

## Cómo satisfacer las necesidades de salud de la mujer después de un aborto

### El reto de la atención postaborto

Las mujeres que buscan servicios de urgencia por complicaciones de un aborto (hemorragia, infección y lesiones del tracto reproductivo) deberían ser un grupo prioritario para los programas de salud reproductiva. Frecuentemente, estas mujeres reciben atención de mala calidad que no cubre sus múltiples necesidades de salud. En ocasiones se les da de alta sin haber recibido consejería en recuperación postoperatoria, planificación familiar y otros aspectos de salud reproductiva.

Las mujeres que han tenido un aborto inducido debido a un embarazo no deseado probablemente tendrán otro aborto, a menos que reciban consejería y servicios de planificación familiar adecuados. Prevenir la repetición de abortos inseguros es importante para los programas de salud reproductiva, porque salva la vida de las mujeres, protege su salud y reduce la necesidad de recurrir a costosos servicios de urgencia para atender las complicaciones derivadas del aborto.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, los gobiernos del mundo hicieron un llamado a mejorar los servicios médicos de atención postaborto. Como parte de la iniciativa internacional deriva-



Population Council

La atención postaborto es una estrategia de prestación de servicios que comprende tres elementos:

1. Tratamiento de urgencia para complicaciones médicas derivadas de un aborto espontáneo o inducido
2. Consejería y referencia a los servicios de planificación familiar postaborto
3. Vínculos con otros servicios de salud reproductiva

da de este llamado, los proyectos de Investigación Operativa y Asistencia Técnica (IO/AT) del Population Council emprendieron un esfuerzo conjunto con Ipas, el Programa para Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia de Johns Hopkins (JHPIEGO) y *EngenderHealth*

(antes AVSC Internacional), para probar intervenciones para mejorar la atención postaborto. Este documento presenta un resumen de los hallazgos más importantes de estas investigaciones y de estudios relevantes realizados por otras organizaciones internacionales.

## ¿Por qué es importante la atención postaborto (APA)?

**La APA protege la salud de las mujeres.** En el mundo, una de cada ocho muertes relacionadas con el embarazo es ocasionada por un aborto inseguro. Muchas de estas muertes (13 por ciento de todas las muertes maternas) se podrían prevenir dando atención postaborto adecuada y ayudando a las parejas a obtener información y servicios de planificación familiar.

**La APA reduce el sufrimiento de las mujeres.** Muchas mujeres sufren dolor físico y trauma emocional como resultado de un aborto inseguro o espontáneo. Este sufrimiento se podría reducir proporcionando atención médica compasiva y de alta calidad.

**La APA reduce los costos de atención a la salud.** Las complicaciones por abortos inseguros representan un costo significativo para los sistemas de salud en

### **Los gobiernos del mundo apoyan la atención postaborto**

*Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto... En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.*

– Programa de Acción, Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, párrafo 8.25 (ONU 1994).

términos de tiempo de personal, suministros, anestesia, transfusiones sanguíneas, antibióticos, camas y quirófanos.

**La APA mejora la calidad de la atención que se proporciona a la mujer.** Muchas de las mujeres que requieren tratamiento de urgencia por complicaciones del aborto reciben atención deficiente debido a errores de diagnóstico, sobrecarga de trabajo, actitudes punitivas o negativas, falta de equipo y suministros necesarios y ausencia de protocolos médicos para la atención postaborto. La corrección de estos problemas beneficia a todas las mujeres que presenten urgencias relacionadas con el embarazo.

**La APA es una oportunidad para atender las múltiples necesidades de mujeres que no tienen servicios de salud.** Para algunas mujeres, el primer contacto con el sistema formal de salud se da durante el tratamien-

to de urgencia de complicaciones derivadas de un aborto. Por consiguiente, la APA ofrece la oportunidad de informar a las mujeres sobre las opciones de planificación familiar (PF); ponerlas en contacto con otros servicios de salud reproductiva (SR) y mejorar la salud general de la mujer.

**La APA puede prevenir la repetición de abortos.** Estudios realizados en varios países revelaron que entre el 11 y el 48 por ciento de las mujeres que solicitaban tratamiento de urgencia por complicaciones del aborto, ya habían abortado anteriormente (Salter, Johnston y Hengen, 1997). Es más fácil motivar a las mujeres que ya han tenido uno o más abortos para que prevengan embarazos futuros. La consejería y los servicios de planificación familiar ayudan a prevenir embarazos no deseados y a reducir la necesidad de recurrir a un aborto y a la atención postaborto de urgencia.

### Contenido

Calidad de la atención	4
Planificación familiar	7
Acceso	8
Planificación de los servicios	9
Participación del compañero	10
Sostenimiento	10
Políticas de apoyo	11
Prioridades de investigación	11
Recursos para gerentes de los programas	13

## Mejoramiento de la atención postaborto

Estudios recientes sobre intervenciones para mejorar los servicios postaborto, permiten hacer varias observaciones importantes:

■ **La APA es un problema mundial.** La atención postaborto de mala calidad es un problema extendido y multidimensional que afecta a mujeres de muchos países, independientemente de la legalidad del aborto.

■ **La capacitación y la supervisión tienen un impacto importante.** La capacitación técnica y en habilidades interpersonales del personal clínico, así como la

supervisión continua pueden mejorar mucho la calidad de la APA.

■ **Las usuarias de APA están interesadas en la planificación familiar.** Si las usuarias de APA reciben consejería adecuada y tienen acceso a servicios de planificación familiar, muchas de ellas empezarán a usar anticoncepción.

■ **Los proveedores pueden reducir los costos del tratamiento.** Diferentes medidas, como agilizar el manejo de las pacientes, proveer servicios de consulta externa y realizar aspiración manual endouterina (AMEU) con anestesia local, pueden reducir los costos y mejorar la calidad de la atención.

## Fronteras de la Salud Reproductiva Documento de programas Núm. 1

Autor: Dr. Dale Huntington

Traducción: Erika Benton  
Román Villar

Editores del original en inglés:  
Cynthia P. Green  
Stephanie Joyce  
Claudine Chen-Young

Agradecemos la colaboración de los siguientes revisores: Janie Benson, Deborah Billings, Nicole Buono, Sally Girvin, Lorelei Goodyear, Sarah Harbison, Marjorie Horn, Suellen Miller, Emma Ottolenghi, John Townsend, Ricardo Vernon, Elizabeth Westley, Nancy Williamson y Beverly Winikoff. La fotografía de la página 6 aparece por cortesía de M/MC Photoshare, [www.jhuccp.org/mmc](http://www.jhuccp.org/mmc)

Título original: Huntington, Dale. 2000. Meeting Women's Health Care Needs After Abortion. *Program Briefs*. 1. Washington, D.C.: Population Council/FRONTERAS.

Cita sugerida de esta edición en español: Huntington, Dale. 2000. Cómo satisfacer las necesidades de atención a la salud de la mujer después de un aborto. Documentos de programas Núm. 1. México, D.F.: Population Council/FRONTERAS.

Fronteras de la Salud Reproductiva  
Population Council  
Escondida 110  
Col. Villa Coyoacán  
04000 México, D.F.  
México

Tel.: (52) 5554-0388  
Fax: (52) 5554-1226  
E-mail: [disemina@popcouncil.org.mx](mailto:disemina@popcouncil.org.mx)  
[www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de la Oficina de Población, Buró de Programas Globales, Apoyo al Campo e Investigación, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) conforme a los términos del Convenio de Cooperación No. HRN-A-00-98-00012. Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las de USAID.

Alfonso Borrero



 Population Council

 Family Health International



Tulane University School  
of Public Health  
and Tropical Medicine

A continuación se presentan cinco estrategias para mejorar la calidad de la APA:

### 1. Optimizar la atención clínica.

Los programas deberían ofrecer un tratamiento holístico a las pacientes. Los gerentes de programas necesitan desarrollar un plan sistemático de prestación de servicios postaborto que asegure que las usuarias reciban pronta atención, que el tiempo del personal se use eficientemente y que se mantenga un nivel alto de la calidad de atención. Desarrollar un plan sistemático de atención no requiere de grandes gastos y sí puede mejorar significativamente la atención de las usuarias. En Kenia, por ejemplo, un programa piloto, realizado de 1996 a 1997, ensayó un esquema de reorganización de servicios que incluía (1) asignar salas pequeñas para la realización de la AMEU y así liberar los quirófanos principales; (2) crear áreas privadas para consejería; (3) capacitar a enfermeras y médicos de salas hospitalarias en consejería en planificación familiar, y (4) entregar métodos anticonceptivos. Este esquema redujo el tiempo de hospitalización hasta en 60 por ciento y multiplicó la adopción de métodos anticonceptivos unas 31 veces (Solo y cols. 1999).

En la mayoría de los casos, se puede manejar sin riesgos a las usuarias de APA en consulta externa (cuando sea apropiado), lo que optimiza la eficiencia de los servicios y reduce los costos (véase Estrategia 4: Plan integral de servicios de APA).

La supervisión continua es necesaria para mantener estándares ele-

vados de atención. Donde exista gran rotación de personal, los nuevos prestadores deberán recibir protocolos de servicio y capacitación adecuados. Todo el personal requiere supervisión continua.

Entre los elementos esenciales de los servicios clínicos de alta calidad se encuentran:

- Uso de tecnología apropiada para el medio y para la usuaria
- Manejo adecuado del dolor antes, durante y después del procedimiento clínico
- Prácticas de prevención de infecciones por todos los prestadores
- Suministro adecuado de medicamentos y equipo quirúrgico
- Mejoramiento de las relaciones entre usuarias y prestadores

Estos elementos se examinan con mayor detalle a continuación.

**Uso de tecnología apropiada.** En muchos lugares, la introducción

de la AMEU y la reorganización de los servicios, ha reducido las tasas de complicaciones y la estancia hospitalaria. Un gran número de estudios realizados en los Estados Unidos y en países en vías de desarrollo reveló que la AMEU es más segura, tiene la misma efectividad y requiere menos recursos para el tratamiento de abortos incompletos de hasta 12 semanas de gestación, comparado con el legrado instrumental uterino (LIU), que es el tratamiento más común en muchos países (Greenlade y cols. 1993). Con personal capacitado adecuadamente, la AMEU puede usarse en centros de atención primaria y puestos de salud. Investigadores de Burkina Faso, Egipto, Kenia, México, Perú y Senegal encontraron que después de recibir capacitación en AMEU, los proveedores prefirieron utilizar este procedimiento en la mayoría o en todos los casos que no presentaban complicaciones (PC/Africa OR/TA 1999; PC/INOPAL 1998;





Huntington y cols. 1995). La introducción de la AMEU sirve también como catalizador para mejorar la atención obstétrica de urgencia. Se atrae la atención de los prestadores hacia un “nuevo” dispositivo quirúrgico, y se refuerzan los servicios auxiliares como son el manejo del dolor, la consejería y los vínculos con la planificación familiar.

Sin embargo, los gerentes de programa que buscan mejorar la atención postaborto deberían comparar las ventajas de introducir nuevas técnicas como la AMEU con los beneficios de mejorar las prácticas establecidas. En medios donde el LIU es la técnica institucionalizada, los proveedores frecuentemente no están familiarizados con la AMEU y requieren, por lo tanto, capacitación adicional. La AMEU tiene costos recurrentes por equipo e insumos, por lo que su uso podría estar limitado por reglas de importación.

**Atender y manejar el dolor.** Las pacientes postaborto experimentan dolor y temor antes, durante y después de la evacuación uterina (Huntington, Nawar y Abdel-Hady

1997; Fuentes Valásquez y cols. 1998). Aunque normalmente los proveedores dan sedantes o anestesia a las mujeres durante el LIU, muchos de ellos no proporcionan medicamentos adecuados para el dolor durante la AMEU. La mayoría de los proveedores no se ocupan del dolor ni de la ansiedad que experimenta la mujer mientras espera ser atendida o al recuperarse de un procedimiento. En un estudio realizado en Kenia, únicamente el 3 por ciento de las

pacientes de AMEU y el 44 por ciento de las pacientes de LIU recibieron medicamentos para el dolor durante el procedimiento y los proveedores rara vez hablaron con ellas durante el tratamiento. Tres de cada cinco pacientes postaborto entrevistadas dijeron que el dolor experimentado durante el procedimiento había sido extremo (Solo y cols. 1999).

La percepción del dolor en las mujeres se puede disminuir si los proveedores las apoyan verbalmente durante su estancia en el centro de salud. Un estudio realizado en Perú encontró que la capacitación en habilidades interpersonales ayudó a los proveedores a aliviar el temor y la ansiedad de las mujeres. Las pacientes tratadas con AMEU informaron haber experimentado menos dolor antes del procedimiento que las pacientes de LIU en la encuesta base. El cambio en la percepción del dolor en las pacientes también pudo ser resultado de la reorganización de los servicios clínicos que redujo el tiempo de espera (Benson y cols. 1998). A pesar de estos resultados



Population Council/James F. Phillips



sobre la disminución del dolor, prácticamente todos los estudios mostraron que un gran número de mujeres todavía experimenta dolor severo durante el tratamiento postaborto, lo que subraya la necesidad de implantar protocolos para el manejo del dolor antes, durante y después del procedimiento y de capacitar a los proveedores en técnicas de relaciones interpersonales para disminuir el temor y la ansiedad de las pacientes.

**Prevención de infecciones.** Las prácticas preventivas más importantes son el lavado de manos, el uso de guantes, la preparación adecuada de la paciente, el uso de la técnica de “no tocar”, la descontaminación, la desinfección o esterilización de instrumental médico y la eliminación segura de desechos biológicos peligrosos (Margolis, Leonard y Yordy 1993; King y cols. 1998b). La prevención de infecciones es sencilla y económica; sin embargo, sigue siendo un problema en muchos

medios clínicos. Estudios realizados en Bolivia, Honduras, México y Perú revelaron que las prácticas preventivas de infección eran inadecuadas en muchos hospitales, a pesar de contar con protocolos adecuados (King y cols. 1998b). Los gerentes de programas necesitan asegurar que los proveedores tengan la capacitación en prevención de infecciones, la supervisión y los suministros suficientes para mantener estándares elevados.

**Asegurar el inventario adecuado de suministros.** Para mantener la alta calidad de la APA, debe haber medicinas e insumos disponibles continuamente. Los resultados de la evaluación preintervención en varios países mostraron faltantes de equipo necesario, como espéculos, guantes, esterilizadores y mesas de exploración. También fue común observar que las medicinas y desinfectantes se agotaban periódicamente, por lo que los gerentes del programa deben asegurarse que todos los puntos de servicio cuenten con el equipo y los suministros necesarios. En cuanto al sector público, los insumos se deben incluir en las listas de adquisiciones,

de manera que las unidades de salud los puedan solicitar. El equipo para AMEU se consigue con distribuidores locales; pero es probable que el distribuidor necesite obtener un permiso de importación.

**Promover una mejor interacción entre clientes y proveedores.**

Algunos proveedores tienen actitudes negativas hacia las mujeres que han tenido un aborto. Esta manera de pensar les impide tratar a estas pacientes con empatía y sensibilidad. Las diferencias de género, clase social e idioma también pueden crear tensiones en la relación paciente-proveedor. La capacitación en calidad de atención y habilidades interpersonales puede ayudar a modificar las actitudes de los proveedores y a motivarlos a mejorar su manera de interactuar con las pacientes. En México, después de un taller de dos días sobre este tema, y una vez que se introdujeron otras mejoras en la calidad de los servicios, las pacientes postaborto recibieron más información sobre los cuidados postoperatorios. La proporción de pacientes que se sintieron satisfechas con la información recibida aumentó de 18 por ciento a 73 por ciento después de la intervención. Las pacientes postaborto informaron que hubo mejoras significativas en muchos aspectos de la consejería en planificación familiar, incluyendo la información y el trato que recibieron de las consejeras (Langer y cols. 1999).

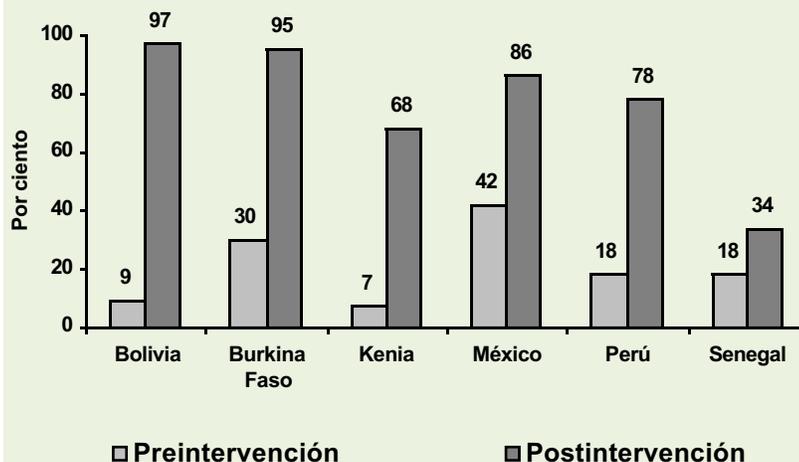
## 2. Informar sobre la planificación familiar y los servicios

**Ofrecer consejería y servicios de planificación familiar a pacientes postaborto.** En repetidas ocasiones, las mujeres que reciben tratamiento de urgencia por complicaciones derivadas de un aborto son dadas de alta sin recibir información sobre planificación familiar e, incluso, pueden tener problemas para obtener estos servicios. Al tener disponibles la información y los servicios de planificación familiar los prestadores pueden ayudarlas a prevenir embarazos no deseados en el futuro.

Es importante hablar de planificación familiar durante la atención de urgencia, debido a que la fecundidad de la mujer puede regresar en las primeras dos semanas después del aborto. Por consiguiente, muchas de las pacientes postaborto requieren métodos anticonceptivos inmediatamente para evitar otro embarazo no deseado. Las investigaciones realizadas en Bolivia, Burkina Faso, Kenia, México, Perú y Senegal demostraron que la proporción de pacientes que recibió consejería en planificación familiar aumentó después de haber mejorado los servicios de APA (véase Figura 1).

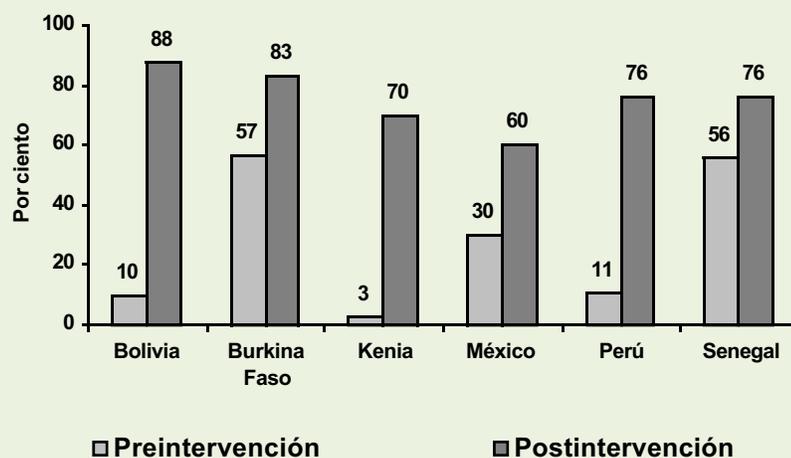
La mayoría de las pacientes que recibió consejería decidió usar un anticonceptivo (véase Figura 2).

Figura 1: Porcentaje de pacientes de PAC que recibieron consejería en planificación familiar



Fuentes: Bolivia (PC/INOPAL 1998); Burkina Faso (MOH 1998); Kenia (PC/Africa/OR/TA 1999); México (Langer y cols. 1999); Perú (Benson y cols. 1998); Senegal (CEFOREP 1998).

Figure 2. Porcentaje de pacientes de APA que recibió consejería y obtuvo un método anticonceptivo



Fuentes: Bolivia (PC/INOPAL 1998); Burkina Faso (MOH 1998); Kenia (PC/Africa/OR/TA 1999); México (Langer y cols. 1999); Perú (Benson y cols. 1998); Senegal (CEFOREP 1998).

La consolidación de servicios para optimizar el uso de espacios y el tiempo del personal hace que los servicios de planificación familiar sean más accesibles. Después de la reorganización de servicios en 6 hospitales de Kenia, 68 por ciento de las pacientes de APA recibió consejería PF, comparado con 7 por ciento antes de la intervención. Este estudio encontró que era más conveniente que el personal de las salas proporcionara información y servicios de PF que desplazar a los prestadores de salud materno-infantil y planificación familiar o que se llevara a las pacientes a ver a dichos prestadores: 92 por ciento de las pacientes postaborto recibió consejería, comparado con 63 por ciento de las pacientes que recibieron la visita de personal de salud materno-infantil y PF y 54 por ciento de las que se habían desplazado a ver a estos proveedores (Solo y cols. 1999).

### **3. Ampliar el acceso a la APA.**

**Capacitar a promotores comunitarios en la prestación y referencia de servicios de planificación familiar.** Llevar servicios integrales de APA a las áreas rurales remotas puede salvar vidas y ayudar a proteger la salud de las mujeres. Los promotores de salud pueden tener un papel importante al proporcionar servicios básicos de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, y al vincular a las mujeres a la atención obstétrica de urgencia y a otros servicios de salud.

**Hacer disponibles los servicios de APA en las comunidades.** En muchos sitios, el tratamiento de urgencia para complicaciones del aborto es únicamente prestado por especialistas en obstetricia y ginecología en hospitales. Sin embargo, la APA es un tratamiento de urgencia sencillo que se puede ofrecer en las clínicas y centros de salud de las comunidades si se acatan los protocolos de atención.



Population Council/Mary Geissman

**Capacitar a personal paramédico en la AMEU.** Varios estudios han demostrado que el personal paramédico, como las enfermeras y parteras profesionales, pueden tratar urgencias de manera segura con la AMEU en unidades del primer nivel de atención. Un estudio llevado a cabo entre 1996 y 1998 en Ghana, con el patrocinio de MotherCare/John Snow Inc., encontró que las parteras profesionales pueden realizar este procedimiento de manera segura en centros de salud y maternidades rurales. Se observó que el tiempo de espera y los costos para las pacientes postaborto atendidas por parteras eran menores que para las que fueron tratadas por médicos en hospitales distritales. Más pacientes atendidas por parteras profesionales recibieron consejería en planificación familiar y adoptaron un método anticonceptivo que otras pacientes postaborto (Billings y cols. 1999).

**Mejorar los sistemas de referencia a los servicios de salud reproductiva.** La referencia oportuna de pacientes de urgencias obstétricas, incluyendo

las de complicaciones del aborto, puede salvar vidas. Un programa realizado en áreas rurales de Pakistán, que probó un sistema comunitario de referencias, redujo de manera significativa la tasa global de mortalidad materna al capacitar a parteras empíricas en la referencia de mujeres con complicaciones obstétricas a centros de atención médica (Bashir 1991).

Sin embargo, muchas áreas carecen de sistemas de referencia y muchas mujeres no saben a dónde acudir para recibir tratamiento de urgencia para complicaciones de un aborto. Dos terceras partes de las mujeres entrevistadas en un estudio realizado en Senegal dijeron que habían visitado dos o más hospitales antes de ser tratadas, lo que retrasó el servicio hasta cinco días después de la aparición de los síntomas (CEFOREP 1998). Vincular los centros de atención a la salud reproductiva, las clínicas de urgencia, las organizaciones de planificación familiar y las redes comunitarias, puede dirigir a las mujeres a los centros de atención más apropiados para el tratamiento de urgencia y a otros servicios de salud reproductiva, entre ellos el tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

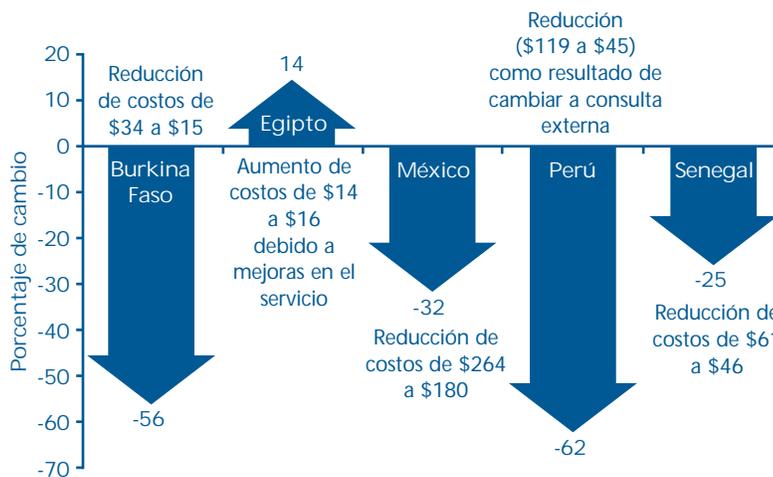
#### 4. Hacer un plan integral de la APA.

**Planificar los servicios de APA para mejorar la calidad de atención y reducir sus costos.** Muchos hospitales ofrecen consistentemente atención postaborto de manera no planificada, sino conforme se presentan las urgencias. Un estudio realizado en Egipto mostró que una de cada cinco pacientes admitidas a gineco-obstetricia requería tratamiento de complicaciones originadas por un aborto incompleto (Huntington y cols. 1998). En los escenarios donde las tasas de complicaciones postaborto son elevadas, los servicios mal planificados constituyen una fuga considerable de recursos para la atención a la salud. Por ejemplo, en Bolivia, los funcionarios de salud calculan que el tratamiento de complicaciones postaborto representa 60 por ciento de los costos de las salas de gineco-obstetricia (Friedman y cols. 1999).

Para mejorar los servicios y consumir menos recursos se requiere establecer un plan estratégico para la atención postaborto. En 1998, una revisión de 21 estudios realizados en seis países reveló que las estrategias para mejorar la APA redujeron el tiempo de hospitalización en un 30 por ciento, en promedio, y los costos del tratamiento en un 61 por ciento (King, Benson y Stein 1998a). De igual manera, estudios llevados a cabo en Burkina Faso y Senegal mostraron que el mejoramiento de los servicios de APA redujo la estancia hospitalaria en aproximadamente un 50 por ciento, lo que a su vez disminuyó los costos hospitalarios por paciente en un 56 y 25 por ciento, respectivamente (véase Figura 3).

Después de que un hospital grande en Oaxaca, México, reorganizó la prestación de servicios de APA e

Figura 3. Costo de servicios de APA mejorados (US\$)



Fuentes: Burkina Faso (MOH 1998); Egipto (Nawar, Huntington y Fattah 1999); México (Fuentes Valásquez y cols. 1998); Perú (Benson y cols. 1998); Senegal (CEFOREP 1998).

introdujo la técnica de AMEU, el costo promedio del tratamiento de una paciente postaborto se redujo casi en una tercera parte, de US\$264 a US\$180. El costo de añadir servicios de planificación familiar, incluyendo suministros, fue de aproximadamente US\$3 por paciente (Brambila y cols. 1999).

Sin embargo, mejorar la APA no siempre reduce los costos, como fue el caso de Egipto, en el que la reorganización de servicios en dos hospitales implicó elevar los estándares de atención (introducir procedimientos para el control del dolor, consejería para las pacientes y condiciones asépticas), lo que a su vez produjo incrementos moderados en los costos (Nawar, Huntington y Fattah 1999).

**Ofrecer servicios de APA en consulta externa.** Cuando sea viable y adecuado para las pacientes, la atención postaborto en consulta externa puede lograr ahorros significativos. En Perú, un hospital del Callao redujo la estancia hospitalaria a 6 horas en promedio después de iniciar la prestación de servicios de

APA ambulatorios, comparada con 33 horas de hospitalización cuando el servicio no se daba en la consulta externa, es decir, una reducción del 81 por ciento. Los ahorros obtenidos de una estancia hospitalaria más corta compensaron el incremento de costos por personal y suministros (13 y 44 por ciento, respectivamente). Estos ahorros permitieron al hospital reducir las cuotas para las pacientes de APA a la mitad. La reorganización de los servicios produjo otros beneficios: mejores relaciones entre pacientes y proveedores, y un acceso más oportuno a los métodos de planificación familiar, entre otros (Benson y cols. 1998).



Ipas 2000

### 5. Involucrar al compañero.

**Informar al compañero sobre el tratamiento de APA y los cuidados postoperatorios.** Aunque es frecuente que los compañeros acompañen a las mujeres al hospital para la APA, los proveedores de salud reiteradamente los ignoran y no les proporcionan la información básica sobre la condición de la mujer y sobre los cuidados postoperatorios que deben tener. Hablar con el compañero o dar consejería al hombre y a la mujer de manera conjunta, previo consentimiento de ella, puede permitir que los hombres entiendan de qué manera pueden ayudar a la recuperación de su compañera después del procedimiento, a decidir qué método de planificación familiar adoptar y, fundamentalmente, a prevenir otro embarazo no deseado y otro aborto. En un estudio que se hizo en Egipto en 1997, los investigadores encontraron que era más probable que la pareja adoptara o planeara usar un método anticon-

ceptivo al mes del alta hospitalaria cuando el esposo había recibido consejería de parte de un médico que cuando el esposo no había recibido consejería (Abdel-Tawab y cols. 1999). En Senegal, casi dos tercias partes (65%) de las pacientes entrevistadas dijeron que les gustaría que su esposo o compañero recibiera junto con ellas consejería sobre planificación familiar. Los resultados de un estudio realizado en un hospital de Turquía mostraron que casi 98 por ciento de las parejas que recibieron consejería en planificación familiar eligieron un método anticonceptivo después del aborto y que la probabilidad de que los hombres que habían participado en consejería optaran por la vasectomía aumentó respecto de los que no habían participado (Blaney 1997). Sin embargo, se debe respetar la voluntad de las mujeres que no desean la participación de sus parejas, como fue el caso de 35 por ciento de las mujeres del estudio de Senegal.

¿Es sostenible la atención postaborto mejorada?

Los gerentes del programa necesitan garantizar la continuidad de los servicios de APA mejorados. Los investigadores de un estudio realizado en un hospital del Callao, en Perú, identificaron cinco factores críticos que pueden afectar dicha continuidad:

1. La disposición del hospital para asignar fondos y tiempo del personal con el fin de hacer las mejoras necesarias y adquirir anticonceptivos y otros suministros
2. Mejoras a las instalaciones médicas
3. Incorporación de la APA a los programas de capacitación del personal de gineco-obstetricia
4. Apoyo a las mejoras por parte del personal hospitalario
5. Apoyo político del Ministerio de Salud, el cual contribuyó en el diseño de la intervención y a difundir los hallazgos a otras organizaciones (Benson y cols. 1998).

Para instituir la APA sistemática se requiere hacer convenios con otros programas de salud reproductiva y ampliar la red de comunidades médicas informadas (Huntington, 1998).

Population Council



## ¿Qué pueden hacer los formuladores de políticas para mejorar y extender la APA?

Los formuladores de políticas pueden:

- Apoyar los servicios de alta calidad, centrados en la mujer.
- Desarrollar normas y estándares nacionales en materia de APA, que incluyan el manejo del dolor, la prevención de infecciones, y la consejería y los servicios de planificación familiar.
- Descentralizar los servicios para permitir el acceso a las mujeres de áreas rurales y de zonas urbanas marginales, y reducir la congestión en hospitales ciudadanos.
- Incluir en los presupuestos de los programas el costo de instrumentos y suministros para la APA, considerando el equipo para AMEU y medicamentos para el dolor.
- Desarrollar la capacidad institucional para formar proveedores de salud reproductiva en APA, como un modelo de atención integral que incluya técnicas de AMEU, manejo del dolor, prevención de infecciones, PF postaborto, habilidades para dar consejería y sistemas de referencia a otros servicios de salud reproductiva.
- Establecer sistemas de supervisión capacitante para garantizar y mantener la calidad de los servicios.

## ¿Cuáles son las prioridades de investigación en APA?

Aunque recientemente se ha generado gran conocimiento, quedan todavía temas por explorar con mayor profundidad (Billings 1998). Los temas prioritarios para estudios futuros son:

- **Descentralización de servicios.** La mayoría de la investigación operativa se ha realizado en hospitales de áreas urbanas. En la medida que los servicios se desplazan de los hospitales hacia los centros de salud y el primer nivel de atención, se requiere una mejor comprensión de los insumos necesarios para apoyar al personal paramédico en la APA en localidades remotas. Es de especial importancia identificar los procedimientos para mantener la calidad de los servicios, como es el caso de la supervisión capacitante.
- **Consejería a la familia y movilización de apoyo social.** A pesar de que hay mayor conciencia de los beneficios de la participación de los hombres en la salud reproductiva de la mujer, pocos programas de servicios se han abocado a ello. Se requiere hacer más investigación sobre estrategias específicas para involucrar al compañero o a otros miembros de la familia como una directriz importante para los programas con perspectiva de género.
- **Reducción de costos como resultado del mejoramiento de los servicios de APA.** Los estudios realizados se han centrado básicamente en los costos inmediatos de la atención postaborto. Por consiguiente, se requiere hacer más investigación de la reasignación de los recursos liberados por las mejoras y sobre la importancia que tienen los ahorros logrados para los directores de los hospitales y para la mujer y su familia.

■ **Aseguramiento del abastecimiento de equipo para AMEU y de medicamentos esenciales.** La técnica de la AMEU ha resultado ser satisfactoria y rentable en algunos lugares. Se requiere hacer un esfuerzo mayor para asegurar la disponibilidad del equipo de AMEU, que frecuentemente se ve limitada por disposiciones legales. Es importante que los sistemas de salud cuenten con abastecimiento sistemático e ininterrumpido de instrumentos para AMEU y materiales de desinfección o esterilización.

■ **Percepciones de las mujeres sobre el aborto y el embarazo no deseado.** Para romper el ciclo de abortos repetidos, es esencial entender la dinámica que se establece entre el uso de anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia), el embarazo no deseado y el aborto inducido. Es necesario hacer más estudios cualitativos sobre estos temas; en particular, se requiere hacer investigación que proponga intervenciones en los programas que respondan a la percepción y necesidades de las mujeres, así como a su contexto social.

■ **Estrategias para extender y difundir modelos exitosos.** Ya se han realizado una gran cantidad de estudios sobre la atención postaborto; ahora, lo importante es fortalecer la diseminación y promoción de las estrategias para maximizar la utilización de los beneficios de la investigación.

■ **Estudios de seguimiento postaborto.** Se han hecho muy pocos estudios de seguimiento a largo plazo sobre pacientes postaborto, lo que refleja en parte la dificultad, sensibilidad y complejidad ética de dichos estudios. Se requiere hacer más investigación en particular para documentar los efectos de proporcionar anticonceptivos en la reducción del número de abortos repetidos.

■ **Barreras que impone el proveedor.**

Es necesario llevar a cabo estudios que determinen qué actitudes y prácticas de los prestadores son una barrera para el mejoramiento de los servicios de APA y de planificación familiar postaborto.

■ **Vinculación de la APA con otros servicios de salud reproductiva.**

Se requiere que los investigadores examinen los vínculos que existen

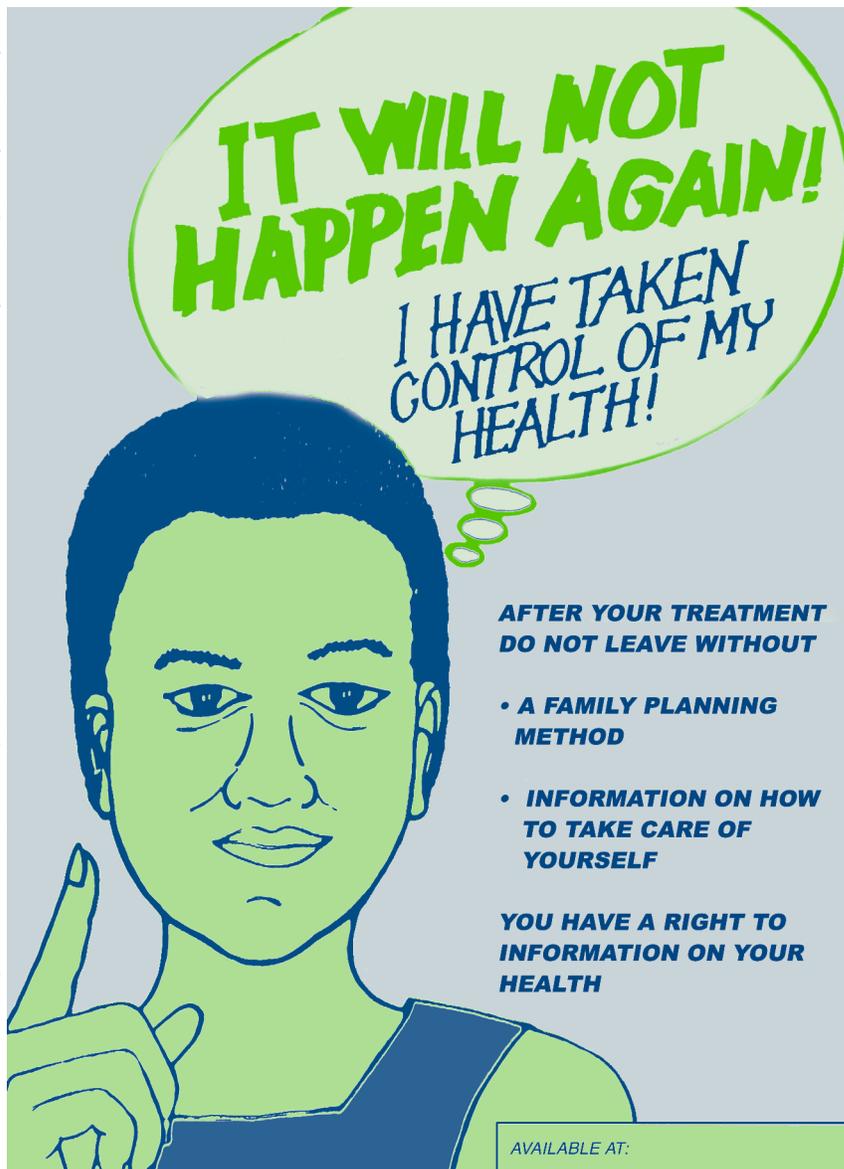
entre el tratamiento de complicaciones del aborto y otros servicios de salud reproductiva. Estos vínculos adquieren especial importancia para el bienestar de las mujeres que buscan APA en regiones de elevada prevalencia de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

## Conclusiones

Se han probado modelos básicos de atención postaborto de alta calidad en diversos escenarios y se ha encontrado que son satisfactorios y eficientes. Una vez que estos modelos se incorporan a los servicios de salud, los proveedores y gerentes de programa perciben rápidamente sus beneficios en lo tocante al mejoramiento de la calidad de los servicios que se dan a las mujeres con complicaciones derivadas del aborto. Estos beneficios se extienden a otros servicios de salud reproductiva y otros procedimientos hospitalarios.

Las personas encargadas de formular las políticas juegan un papel crítico para asegurar que los líderes de opinión, las autoridades médicas, los expertos en cuestiones legales y el público en general entiendan la necesidad de contar con servicios postaborto y la importancia de mejorar el acceso a la información y a los servicios de anticoncepción, con el fin de evitar embarazos no deseados. El tratamiento y la consejería integrales a pacientes postaborto es el primer paso para salvar la vida de muchas mujeres, reducir la tasa de abortos inseguros repetidos, ayudar a las mujeres a superar un aborto espontáneo y mejorar la salud general de la mujer.

Family Care International (US and Kenya); Population and Health Services, the Mother & Child Nursing Home (Kenya); Mulago Hospital (Uganda)



¡No sucederá de nuevo!, ¡He tomado el control de mi salud!  
Después de su tratamiento, no se vaya sin: Un método de PF; Información sobre cómo cuidarse.  
Usted tiene derecho a recibir información acerca de su salud.

## Recursos para directores de programas

- Baird, T.L., M.V. Chambers, and C.E. Hord. 1998. "Implementing Postabortion Care." *Technical Resources for Postabortion Care*. Vol. 1. Carrboro, NC: Ipas. *A basic reference for program managers.*
- Brazier, Ellen, Rahna Rizzuto y Merrill Wolf. 1998. *Prevención y manejo del aborto que ocurre en condiciones de riesgo: Guía de acción*. Nueva York: Family Care International. *Un compendio de recursos para administradores de programas.*
- Ghosh, Anita, Dana Lewison, and Enrique R. Lu (eds.). 1999. *Issues in Establishing Postabortion Care Services in Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO Corporation. *An overview of strategies to expand PAC.*
- Hord, Charlotte E., Traci L. Baird, and Debbie L. Billings. 1999. "Advancing the Role of Midlevel Providers in Abortion and Postabortion Care: A Global Review and Key Future Actions." *Issues in Abortion Care 6*. Chapel Hill, NC: Ipas. *Guidelines for supporting mid-level providers.*
- Huntington, Dale. 1998. *Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research*. New York: Population Council. *A summary of research on PAC programs.*
- Huntington, Dale and Nancy J. Piet-Pelon (eds.). 1999. *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*. New York: Population Council. *A collection of operations research studies on PAC.*
- Otsea, K. et al. 1999. "Monitoring Postabortion Care." *Technical Resources for Postabortion Care*. Vol. 3. Chapel Hill, NC: Ipas. *A guide for developing monitoring systems.*
- Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnston, and Nicolene Hengen. 1997. "Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives." *Population Reports*. Series L, No. 10. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, September. *A comprehensive overview of PAC and a training resource.*
- World Health Organization. 1997. *Post-abortion Family Planning: A Practical Guide for Programme Managers*. Geneva: WHO Division of Reproductive Health (Technical Support). *A detailed guide to strengthening PAC programs.*

## Referencias

- Abdel-Tawab, Nahla et al. 1999. "Effects of Husband Involvement on Postabortion Patients' Recovery and Use of Contraception in Egypt," in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington and N.J. Piet-Pelon. New York: Population Council, pp. 16-37.
- Bashir, A. 1991. "Maternal Mortality in Pakistan: A Success Story of the Faisalabad District," *IPPF Medical Bulletin* 25(2):1-3, April.
- Benson, Janie et al. 1998. *Improving Quality and Lowering Costs in an Integrated Postabortion Care Model in Peru: Final Report*. Lima, Peru: Ipas and Population Council.
- Billings, Deborah L. 1998. "Integration of Postabortion Care Services with Other Reproductive Health Services." Position Paper for Frontiers in Reproductive Health. Washington, DC: Population Council.
- Billings, Deborah et al. 1999. "Midwives and Comprehensive Postabortion Care in Ghana," in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington and N.J. Piet-Pelon. New York: Population Council, pp.141-156.
- Blaney, Carol Lyn. 1997. "Involving Men after Pregnancy," *FHI Network*. Summer, p. 24.
- Brambila, Carlos et al. 1999. "Estimating Costs of Postabortion Services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico," in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington and N.J. Piet-Pelon. New York: Population Council, pp. 108-124.
- Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) and Clinique Gynecologique et Obstetricale Chu. A. le Dantec. 1998. *Introduction des Soins Obstetricaux d'Urgence et de la Planification Familiale pour les Patientes Presentant des Complications Liées a un Avortement Incomplet*. Dakar, Senegal: Population Council.
- Friedman, Alison et al. 1999. *An Assessment of Postabortion Care (PAC) Services in the Bolivian Public Health System*. Mexico City: Population Council, p. 2.
- Fuentes Valásquez, Jaime et al. 1998. *A Comparison of Three Models of Postabortion Care in Mexico: Final Report*. Mexico City: IMSS, Ipas, and Population Council.
- Greenslade, Forrest C. et al. 1993. *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide*. Carrboro, NC: Ipas.
- Huntington, Dale et al. 1995. "Improving the Medical Care and Counseling of Postabortion Patients in Egypt," *Studies in Family Planning* 26(6):350-362.
- Huntington, Dale, Laila Nawar, and Dalia Abdel-Hady. 1997. "Women's Perceptions of Abortion in Egypt," *Reproductive Health Matters*, No. 9, May.
- Huntington, Dale. 1998. *Avances y retos en la investigación operativa de la atención post-aborto: Memorias de una conferencia global*. Nueva York: Population Council, pp. 37-44.
- Huntington, Dale et al. 1998. "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals: A Descriptive Study," *International Family Planning Perspectives* 24(1):25-31.
- Huntington, Dale and Nancy J. Piet-Pelon (eds.). 1999. *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*. New York: Population Council.
- King, Tim, Janie Benson, and Karen Stein. 1998a. "Comparing the Cost of Postabortion Care in Africa and Latin America: The DATAPAC Project," paper presented at the Global Meeting on Postabortion Care Operations Research, New York, Population Council, January.

- King, Timothy et al. 1998b. "Atención post-aborto en América Latina: un resumen de investigación operativa," en *Investigación operativa en Salud Reproductiva*. México, D.F.: Population Council/INOPAL III, pp. 63-85.
- Langer, Ana et al. 1999. "Improving Postabortion Care with Limited Resources in a Public Hospital in Oaxaca, Mexico," in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington and N.J. Piet-Pelon. New York: Population Council, pp. 81-107.
- Margolis, Alan, Ann H. Leonard, and Laura Yordy, 1993. "Pain Control for the Treatment of Incomplete Abortion with MVA." *Advances in Abortion Care* 3(1):1-8.
- Ministry of Health, Burkina Faso. 1998. *Introduction of Emergency Medical Treatment and Family Planning Services for Women with Complications from Abortion in Burkina Faso*. Ougadougou, Burkina Faso: Population Council.
- Nawar, Laila, Dale Huntington, and Mohammed Naguib Abdel Fattah. 1999. "Cost Analysis of Postabortion Services in Egypt," in *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington and N.J. Piet-Pelon. New York: Population Council, pp. 125-140.
- Population Council/INOPAL III. 1998. *Investigación operativa en salud reproductiva: 1995-1998*. México, D.F.: Population Council/INOPAL III.
- Population Council/Africa OR/TA. 1999. *Strengthening Reproductive Health Services in Africa through Operations Research: Final Report of the Africa Operations Research and Technical Assistance Project II*. Nairobi, Kenya: Population Council, p. 63.
- Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnston, and Nicolene Hengen. 1997. "Care for Abortion Complications: Saving Women's Lives," *Population Reports*, Series L, No. 10, September.
- Solo, Julie et al. 1999. "Creating Linkages between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya." *Studies in Family Planning* 30(1):17-27.
- United Nations (UN). 1994. *Report of the International Conference on Population and Development* (Cairo, 5-13 September 1994). New York: UN.

Fronteras de la Salud Reproductiva  
Population Council  
Escondida 110  
04000, México, D.F.  
México

Tel.: (52) 5554-0388

Fax: (52) 5554-1226

Correo electrónico:

[disemina@popcouncil.org.mx](mailto:disemina@popcouncil.org.mx)

[www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de la Oficina de Población, Buró de Programas Globales, Apoyo al Campo e Investigación, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) conforme a los términos del Acuerdo de Cooperación No. HRN-A-00-98-00012. Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las de USAID.