPF) 3 duplicadas (NAF, OMS, RCOG) | 1 |
| GIN (Guidelines International Network) | Abortion | Alemania Holanda Finlandia Francia | 6 1 (Francia) (El resto no tenían traducción al inglés) | 1 |
| BVS (Biblioteca Virtual en Salud) | Guías aborto | 79 (6 duplicadas y el resto no eran guías) | 0 | 0 |
| SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) | Aborto | 0 | 0 | 0 |
| BIGG (Base Internacional de Guías GRADE) | Aborto | 13 (2 duplicadas, 11 no pertinentes) | 0 | 0 |
| Guías Salud España | Aborto | 0 | 0 | 0 |
| NICE (National Institute for Health and Care Excellence) | Abortion | 2 | 2 | 2 |
| RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) | Abortion Ambulatory care facilities | 1 | 1 | 1 |
| FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) | Abortion Ambulatory care facilities | 0 | 0 | 0 |
| ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) | Abortion Ambulatory care facilities | 1 position statement 2018 | 1 | 1 |
| RANZCOG (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists) | Abortion Ambulatory care facilities | 1 | 1 | 1 |

| | | | | |
|--|--|---|--------|---|
| NAF (National Abortion Federation) | Facilities | 1 | 1 | 1 |
| OMS (Organización Mundial de la Salud) | Abortion | 2 | 2 | 1 |
| SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) | Abortion | 1 | 1 | 1 |
| SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) | Aborto | 0 | 0 | 0 |
| RCM (Royal College of Midwives) | Abortion | 1 | 1 | 1 |
| RCN (Royal College of Nursing) | Abortion | 1 | 1 | 1 |
| Guías México IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) | Aborto Interrupción voluntaria del embarazo | 2 | 1 | 1 |
| Guías Colombia Ministerio de Salud y Protección Social | Aborto | 2 | 2 | 2 |
| FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) | Abortion guidelines | 0 | 0 | 0 |
| REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro) | Guías aborto Recursos | 5 | 3 | 3 |
| Ipas | Guías aborto | 2 | | 2 |
| CLACAI (Consortio Latoniamericano Contra el Aborto Inseguro) | Guías aborto | 1 | 1 | 0 |
| AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) | Abortion Ambulatory care facilities Vacuum curettage AND abortion | 1004 resultados 1 tópico Ambulatory Care and surgery 164 | 0 0 | 0 |
| Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema de Salud | Aborto Cirugía ambulatoria Procedimientos ambulatorios Aspiración manual endouterina | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|-----------|-----------|
| CADHT (Canadian Agency for Drugs and Technology) | Abortion | 29 | 0 | 0 |
| | Ambulatory care facilities | 58 | 0 | 0 |
| CRD (Center for Reviews and Dissemination - York University) | Abortion | 0 | | 0 |
| | Ambulatory care facilities | | | |
| IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care) | Abortion | 1 | 0 | 0 |
| | Ambulatory care facilities | Imposible encontrar el full text en inglés | | |
| HTAI (Health Technology Assessment International) | Abortion | 0 | 0 | 0 |
| | Ambulatory care facilities | 0 | | |
| BRISA (Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas) | Aborto | 0 | 0 | 0 |
| | Aspiración endouterina | 0 | | |
| | Aspiración manual | 0 | | |
| | endouterina | | | |
| | Instalaciones para la atención de salud | | | |
| TOTAL | | 135 | 20 | 20 |

