

# Planificación familiar postaborto guía práctica para administradores de programas



DIVISIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
GINEBRA

**G u í a p r á c t i c a**

WHO/RHT/97.20  
Distr.: General

La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas que se ocupa fundamentalmente de asuntos sanitarios y salud pública internacionales. Por conducto de esta organización, creada en 1948, los profesionales de la salud de unos 189 países intercambian sus conocimientos y experiencias con objeto de que todos los ciudadanos del mundo puedan alcanzar de aquí al año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Mediante la cooperación técnica directa con sus Estados Miembros y el fomento de dicha cooperación entre éstos, la OMS promueve el establecimiento de servicios completos de salud, la prevención y la lucha contra las enfermedades, el mejoramiento de las condiciones ambientales, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la coordinación y ejecución de programas de salud.

Un programa tan vasto comprende actividades muy variadas, entre las que cabe destacar el establecimiento de sistemas de atención primaria de salud que alcancen a todas las poblaciones de los Estados Miembros; el mejoramiento de la salud de la madre y del niño; la lucha contra la malnutrición; la lucha contra el paludismo y otras enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y la lepra; la coordinación de la estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA; conseguida ya la erradicación de la viruela, el fomento de la inmunización en masa contra cierto número de otras enfermedades evitables; el mejoramiento de la salud mental; el abastecimiento de agua potable; y la formación de personal de salud de todas las categorías.

El mejoramiento de la salud en todo el mundo requiere también la colaboración internacional en ciertas actividades como el establecimiento de patrones internacionales para sustancias biológicas y de normas sobre plaguicidas y preparaciones farmacéuticas; la formulación de criterios de higiene del medio; la recomendación de denominaciones comunes internacionales para medicamentos; la administración del Reglamento Sanitario Internacional; la revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos; y la compilación y difusión de estadísticas de salud.

En las publicaciones de la OMS pueden encontrarse más datos sobre numerosos aspectos de la labor de la Organización.

© Organización Mundial de la Salud, 1999

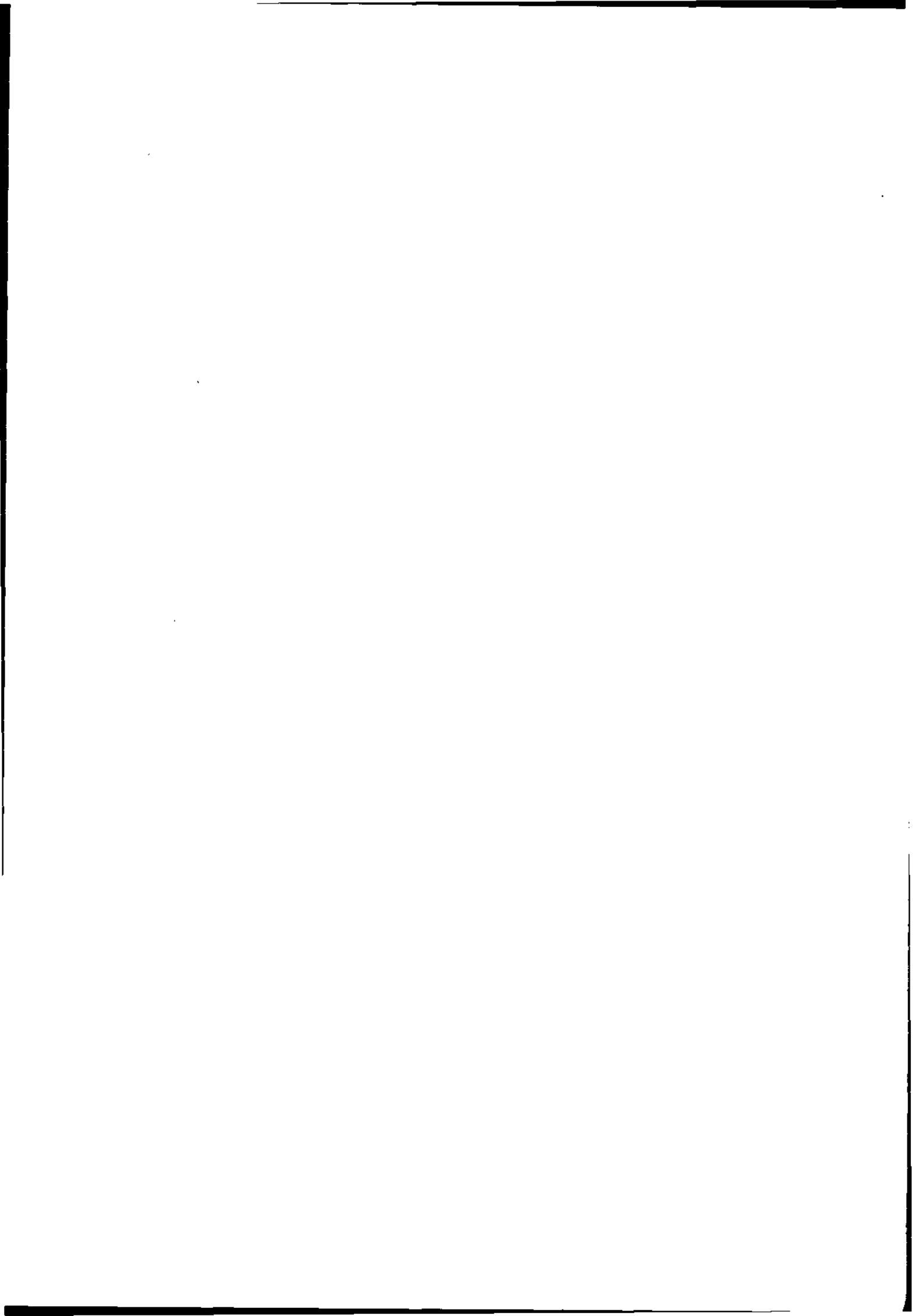
El presente documento no es una publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el documento se podrá reseñar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales.

Las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre se menciona son de la responsabilidad exclusiva de éstos.

# Planificación familiar postaborto guía práctica para administradores de programas



DIVISIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
GINEBRA



## ÍNDICE

NOTA DE AGRADECIMIENTO .....	v
PREFACIO .....	vi
CÓMO UTILIZAR ESTE LIBRO .....	viii
CAPÍTULO 1	
INTRODUCCIÓN	
1.1 Alcance del problema .....	1
1.2 Definición de los términos .....	2
1.3 Aborto y características de la clientela .....	3
1.4 Necesidad de asistencia inmediata .....	3
1.5 Servicios básicos .....	3
1.6 Diferencia entre las necesidades de planificación familiar en el postparto y en el postaborto ..	4
1.7 Anticoncepción y embarazos no deseados .....	5
1.8 Qué pueden hacer los servicios de tratamiento de emergencia del aborto .....	7
1.9 Qué pueden hacer los servicios de planificación familiar .....	7
1.10 Qué pueden hacer los servicios de inducción del aborto .....	7
1.11 Enfoque integral del problema .....	8
CAPÍTULO 2	
CALIDAD DE LA ASISTENCIA .....	11
2.1 Introducción .....	11
2.2 Momento más adecuado para el asesoramiento y la prestación del servicio .....	11
2.3 Elección del método .....	12
2.4 Información y asesoramiento .....	13
2.5 Competencia técnica .....	15
2.6 Relaciones interpersonales .....	15
2.7 Continuidad por vinculación de los servicios .....	16
CAPÍTULO 3	
PROBLEMAS CLÍNICOS .....	19
3.1 Introducción .....	19
3.2 Problemas clínicos e individuales .....	19
3.3 Restablecimiento rápido de la fecundidad .....	20
3.4 Recomendaciones clínicas postaborto .....	20
3.5 Uso de anticonceptivos en presencia de complicaciones clínicas .....	21
3.5.1 Infecciones confirmadas o presuntas en relación con el aborto .....	21
3.5.2 Traumatismos del aparato genital .....	22
3.5.3 Hemorragias y anemia grave .....	22
3.6 Momento más adecuado para iniciar el uso de anticonceptivos .....	23
3.7 Aborto en el segundo trimestre .....	23
3.8 Uso de anticonceptivos postaborto y ETS/VIH .....	24

## CAPÍTULO 4

PROBLEMAS DE ASESORAMIENTO PARA LOS ADMINISTRADORES DE SERVICIOS	26
4.1 Introducción	26
4.2 Elementos básicos de una sesión de asesoramiento	26
4.3 Funciones del administrador	27
4.4 Asesoramiento individualizado de alta calidad	29
4.4.1 ¿Sufre la mujer tensiones o dolores?	29
4.4.2 ¿Desea tener un nuevo embarazo y, en caso afirmativo, cuándo?	29
4.4.3 ¿Ha usado previamente anticonceptivos?	30
4.4.4 ¿Debe participar en el asesoramiento el otro miembro de la pareja o algún otro miembro de la familia?	30
4.5 Recursos de planificación familiar en la comunidad	31
4.6 Asesoramiento en situaciones especiales	31
4.6.1 Esterilización con fines anticonceptivos en un servicio de asistencia al aborto	31
4.6.2 Planificación familiar postaborto en mujeres VIH-positivas	33
4.6.3 Planificación familiar postaborto de las mujeres con abortos repetidos	33
4.6.4 Necesidades especiales de las adolescentes	34

## CAPÍTULO 5

ASPECTOS COMUNES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	37
5.1 Elementos comunes	37
5.1.1 Tipos de programas de tratamiento	37
5.1.2 Tipos de programas de planificación familiar	39
5.1.3 Programas de inducción del aborto y regulación menstrual	39
5.2 Locales	39
5.3 Equipo, suministros y material	40
5.4 Circulación de la clientela	40
5.5 Personal	41
5.5.1 Distribución del personal	41
5.5.2 Actitudes del personal	41
5.5.3 Supervisión del personal	41
5.6 Adiestramiento	42
5.7 Vigilancia y evaluación	43
5.8 Vinculación y envío de casos	44
5.9 Costo	46

## CAPÍTULO 6

SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL ABORTO .....	51
6.1 Tipos de programas de tratamiento .....	51
6.1.1 Hospitales terciarios y de primer nivel de envío de casos .....	51
6.1.2 Nivel de atención primaria .....	52
6.2 Locales .....	52
6.3 Equipo, suministros y material .....	52
6.4 Circulación de la clientela .....	53
6.5 Personal .....	56
6.5.1 Distribución del personal .....	56
6.5.2 Actitudes del personal .....	57
6.5.3 Supervisión del personal .....	57
6.6 Adiestramiento .....	57
6.7 Vigilancia y evaluación .....	57
6.8 Vinculación y envío de casos .....	58
6.9 Costo .....	58

## CAPÍTULO 7

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	61
7.1 Tipos de programas de planificación familiar .....	61
7.2 Qué pueden hacer los administradores de programas de planificación familiar .....	63
7.2.1 Dispensarios de planificación familiar en los hospitales .....	63
7.2.2 Centros de atención primaria de salud .....	64
7.2.3 Dispensarios de planificación familiar de las ONG .....	64
7.2.4 Agentes de los servicios comunitarios .....	65
7.2.5 Programas de comercialización social .....	66
7.2.6 Profesionales independientes .....	66
7.3 Locales .....	66
7.4 Equipo, suministros y material .....	67
7.5 Circulación de la clientela .....	67
7.6 Personal .....	67
7.6.1 Distribución del personal .....	67
7.6.2 Supervisión del personal .....	68
7.7 Adiestramiento .....	68
7.8 Vigilancia y evaluación .....	68
7.9 Vinculación y envío de casos .....	68
7.10 Costo .....	69

## CAPÍTULO 8

SERVICIOS DE INDUCCIÓN DEL ABORTO Y DE REGULACIÓN MENSTRUAL .....	71
8.1 Servicios de inducción del aborto .....	71
8.2 Servicios de regulación menstrual (RM) .....	71
8.3 Oferta de servicios .....	71
8.4 Locales .....	72
8.5 Equipo, suministros y material .....	72
8.6 Circulación de la clientela .....	72
8.7 Personal .....	73
8.7.1 Distribución del personal .....	73
8.7.2 Supervisión del personal .....	73
8.8 Adiestramiento .....	74
8.9 Vigilancia y evaluación .....	74
8.10 Vinculación y envío de casos .....	74
8.11 Costo .....	75

## CAPÍTULO 9

POLÍTICA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSTABORTO .....	77
9.1 Función de las autoridades políticas .....	77
9.2 Función de los administradores .....	77

### Anexo 1

Métodos anticonceptivos aplicables tras un aborto (por orden de eficacia) .....	79
---	----

### Anexo 2

Factores en la elección individual de la planificación familiar postaborto <sup>1</sup> .....	80
---	----

### Anexo 3

Tasas de fracasos de los métodos anticonceptivos (Estados Unidos) .....	81
---	----

### Anexo 4

Lista de comprobación para evaluar y supervisar las aptitudes de asesoramiento .....	82
--	----

### Anexo 5

Sugerencias para observar las sesiones de asesoramiento .....	83
---	----

## NOTA DE AGRADECIMIENTO

El presente documento ha sido preparado por el personal de la División de Salud Reproductiva (Apoyo Técnico) de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud desea dar las gracias a la Fundación Mellon y al Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) por su apoyo financiero, que ha hecho posible la preparación, producción y distribución de este documento.

La Organización Mundial de la Salud da asimismo las gracias a los IPAS (International Projects Assistance Services, Carrboro, NC, EE.UU.) por la ayuda prestada para la redacción y corrección del texto.

Entre los numerosos expertos nacionales que revisaron este documento e hicieron valiosas propuestas para mejorarlo cabe mencionar a los siguientes: Dr. Paul Blumenthal (EE.UU.); Dr. Kassam Mahomed (Zimbabwe); Dr. José David Ortiz Mariscal (México); Dr. Alberto Rizo (Colombia); Dr. SO Shittu (Nigeria); Sra. Cynthia Steele Verme (EE.UU.); Sra. Sudha Tewari (India) y Sra. Ninuk Widyanoro (Indonesia).

## PREFACIO

### **Párrafo 8.25 del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)**

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales 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. 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. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y asesoramiento comprensivo. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.<sup>1</sup>

\* *Se entiende por aborto realizado en condiciones no adecuadas (según la terminología de la OMS, aborto peligroso, es decir, realizado sin garantías de seguridad) cualquier procedimiento aplicado para poner fin a un embarazo no deseado por personas carentes de la competencia necesaria o en un entorno falto de las condiciones médicas mínimas.*

Las presentes directrices tienen por objeto ayudar a los administradores de programas de asistencia al aborto y de planificación familiar a informarse mejor sobre la necesidad de la planificación familiar postaborto, así como sugerir medidas concretas de gestión para sentar o mejorar los vínculos entre el tratamiento del aborto y la planificación familiar. Además, las autoridades políticas nacionales y locales deberán dar carácter prioritario a la planificación familiar postaborto e incluir esos servicios en los programas nacionales. Cualesquiera que sean sus sentimientos personales sobre el aborto, los políticos deberán: reformar las disposiciones políticas que obstaculicen la prestación de la planificación familiar postaborto; asignar recursos humanos y financieros a los programas; y movilizar apoyos políticos y administrativos con destino a esos servicios.

Tanto las mujeres que han sufrido abortos sin garantías de seguridad, en malas condiciones de higiene y no pocas veces ilícitos como las que recurren a un servicio de inducción del aborto legalmente autorizado tienen una necesidad imperiosa de asistencia en materia de planificación familiar. Unas y otras han hecho patente su decisión de no tener un hijo y, sin embargo, están muy expuestas a futuros embarazos no deseados y, en el caso de las primeras, a abortos sin garantías de seguridad. La extensión de los servicios de planificación familiar a todas las mujeres que hayan abortado contribuirá en gran medida a prevenir abortos sin garantías de seguridad y a reducir en todo el mundo la morbilidad y la mortalidad maternas.

El objetivo de este manual es brindar a las autoridades políticas y a los administradores de programas una información que les permita entenderse y coordinar mejor los servicios en los siguientes sectores:

---

<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud hace suya esta declaración. Las presentes directrices deberán interpretarse y aplicarse sobre esa base.

- necesidad de la planificación familiar postaborto y obstáculos que se oponen a la prestación de este servicio;
- influencia de la concepción, la gestión y la prestación del servicio en la calidad y aceptabilidad de la asistencia de planificación familiar prestada a las mujeres que han tenido un aborto;
- influencia del estado clínico de la mujer tras el aborto en la idoneidad de los métodos anticonceptivos y del asesoramiento;
- influencia de los factores psicológicos y sociológicos del aborto en el asesoramiento sobre planificación familiar, la elección del método y la perseverancia en el empleo del mismo;
- modificación y coordinación de los servicios existentes (p. ej., los de tratamiento de emergencia del aborto y los de planificación familiar) para mejorar la calidad de la asistencia y hacer posible la adopción de decisiones con conocimiento de causa; y
- fomento de la cooperación entre los grupos que intervienen en la prestación de servicios de planificación familiar postaborto.

## CÓMO UTILIZAR ESTE LIBRO

Las presentes directrices están destinadas a los administradores de servicios de tratamiento del aborto, de programas de planificación familiar y de servicios de inducción del aborto. Los cinco capítulos iniciales contienen una información general útil para toda clase de administradores: en el primero se justifica la necesidad de programas de planificación familiar postaborto; en el segundo se exponen las condiciones de calidad asistencial que debe ofrecer dicha planificación familiar; en el tercero se describen los problemas clínicos que suscita el uso de anticonceptivos tras un aborto; en el cuarto se abordan los problemas que hay que tener presentes al dar asesoramiento en esta esfera, y en el quinto se exponen las necesidades de organización y logística en cualquier servicio de planificación familiar postaborto.

Recomendamos a los administradores que lean cuidadosamente esos cinco capítulos. Los capítulos sexto, séptimo y octavo tratan respectivamente de las necesidades propias de cada tipo de servicio. El administrador de un servicio de tratamiento de emergencia del aborto se interesará sobre todo por el sexto, mientras que el de un servicio de planificación familiar dará su preferencia al séptimo. El capítulo octavo contiene información de interés para los administradores de servicios de inducción del aborto, mientras que el noveno expone en detalle la función de las autoridades políticas en las prestaciones de planificación familiar y analiza las medidas que pueden tomar los administradores de programas para promover la reforma de la política vigente.

Estas directrices de gestión, aun sin ser exhaustivas, abarcan todos los puntos programáticos importantes que los administradores deberán examinar y/o aplicar para mejorar las prestaciones de planificación familiar postaborto en sus respectivos servicios.

### **Bibliografía del Prefacio**

Wolf, M. y Benson, J. Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement, 1994.

Organización Mundial de la Salud. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*, Ginebra: OMS, 1995.



## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1 Alcance del problema

Aunque el uso de anticonceptivos se ha extendido mucho en los últimos 30 años, todavía se practican en el mundo entre 26 y 53 millones de abortos anuales (Henshaw y Morrow, 1990). Estos abortos, realizados sin garantías de seguridad - es decir, por personal incompetente y en malas condiciones de higiene - causan todos los años entre 50 000 y 100 000 defunciones femeninas que podrían haberse evitado (Organización Mundial de la Salud, 1993). La mayor parte de esta mortalidad afecta al mundo en desarrollo (véase el cuadro 1).

El gran número de mujeres que recurren a un aborto sin garantías de seguridad pone de relieve que la población femenina debe tener acceso a una amplia gama de métodos de planificación familiar a fin de poder controlar sin riesgos su propia fecundidad (Salter et al., 1996). El hecho de que tantas mujeres se expongan a sufrir lesiones graves e incluso la muerte, por no hablar ya de las consecuencias sociales o penales, para poner fin a un embarazo hace patente el grado de desesperación con que tratan de evitar o aplazar el embarazo. Muchas de las que han sido víctimas de un aborto sin garantías de seguridad sufren complicaciones y han de ser tratadas en un hospital o establecimiento análogo. Sin embargo, rara vez salen del hospital debidamente aleccionadas para no caer de nuevo en el proceso de coito no protegido, embarazo no deseado y aborto sin garantías de seguridad, que tan a menudo culmina en lesiones traumáticas, afecciones tardías o incluso la muerte.

Las mujeres que han sufrido ya un aborto y están expuestas a un nuevo embarazo no deseado representan un importante grupo de población con necesidades desatendidas de planificación familiar. Mientras que otros grupos de alto riesgo se han beneficiado de programas de este tipo, apenas se ha prestado atención a las mujeres tratadas por complicaciones de un aborto practicado sin garantías de seguridad. Además, aunque en los últimos decenios ha mejorado mucho la disponibilidad de servicios de planificación familiar, en muchos sectores la población sólo tiene un acceso marginal a los mismos, su calidad deja bastante que desear y ni su diseño ni su prestación responden a los intereses y necesidades de usuarias y usuarios.

El grupo técnico que se reunió en Bellagio para examinar las necesidades de la mujer en materia de planificación familiar postaborto estimó que todas las mujeres que han sufrido un aborto deben tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos, respaldado por una información fiable, un asesoramiento comprensivo y un sistema eficaz de envío de casos con fines de asistencia ulterior (Wolf y Benson, 1994). El grupo convino que tanto los servicios de asistencia al aborto como los de planificación familiar están éticamente obligados a poner fin a la separación con que se desenvuelven en la actualidad. Incluso cuando la política y las leyes son restrictivas en materia de aborto, es posible y conveniente brindar a la población un servicio de planificación familiar postaborto; el hecho de que en un país se limite la inducción del aborto no justifica que se prive a las mujeres de asistencia postaborto y de asesoramiento en materia de anticonceptivos, sino todo lo contrario. Los programas de planificación familiar destinados a todas las mujeres que desean evitar nuevos embarazos no deseados contribuirán a reducir la mortalidad evitable a que dan lugar los abortos practicados sin garantías de seguridad.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, aprobó un Plan de Acción para hacer frente a las graves consecuencias de esos abortos. Entre otras recomendaciones, el Plan subraya la necesidad de tratar esmeradamente las complicaciones del aborto y facilitar a las mujeres asesoramiento y servicios de planificación familiar postaborto. Esta recomendación se refrendó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

**Cuadro 1**  
**Estimaciones del riesgo de defunción por abortos**  
**sin garantías de seguridad a nivel mundial y regional**

Región	Número de abortos sin garantías de seguridad (miles)**	Número de defunciones por abortos sin garantías de seguridad**	Letalidad por 100 abortos sin garantías de seguridad	Riesgo de defunción
<b>Total mundial</b>	20 000	70 000	0,4	1 en 300
<b>Países más desarrollados*</b>	2 340	600	0,03	1 en 3 700
<b>Países menos desarrollados</b>	17 620	69 000	0,4	1 en 250
<b>África</b>	3 740	23 000	0,6	1 en 150
<b>América Latina</b>	4 620	6 000	0,1	1 en 800
<b>Antigua URSS</b>	2 080	500	0,03	1 en 3 900
<b>Asia*</b>	9 240	40 000	0,4	1 en 250
<b>Europa</b>	260	100	0,04	1 en 2 600
<b>Oceanía*</b>	20	<100	0,2	1 en 400

Cifras redondeadas, por lo que pueden no coincidir en los totales.

\* El Japón, Australia y Nueva Zelandia no figuran en las estimaciones regionales, pero sí en el total correspondiente a los países desarrollados.

\*\* Cifras basadas en las proyecciones de natalidad de las Naciones Unidas para 1990.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 2ª edición. Ginebra: OMS, 1993.

## 1.2 Definición de los términos

El término «aborto» se aplica a la terminación del embarazo, cualquiera que sea su causa, antes de que el feto esté capacitado para la vida extrauterina. Por «aborto espontáneo» se entiende la terminación de un embarazo sin una intervención deliberada, mientras que se habla de «aborto inducido» o provocado cuando la terminación del embarazo se debe a una intervención hecha deliberadamente con esa finalidad (OMS, 1994). La inducción del aborto puede tener lugar en un entorno médico con garantías jurídicas y sanitarias o bien al margen del sistema oficial de asistencia médica. La falta de garantías de seguridad en un aborto inducido puede deberse al modo de provocarlo; tanto los abortos espontáneos como los inducidos pueden carecer de garantías de seguridad en función de lo que suceda más tarde y de la asistencia que reciba la mujer.

Las mujeres que necesitan un tratamiento de emergencia a causa de las consecuencias de un aborto, tanto espontáneo como provocado, suelen encasillarse bajo el diagnóstico «aborto incompleto». Esta designación, así como la expresión «productos retenidos de la concepción», indica que el embarazo ha dejado de ser viable a causa de la expulsión de ciertos tejidos, pese a que en el interior del útero sigue

habiendo algunos productos de la concepción. Por consiguiente, habrá que evacuar el tejido intrauterino restante a fin de reducir las probabilidades de infección u otras complicaciones graves.

### 1.3 Aborto y características de la clientela

Cualquier mujer sexualmente activa en edad fértil, independientemente de su estado civil, edad, ingresos, grado de instrucción o religión, puede sufrir un aborto espontáneo o provocado en algún momento de su vida. Las mujeres que solicitan un aborto (clandestino o legal) presentan tres rasgos comunes: 1) son sexualmente activas; 2) han hecho patente su determinación de no tener un hijo al producirse el embarazo; y 3) perciben claramente la posibilidad de otro embarazo no deseado. Además, un aborto practicado sin garantías de seguridad puede ser física, emocional y psicológicamente traumático. Como norma general, importa que toda mujer que haya sufrido un aborto sea tratada con el mismo respeto y la misma actitud neutra y desprovista de prejuicios que cualquier otra cliente de la planificación familiar.

### 1.4 Necesidad de asistencia inmediata

En el caso de las mujeres que no desean quedar embarazadas al poco tiempo de un aborto o que, por razones de salud, deben aplazar el embarazo, la necesidad de un buen método anticonceptivo es inmediata, ya que la ovulación sobreviene normalmente a las dos-cuatro semanas del final del embarazo y el 75% de las mujeres ovulan en un plazo de seis semanas (Lahteenmaki, 1993; Lahteenmaki, 1980; Vorherr, 1973; Boyd y Holmstrom, 1972). Por consiguiente, tras un coito no protegido la mujer puede estar de nuevo expuesta a un embarazo no deseado a las pocas semanas de un aborto, incluso antes de que reaparezca la menstruación. Para librar a las mujeres de ese riesgo, los programas deben ofrecerles asesoramiento y servicios, tanto inmediatos (coincidiendo con el tratamiento de las complicaciones) como al poco tiempo del aborto o enviándolas sin demora a un servicio asistencial adecuado.

### 1.5 Servicios básicos

Las mujeres que han tenido un aborto pueden tener acceso a la planificación familiar por conducto de tres tipos de servicios asistenciales: 1) servicios de tratamiento de las complicaciones del aborto; 2) servicios de planificación familiar; y 3) servicios de inducción del aborto. Para garantizar el pleno acceso a la asistencia se requiere una acción coordinada de estos tres servicios.

El personal de los servicios de tratamiento de las complicaciones del aborto y/o de inducción del aborto desempeña un papel sumamente importante a este respecto y, *como mínimo*, deberá dar a las mujeres una información básica sobre el restablecimiento de la fecundidad y sobre la disponibilidad de anticonceptivos inocuos y eficaces.

Siempre que sea posible, habrá que prever asesoramiento y servicios de planificación familiar en conjunción con los procedimientos abortivos y el tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto, a fin de que si la mujer elige un método anticonceptivo pueda empezar a usarlo inmediatamente. Hay casos, sin embargo, en que no es posible iniciar un método en el momento mismo del tratamiento o de la inducción del aborto. Aunque lo mejor es recurrir a los servicios de planificación familiar en estos casos, conviene también que en el mismo centro asistencial las mujeres puedan obtener preservativos, espermicidas y anticonceptivos inyectables u orales.

### Información esencial para todas las mujeres que hayan abortado

- Posibilidad de un embarazo no deseado al poco tiempo del aborto (incluso antes de que reaparezca la menstruación) debido al rápido restablecimiento de la ovulación.
- Disponibilidad de métodos anticonceptivos inocuos y eficaces, tanto en el dispensario mismo como en servicios exteriores, a fin de evitar nuevos embarazos no deseados.
- Disponibilidad y ubicación de servicios locales de planificación familiar para reabastecer a las usuarias y facilitar métodos permanentes o a largo plazo y otras formas de asistencia ulterior.

La información sobre un método y la iniciación del mismo no son más que los primeros pasos en la labor de prevención de embarazos no deseados y consiguientes abortos sin garantías de seguridad. Los servicios de planificación familiar, tanto públicos como privados, son indispensables para que las mujeres aprendan a utilizar correctamente el método elegido, además de facilitar métodos permanentes o a largo plazo y asistencia ulterior y de brindar posibilidades de cambiar de método y de reabastecimiento de anticonceptivos.

En algunos contextos donde los abortos constituyen una práctica lucrativa, el personal dedicado a esta labor suele mostrar poco entusiasmo por la planificación familiar. Sin embargo, tanto ese personal como los administradores de servicios de inducción del aborto están profesionalmente obligados a velar por que las mujeres dispongan de servicios de planificación familiar en conjunción con los de interrupción del embarazo. Ninguno de estos servicios debe tener carácter coercitivo, por lo que a las mujeres que recurran al aborto inducido no se les debe imponer nunca como condición que acepten un método anticonceptivo o de otro tipo.

#### 1.6 Diferencia entre las necesidades de planificación familiar en el postparto y en el postaborto

La planificación familiar postaborto forma parte en muchos países del programa postparto. En la práctica, sin embargo, estos programas se centran en las mujeres que acaban de tener un hijo, desinteresándose de aquellas que sufren complicaciones de un aborto. Además, al combinar la asistencia postparto y postaborto se minimizan o ignoran por completo las diferencias entre esos dos grupos, con lo que se trata el postaborto como si fuera un postparto. Ahora bien, aunque ambas situaciones son semejantes en ciertos aspectos, existen algunos factores que difieren y han de tenerse en cuenta para que el programa sea eficaz. En el cuadro 2 se detallan las diferencias existentes entre la situación de postparto y la de postaborto.

Desde el punto de vista de la planificación familiar, quizá la distinción más importante entre las mujeres en situación de postparto y las que sufren las complicaciones de un aborto sea que estas últimas se enfrentan con un problema médico inmediato y agudo que incluso puede poner en peligro su vida; la mujer con complicaciones de un aborto es a la vez «paciente» por su situación médica inmediata y «cliente» desde el punto de vista de la planificación familiar.<sup>2</sup> Por otra parte, la fecundidad se restablece rápidamente en la situación de postaborto, mientras que tarda en restablecerse en el postparto, sobre todo cuando la mujer da el pecho. Además, las mujeres con complicaciones del aborto sólo suelen recurrir al sistema de salud a efectos de tratamiento, mientras que las nuevas madres lo utilizan con otros fines, como exámenes puerperales y/o consultas de puericultura. Por último, mientras que las nuevas madres

<sup>2</sup> En este contexto, el término «paciente» se aplica a la mujer sometida a una intervención de aborto inducido o al tratamiento de las complicaciones. El término «cliente» se aplica a la mujer que solicita o recibe servicios de planificación familiar o asesoramiento o servicios de planificación familiar postaborto.

suelen contar con un vasto entramado de asistencia familiar y comunitaria, las mujeres que han tenido un aborto casi nunca disponen de ese tipo de ayuda.

Los administradores de programas deben tener presente que la simple existencia de un programa combinado de planificación familiar postparto/postaborto rara vez basta para atender las necesidades de ambos grupos.

### **1.7 Anticoncepción y embarazos no deseados**

Actualmente se dispone de numerosos métodos anticonceptivos eficaces y seguros; sin embargo, y a pesar de que su uso va en aumento, miles de mujeres se enfrentan año tras año con embarazos no deseados. Tanto estos embarazos como los abortos inducidos evocan un fallo en la planificación familiar: fracaso del método anticonceptivo; acceso difícil a los servicios de planificación; o incapacidad del programa para suministrar a las mujeres o a las parejas un método anticonceptivo que les resulte aceptable.

El fracaso del método anticonceptivo puede ser causa de embarazos no deseados; ningún método tiene una eficacia del 100% en todas las circunstancias, y las posibilidades de fracaso anticonceptivo aumentan con el tiempo (Tietze y Bongaarts, 1975; Tietze, 1974). Algunas parejas dejan de utilizar los anticonceptivos por falta de material de repuesto o de asistencia ulterior, mientras que otras no saben utilizar correctamente el método; además, algunas mujeres dejan de utilizar un método porque ellas mismas o su pareja lo consideran inaceptable. Estas situaciones pueden deberse a una disponibilidad limitada de métodos y/o a actitudes del agente o del sistema de salud a favor o en contra de un método determinado. Muchas mujeres se abstienen de ciertos métodos eficaces a causa de trabas médicas que sería fácil evitar (p. ej., práctica de análisis de sangre y/o inserción de los dispositivos intrauterinos (DIU) exclusivamente en el momento de la menstruación).

A medida que aumenta el número de mujeres y parejas que desean regular su fecundidad pero no disponen de ningún método anticonceptivo eficaz, aumenta también la incidencia de embarazos no deseados y de abortos. Así pues, tanto el personal de asistencia al aborto como el de planificación familiar deberán tener presente que los embarazos no deseados pueden ser el resultado de situaciones muy diversas. Incluso las mujeres que utilizan un método anticonceptivo pueden encontrarse en algunos casos con un embarazo no deseado. Los programas de planificación familiar postaborto deben mostrar a la mujer los factores de planificación familiar que han dado lugar al embarazo no deseado y ayudarla a establecer una estrategia para evitar que vuelvan a plantearse. Los administradores de los programas deberán preocuparse en especial de la falta de acceso a la planificación familiar, los obstáculos médicos que dificultan el empleo de anticonceptivos y la necesidad de un buen asesoramiento. Aunque el mejoramiento de los servicios de planificación familiar reducirá mucho la incidencia de embarazos no deseados y abortos inducidos, sigue siendo indispensable que las autoridades adopten políticas nacionales apropiadas y establezcan servicios que aborden de manera sensible y humana el problema del fracaso anticonceptivo.

**Cuadro 2**  
**Factores que influyen en la planificación familiar postparto y postaborto**

Postparto	Postaborto
<b>Sistema de salud</b>	
Mayores posibilidades de asesoramiento y asistencia gracias a los múltiples contactos de las mujeres con el sistema de salud.	Posibilidades mínimas de asesoramiento y asistencia debido a que las mujeres sólo suelen tener un único contacto con el sistema de salud; son pocas las que vuelven para recibir asistencia ulterior
Puede haber servicios de planificación familiar en la propia maternidad o clínica obstétrica	La asistencia tiene lugar en un departamento de urgencias o de ginecología donde no se prestan normalmente servicios de planificación familiar
Es fácil identificar a las mujeres durante el postparto a efectos de planificación familiar ulterior	Es difícil identificar a las mujeres durante el postaborto a efectos de planificación familiar ulterior
Asistencia orientada a la prevención	Asistencia de orientación curativa, centrada en la situación crítica
El personal muestra típicamente una actitud favorable a la madre	El personal muestra a menudo una actitud indiferente y a veces hostil a las mujeres que han tenido un aborto
<b>Factores clínicos</b>	
Restablecimiento tardío de la menstruación, especialmente si la mujer da el pecho	Restablecimiento rápido de la ovulación y la menstruación
La lactancia impide el empleo de ciertos métodos hormonales	Las complicaciones de un aborto sin garantías de seguridad pueden influir en la elección del método o en el momento de aplicarlo
<b>Factores psicosociales y culturales</b>	
La mujer se identifica como madre	Apenas se conocen las percepciones de la mujer sobre sí misma y su experiencia del aborto
La sociedad apoya a las madres	La sociedad presta poco apoyo tras el aborto
Algunas prácticas postparto retrasan el riesgo de un embarazo próximo	Apenas se conocen las prácticas tras el aborto
Está confirmado el papel societal en la fecundidad	No está confirmado el papel societal en la fecundidad
Las mujeres pueden percibir el riesgo de embarazo ulterior y evitarlo	Las mujeres no advierten a veces el restablecimiento casi inmediato de la fecundidad

Fuente: Benson, J. et al. *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions*. Carrboro, NC: IPAS, 1992.

## **1.8 Qué pueden hacer los servicios de tratamiento de emergencia del aborto**

La asistencia de planificación familiar facilitada al mismo tiempo que el tratamiento de emergencia de las complicaciones de un aborto es netamente preferible a la que se presta en un contacto ulterior o en otro centro asistencial, pero plantea problemas especiales al personal. El tratamiento de las complicaciones del aborto, por ejemplo, puede representar para la mujer la única ocasión o una de las pocas ocasiones que tiene de contacto con el sistema de salud; por consiguiente, el personal del servicio debe aprovechar esta ocasión excepcional para atender sus necesidades. Por otra parte, no es fácil prestar servicios preventivos, en particular los de planificación familiar, en una situación de emergencia, especialmente si el acto terapéutico no está coordinado con la labor de planificación.

Trabajando en estrecho contacto con el personal clínico de planificación familiar, el administrador del programa podrá encontrar la manera más eficaz y eficiente de utilizar los recursos con miras a integrar los servicios de planificación en el marco terapéutico. Para ello puede ser necesario ponerse de acuerdo con los responsables de la planificación a fin de que en los dispensarios de planificación familiar se traten las complicaciones del aborto o el personal clínico se ocupe sistemáticamente de los casos de aborto en el servicio de urgencias. Los administradores deberán cerciorarse también de que las mujeres están bien informadas de los medios de planificación familiar existentes en sus comunidades, a fin de que puedan recabar la asistencia disponible. En el capítulo 6 se da información detallada a este respecto y se hacen sugerencias sobre la prestación de servicios de planificación familiar en el contexto del tratamiento de emergencia del aborto.

## **1.9 Qué pueden hacer los servicios de planificación familiar**

Los administradores de los programas de planificación familiar se encuentran muy bien situados para facilitar a las mujeres que han tenido un aborto asesoramiento y métodos de planificación familiar, así como la asistencia que necesiten. Lo primero que hay que hacer para garantizar la planificación familiar postaborto es coordinar la labor de los servicios de planificación y la de los de tratamiento de emergencia del aborto. En los países donde existen programas oficiales de inducción del aborto los administradores de servicios de planificación familiar deberán tratar de vincular sus propios programas con los de aborto inducido.

Los programas típicos de planificación familiar están especialmente orientados a identificar y atender las necesidades desatendidas en este sector. Como las mujeres que han tenido abortos constituyen un grupo cuyas necesidades de planificación familiar están claramente desatendidas, los dispensarios de planificación familiar constituyen una posible ubicación del tratamiento del aborto incompleto o de la inducción del aborto. En algunos países es posible tratar las complicaciones del aborto en esos dispensarios, siempre que estén abiertos día y noche, se disponga de personal competente y medios apropiados, y exista un buen sistema de envío de casos. Además de aumentar las posibilidades de someterse a un aborto con garantías de seguridad (en los países donde la inducción del aborto no es ilegal) los servicios brindados a este respecto por los dispensarios de planificación familiar ofrecen a las mujeres más facilidades para obtener asesoramiento sobre la planificación postaborto, así como servicios y oportunidades de asistencia especializada. En el capítulo 7 se da información detallada al respecto y se hacen sugerencias sobre la prestación de servicios de planificación postaborto en los centros de planificación familiar.

## **1.10 Qué pueden hacer los servicios de inducción del aborto**

La mayor parte de las mujeres que solicitan un aborto desean poner fin a un embarazo imprevisto o no deseado, lo que equivale a decir que están interesadas en regular su fecundidad. Análogamente, las

mujeres que solicitan servicios de regulación menstrual (RM)<sup>3</sup> pueden estar expuestas a un embarazo no deseado. Las mujeres que se someten a un aborto por razones terapéuticas pueden desear también prevenir un futuro embarazo que pudiera poner en peligro su salud. Por último, algunas mujeres se inclinan por el aborto porque no consideran aceptable ni eficaz ninguno de los métodos anticonceptivos disponibles en el ámbito local. En todos esos casos, las mujeres presentan necesidades concretas en materia de anticoncepción a las que hay que atender.

En general se acepta que el asesoramiento sobre planificación familiar es un elemento esencial de los servicios de inducción del aborto. Teniendo en cuenta su carácter opcional, esta intervención ofrece a menudo posibilidades suplementarias de brindar servicios de planificación familiar. Sin embargo, los administradores de programas deben tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en situaciones de aborto inducido o de RM a fin de ofrecerles un asesoramiento y unos servicios realmente eficaces. En el capítulo 8 se da información detallada a este respecto y se hacen sugerencias sobre la prestación de servicios de planificación familiar en los centros de inducción del aborto.

### 1.11 Enfoque integral del problema

Todas las mujeres, cualquiera que sea su edad, su estado civil o su origen étnico, deben tener las mismas posibilidades de acceso a los programas de planificación familiar postaborto. En estos programas habrá que tener en cuenta una amplia gama de preocupaciones femeninas en materia de salud, por ejemplo el tratamiento de las infecciones del aparato genital (IAG),<sup>4</sup> los cuidados prenatales o la investigación y el tratamiento de la esterilidad. Importa que tanto las autoridades políticas como los administradores y el personal de los programas adopten un enfoque integral de la salud reproductiva (inclusive la planificación familiar postaborto) a fin de limitar las consecuencias de los abortos sin garantías de seguridad y mejorar la salud de las mujeres y sus parejas, brindándoles una maternidad sin riesgo. El personal de planificación familiar no puede ignorar los problemas relacionados con el uso y el fracaso de los anticonceptivos, los embarazos no deseados, los abortos con y sin garantías de seguridad y el riesgo ulterior de embarazo. Los servicios de tratamiento de emergencia del aborto no sólo deben atender las complicaciones de los abortos sin garantías de seguridad sino también las necesidades de las mujeres en materia de servicios preventivos de planificación familiar. Por último, el personal de los servicios de inducción del aborto y RM deberá asumir la responsabilidad de asesorar a sus pacientes sobre planificación familiar y brindarles los servicios correspondientes.

---

<sup>3</sup> Aunque la definición varía de unos países a otros, la expresión «regulación menstrual» se aplica por lo general a la evacuación temprana del útero, en caso de retraso de la regla, a menudo sin confirmar la gestación mediante una prueba de embarazo.

<sup>4</sup> Muchas IAG son de transmisión sexual.

## Bibliografía del capítulo 1

Benson, J. et al. *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions*. Carrboro, NC: IPAS, 1992.

Boyd, E.F. Jr. y Holmstrom, E.G. Ovulation Following Therapeutic Abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4):469, 1972.

Henshaw, S.K. y Morrow, E. *Induced Abortion: A World Review, 1990 Supplement*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 1990.

Lahteenmaki, P. Postabortal Contraception. *Annals of Medicine*, 25:185-189, 1993.

\_\_\_\_\_. Return to Ovulation after Abortion and after Discontinuation of Oral Contraceptives. *Fertility and Sterility*, 34(3):246-249, 1980.

Organización Mundial de la Salud. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 2ª edición. Ginebra: OMS, 1993.

Organización Mundial de la Salud. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: OMS, 1995.

Organización Mundial de la Salud. *Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud reproductiva: Guía para los facilitadores*. WHO/ADH/93.3, Ginebra: OMS, 1993.

Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF, titulada Salud reproductiva de los adolescentes: estrategia para la acción, Ginebra: OMS, 1989; y Health of Youth: a challenge and a promise, Ginebra: OMS, 1993.

Paxman, J.M. et al. The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America. *Studies in Family Planning*, 24(4):205-226, 1993.

Salter C, Johnston H.B. y Hengen N. New Directions in Emergency care: Saving Women's Lives. *Population Reports*, Series L, No. 10. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, octubre de 1996.

Tietze, C. The "Problem" of Repeat Abortions. *Family Planning Perspectives*, 6(3):148-150, 1974.

Tietze, C. y Bongaarts, J. Fertility Rates and Abortion Rates: Simulations of Family Limitations. *Studies in Family Planning*, 6(5):114-120, 1975.

Vorherr, H. Contraception after Abortion and Post Partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(7):1002, 1973.

Wolf, M. y Benson J. Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement, 1994.



## CAPÍTULO 2

### CALIDAD DE LA ASISTENCIA

#### 2.1 Introducción

Los servicios de planificación familiar postaborto se deben diseñar, prestar, administrar y evaluar en función de las necesidades, los intereses y las perspectivas de la clientela. El administrador del programa debe proponerse como objetivo ayudar a las clientas a regular su fecundidad de manera segura y eficaz. Tanto los administradores y agentes del programa como los responsables políticos deberán tener en cuenta que un programa de planificación familiar puede contribuir a la aparición de embarazos indeseados si no tiene la calidad debida (p. ej., disponibilidad limitada de métodos, asesoramiento deficiente o interacciones negativas entre el personal y la clientela). Los agentes del programa no deben ignorar hasta qué punto la experiencia de un aborto afecta a las mujeres y a sus parejas. Importa también que comprendan cómo las mujeres perciben la asistencia recibida, es decir la medida en que están satisfechas o insatisfechas de los servicios.

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo especial por definir los componentes de la calidad asistencial, integrar en la gestión un criterio de calidad y encontrar indicadores e instrumentos para evaluar esa calidad. Judith Bruce (1989) ha analizado los elementos de calidad en la oferta de planificación familiar, mientras que Leonard y Winkler (1991) han abordado el problema de la calidad en relación con el tratamiento del aborto. También en un documento de la OMS (*Improving Access to Quality Care in Family Planning*, WHO/FRH/FPP/96.9) se facilita información apropiada para revisar las políticas y prácticas de planificación familiar de acuerdo con criterios médicos de idoneidad, actualizados a la luz de las últimas novedades científicas. Por último, Benson y sus colaboradores (1992) han modificado el esquema de Bruce (1989) para abordar los problemas propios de la planificación familiar postaborto.

En primer lugar, hay que cerciorarse de que los servicios de planificación familiar postaborto son seguros y eficaces. El administrador deberá entonces centrar su atención en la asistencia prestada mediante esos servicios. En el presente capítulo se identifican los elementos de calidad asistencial en la planificación familiar postaborto, clasificándolos del siguiente modo:

- momento adecuado para el asesoramiento y la prestación del servicio;
- elección del método;
- información y asesoramiento;
- competencia técnica;
- relaciones interpersonales; y
- continuidad por vinculación de los servicios.

#### 2.2 Momento más adecuado para el asesoramiento y la prestación del servicio

Se ha discutido mucho cuál es el mejor momento para proponer la planificación familiar a las mujeres tras un aborto. ¿Hay que brindar ya ese servicio en el curso del tratamiento de las complicaciones o es preferible dejarlo para más tarde? Es probable que, tras el embarazo no deseado y el aborto, la mujer se encuentre nerviosa y dolorida y el tratamiento de las complicaciones tenga lugar en un agitado servicio de urgencias sin espacio ni privacidad para el asesoramiento. Evidentemente, ni el lugar ni el momento son los más adecuados para aconsejarla ni para que ella pueda tomar decisiones fundadas en materia de planificación familiar. Por otra parte, si la mujer sale del hospital sin estos consejos y ayuda, pronto se verá confrontada con el restablecimiento rápido de la fecundidad y la posibilidad de un nuevo embarazo no deseado.

La elección del momento más adecuado para el asesoramiento y los servicios de planificación familiar postaborto exige una cuidadosa evaluación de las tres condiciones siguientes:

- **Protección anticonceptiva frente a la posibilidad inmediata de un embarazo no deseado.** Si la mujer no quiere quedar embarazada, ella misma o su pareja deberán utilizar un anticonceptivo eficaz tan pronto como reinicien sus relaciones sexuales.
- **Asesoramiento satisfactorio que ayude a la mujer a tomar sus propias decisiones sobre planificación familiar y a elegir un método eficaz mientras persevere en su decisión de evitar el embarazo.** La decisión de utilizar un método anticonceptivo, particularmente si se trata de un método permanente o a largo plazo, deberá tomarla cuando hayan desaparecido los dolores o el nerviosismo.
- **Posibilidad de aprovechar la ocasión disponible.** Aun admitiendo que el momento del tratamiento no sea el mejor para asesorar a la mujer, ¿habrá otras ocasiones de brindarle consejos o servicios? ¿Tendrá ésta, en caso de que abandone el hospital sin asesoramiento y asistencia de planificación familiar, ocasión de recibirlos más tarde? ¿Podrá ésta verse privada de los servicios disponibles a causa de alguien o de alguna circunstancia?

La respuesta a la pregunta sobre el mejor momento para brindar asesoramiento y servicios en materia de anticoncepción depende de las características de cada mujer y de las posibilidades del centro de salud. Evidentemente, ningún centro con medios adecuados para tratar las complicaciones del aborto puede ignorar la necesidad de dar asistencia de planificación familiar a las clientas. En muchos centros las mujeres con complicaciones del aborto pueden tener acceso a toda clase de servicios de planificación familiar, mientras que en otros puede haber más limitaciones y quizá no sea posible asesorar plenamente a las clientas en curso de tratamiento. Ahora bien, en todos ellos habrá que darles como mínimo, antes del alta, la información siguiente:

- el restablecimiento rápido de la ovulación puede entrañar un riesgo de embarazo no deseado al poco tiempo del aborto, e incluso antes de que reaparezca la menstruación;
- la disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces para evitar nuevos embarazos no deseados, tanto en el centro mismo como en un centro de envío de casos; y
- la existencia y la ubicación de servicios locales de planificación familiar para reponer el material, iniciar la aplicación de un método permanente o a largo plazo u obtener otros tipos de asistencia ulterior.

En los centros donde las mujeres pueden optar por el aborto se les debe ofrecer siempre asesoramiento y métodos de planificación familiar postaborto en el marco de un plan unificado de tratamiento y prevención de ulteriores embarazos no deseados; sin embargo, no se debe condicionar el aborto a que la interesada acepte la anticoncepción o un método anticonceptivo determinado.

Si la mujer no desea volver a quedar embarazada inmediatamente pero rechaza un método de planificación familiar en el momento del tratamiento, habrá que invitarla a volver, dándole una cita para la consulta o indicándole los servicios anticonceptivos disponibles en su comunidad.

### 2.3 Elección del método

Se ha comprobado que, cuando se da a las mujeres la posibilidad de elegir el método, sus opciones difieren a menudo en gran medida de las hechas a su intención por el personal de salud (Piotrow, 1993). También se ha visto que la mujer tiende a utilizar de manera más eficaz y segura los métodos anticonceptivos cuando tiene la posibilidad de elegirlos, está bien informada sobre los mismos y

selecciona el más adecuado para sus necesidades (Piotrow, 1993). Por otra parte, una oferta limitada de métodos puede dar lugar a embarazos no deseados, ya que las mujeres pueden dejar de utilizar métodos que a ellas y/o a sus parejas les parezcan inaceptables. Así pues, en todos los programas de planificación familiar, pero especialmente en los de postaborto, habrá que ofrecer una amplia gama de métodos a fin de poder atender las diversas y variables necesidades de las usuarias.

No hay ninguna razón médica para limitar el número de opciones anticonceptivas a las mujeres que optan por el aborto o presentan complicaciones postaborto. Tras el aborto puede tenerse en cuenta toda clase de métodos, siempre que se preste la debida atención al estado clínico de cada mujer, se evalúen correctamente las contraindicaciones del método y se asesore adecuadamente a la interesada (véase el capítulo 3). La idoneidad de cada método para cualquier mujer está determinada por el estado médico de ésta, sus preferencias y su capacidad para utilizarlo, así como de las posibilidades de asistencia ulterior.

En muchos sitios, la gama de anticonceptivos por los que puede optar una mujer tras un aborto se ve limitada por la ignorancia del personal asistencial respecto al empleo postaborto de ciertos métodos o por prejuicios relativos al propio método o a su empleo postaborto. El sistema de salud también puede limitar la gama de métodos aplicables tras un aborto por distintas razones, en particular la falta de información, las cuotas y los protocolos médicos incorrectos; así, por ejemplo, si se aplican en la situación postaborto los protocolos relativos al postparto, cabe la posibilidad de que tras un aborto la mujer se vea privada del método anticonceptivo elegido a causa de una recomendación basada en la lactancia o el tamaño del útero en el puerperio. Estos factores restringen innecesariamente las opciones de las mujeres que desean evitar un nuevo embarazo no deseado.

El «consentimiento informado» se basa en el principio de que es la clienta, y no el agente de salud, quien debe decidir en función de su situación si desea utilizar o no un método anticonceptivo y, en caso afirmativo, qué método prefiere, fundándose en una evaluación correcta de la información pertinente.<sup>5</sup> La función del agente de salud consistirá en informar objetivamente a la mujer sobre los riesgos, ventajas, efectos secundarios y utilización correcta de todos los métodos disponibles o de los que la interesen, ayudándola a identificar los factores de su vida que pueden influir en el éxito de la anticoncepción.

## 2.4 Información y asesoramiento

La información y el asesoramiento postaborto sobre planificación familiar deben comprender todas las prestaciones de un buen servicio de planificación familiar (cuadro 3). Además, gracias al asesoramiento postaborto, la mujer debe estar en condiciones de identificar y abordar los factores que conducen a un embarazo no deseado. El objetivo es suministrar a las mujeres toda la información sobre planificación familiar que necesitan para poder elegir por sí mismas el método más acorde con sus necesidades. Todas las mujeres tratadas por complicaciones de un aborto o sometidas a un aborto inducido deben conocer perfectamente la información mínima que se facilita a esas pacientes (véase la sección 1.5 del capítulo 1). Además, las primeras deberán conocer también las consecuencias que puede tener el aborto en su capacidad reproductiva futura.

---

<sup>5</sup> «Por consentimiento informado se entiende el acuerdo de la clienta para utilizar un anticonceptivo o someterse a una intervención médica... voluntariamente y con pleno conocimiento de los datos pertinentes. Este concepto se acompaña a menudo de un formulario de consentimiento informado, utilizado por lo común para dejar constancia del acuerdo de la interesada, si bien la firma de este documento no garantiza necesariamente el consentimiento informado. El documento de consentimiento informado no constituye una prueba irrefutable de que la interesada haya dado su consentimiento libremente y con pleno conocimiento de causa, ya que puede haber firmado el formulario por ignorancia, presionada o mal informada. Como el formulario de consentimiento informado sirve para acreditar el conocimiento y la libre elección de la clienta una vez tomada la decisión, el documento no debe cumplimentarse hasta que se llegue a las últimas fases del asesoramiento, se hayan examinado las necesidades, opciones y sentimientos de la clienta y ésta haya hecho su opción. La simple satisfacción de los requisitos de este documento no reemplaza al asesoramiento.» (Neamatalla y Harper, 1990).

A las mujeres que deseen evitar o retrasar el embarazo se les debe informar sobre una diversidad de métodos, lo cual no implica que cada mujer necesite una información detallada sobre cada método; lo que importa es que sepa que tanto ella como su pareja tienen a su disposición diversos métodos (permanentes, a corto y a largo plazo, así como métodos que protegen contra las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH [ETS/VIH]). Si una mujer, por ejemplo, manifiesta interés por los inyectables - quizá porque conoce a alguien que utiliza ese método - puede ser conveniente informarla sobre otros métodos hormonales. Así pues, además del asesoramiento ordinario habrá que prever una información especializada de este tipo en respuesta al interés expresado por cada clienta.

### Cuadro 3 Elementos de un buen servicio de asesoramiento sobre planificación familiar

- Las necesidades de la clientela tienen carácter prioritario.
- El objetivo es que las clientas puedan tomar decisiones libres, ponderadas y con conocimiento de causa.
- Delimitación clara de las funciones de cada miembro del personal asesor.
- Adiestramiento correcto de los asesores y de sus supervisores.
- Ubicación del asesoramiento en locales confortables que preserven el carácter confidencial y la privacidad de la clientela.
- Material informativo apropiado y adiestramiento de los asesores para utilizarlo.
- Sistema de registro sencillo y fácil de mantener, pero que aporte al programa toda la información necesaria para vigilar la calidad del asesoramiento.
- Supervisión regular de los asesores, orientada más a mejorar su labor que a criticarla.
- Respaldo total de los asesores por parte de los responsables políticos y administradores del programa de planificación familiar, expresado por una asignación adecuada de recursos para adiestramiento, supervisión, locales y material.
- Encuestas periódicas sobre la labor de asesoramiento (p. ej., para evaluar los conocimientos y el grado de satisfacción de la clientela) en el marco del programa, con objeto de vigilar la buena marcha del sistema.

Fuente: Neamatalla, G. S. y Harper, P. B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*. Nueva York: Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.

El asesor debe interrogar a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos que puedan haber utilizado ya. Esto es especialmente importante cuando la clienta ha tenido un aborto. Conviene prestar particular atención a las mujeres que estaban utilizando algún método cuando se quedaron embarazadas. Si la mujer opta por el mismo método tras el aborto, el asesor deberá buscar posibles factores conflictivos e informarla sobre el buen uso del método o proponerle otro. Si la mujer no estaba usando ningún método anticonceptivo cuando se quedó embarazada, importa saber por qué. Aunque algunos embarazos no deseados se deben al fracaso del propio método, en otros casos la mujer puede haberse quedado embarazada por haberlo utilizado incorrectamente. Otra posibilidad es que la mujer haya dejado de usar un método por no soportar los efectos secundarios o por no encontrar material de repuesto. Para ayudar a las mujeres a encontrar un método que puedan utilizar correctamente *es necesario* revisar la experiencia anticonceptiva de cada una de ellas.

Casi todos los agentes de salud pueden asesorar en mayor o menor medida si reciben el adiestramiento necesario. Los administradores pueden organizar un adiestramiento para los miembros del personal que vayan a estar en contacto con mujeres en situación de postaborto. Todos los asesores deben estar bien informados sobre los recursos de planificación familiar existentes en el entorno comunitario de las clientas. La mayor parte de éstas viven en la vecindad de dispensarios, pero algunas tienen que recorrer

grandes distancias para recibir asistencia y es poco probable que repitan la visita. Importa pues que los asesores tengan un conocimiento actualizado de los servicios públicos y privados de planificación familiar, tanto en la comunidad local como en las más distantes, a fin de que puedan orientar con precisión a sus clientas sobre sus posibilidades de asistencia ulterior en el establecimiento más adecuado.

## 2.5 Competencia técnica

La expresión «competencia técnica» se utiliza aquí en el sentido de capacidad colectiva de todos los miembros del equipo sanitario para desempeñar las tareas de asesoramiento y las prestaciones de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto. La competencia técnica es parte integrante de la calidad de los servicios, ya que constituye la garantía básica de seguridad de éstos.

La piedra angular de la competencia técnica son los conocimientos y la pericia de cada miembro del personal; sin embargo, esto no es por sí sólo un «seguro» de competencia. Entre los mecanismos que aseguran la competencia técnica de todo el personal figuran el adiestramiento y la supervisión, las estadísticas de vigilancia y revisión del servicio, el establecimiento y la observancia de protocolos adecuados y la buena información del personal sobre la labor que realiza y los resultados obtenidos. En la prestación de servicios de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto suelen participar tanto los agentes de planificación familiar como los encargados del tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto. Los primeros deben conocer bien los aspectos esenciales del tratamiento y la repercusión de las complicaciones del aborto en el uso de métodos anticonceptivos, además de las modalidades de prestación de servicios de planificación familiar. A su vez, el personal dedicado al tratamiento de emergencia de abortos, que normalmente actúa con un criterio curativo, deberá adoptar una actitud más preventiva a fin de brindar una buena asistencia postaborto en materia de planificación familiar, para lo cual habrá que darle además un adiestramiento específico sobre asesoramiento, metodología y envío de casos a otros servicios.

Para evitar que se prive sin motivo a las mujeres de métodos adecuados o que se les faciliten otros que no lo son habrá que mantener al día los protocolos de prestación de servicios. En las directrices sobre planificación familiar postaborto habrá que tener en cuenta la situación clínica y fisiológica de las mujeres que han tenido abortos. El personal necesitará probablemente un adiestramiento inicial seguido de una formación permanente sobre el empleo postaborto de métodos anticonceptivos. Los administradores podrán mejorar el grado de competencia técnica cerciorándose de que los protocolos son pertinentes, que el personal los entiende y aplica y que ellos mismos supervisan la prestación de los servicios.

## 2.6 Relaciones interpersonales

Todas las personas que solicitan servicios de salud, tanto curativos como preventivos, deben ser tratadas profesionalmente y sin prejuicios. Las actitudes del personal influyen profundamente en la interacción con la clientela, así como en el asesoramiento y en la selección de los métodos. No es raro que un miembro del personal prejuzgue a las mujeres que han tenido un aborto, en función de sus propios sentimientos y creencias sobre las personas que quieren abortar o sobre el propio aborto. La actitud hostil hacia las mujeres a las que se ha provocado un aborto puede estar muy extendida en los países donde esta intervención está restringida por la ley, pero también se observa en zonas con una legislación más liberal. Importa pues que el personal asistencial tenga presente que esas mujeres necesitan y tienen derecho a recibir asistencia en relación con el aborto, así como servicios de planificación familiar en el marco de la atención de salud. Sus opiniones personales no deben ir en detrimento de su capacidad de prestar la asistencia sin prejuicio alguno. También deberán comportarse sin prejuicios en la interacción con todas las pacientes, cualesquiera que sean su edad, estado civil u origen étnico, e independientemente de que hayan abortado por primera vez o en repetidas ocasiones. El asesoramiento sobre planificación familiar requiere un intercambio abierto de información a fin de que la mujer pueda elegir el método más

apropiado para su situación individual. Esta comunicación resulta imposible si el personal trata con prejuicios a la clientela.

## **2.7 Continuidad por vinculación de los servicios**

La continuidad de la asistencia debe ser un objetivo de todos los servicios de planificación familiar. Este principio implica que las mujeres pueden recurrir a diversos servicios en función de sus necesidades especiales en materia de salud reproductiva y planificación familiar. La continuidad de la asistencia exige que el sistema de salud y el personal asistencial traten a la mujer como un individuo, atendiendo por igual sus necesidades físicas y emocionales en el campo de la salud reproductiva. Importa en particular que el personal de salud y los administradores de programas estén al tanto de los servicios disponibles en la comunidad y de las trabas que vedan el acceso a esos servicios, a fin de reducirlas en lo posible.

La prestación de servicios de planificación familiar postaborto no termina cuando la mujer ha elegido un método y empieza a usarlo. La continuidad implica el acceso permanente a unos servicios y suministros que permitan a las mujeres perseverar en el empleo del método elegido, recibir un tratamiento ulterior en caso de complicaciones, hacer frente a las preocupaciones que pueda suscitar el método, interrumpir el empleo de éste o cambiarlo por otro. Para establecer la continuidad sobre una base sólida, habrá que remitir a las mujeres a un dispensario de planificación familiar u otro establecimiento análogo próximo a su domicilio.

Importa que el personal de salud pueda también facilitar una amplia gama de servicios o enviar los casos a un centro idóneo. Entre los servicios prestados pueden figurar el diagnóstico y el tratamiento de las IAG y las ETS/VIH, la detección del cáncer, los cuidados prenatales, el tratamiento de la esterilidad y los servicios sociales correspondientes.

## Bibliografía del capítulo 2

Benson, J. et al. Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions, *Issues in Abortion Care*, 2. Carrboro, NC: IPAS, 1992.

Bruce, J. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Sample Framework. *Working Papers No. 1*. Nueva York: The Population Council, 1989.

Leonard, A.H. y Winkler, J. A Quality of Care Framework for Abortion Care. *Advances in Abortion Care*, 1(1). Carrboro, NC: IPAS, 1991.

Neamatalla, G.S. y Harper, P.B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*, Nueva York: Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.

Piotrow, P.T. Counselling for Better Contraception. *Integration*, 37(septiembre):26-31, 1993.



## CAPÍTULO 3

### PROBLEMAS CLÍNICOS

#### 3.1 Introducción

Los problemas clínicos de la planificación familiar postaborto presentan muchos aspectos comunes con los que plantea la planificación familiar en otros contextos. Todos los requisitos de la planificación familiar general son aplicables también en la planificación familiar postaborto. He aquí esos requisitos:

- elección con conocimiento de causa;
- evaluación de los factores de riesgo;
- elección del método;
- asesoramiento; y
- mantenimiento apropiado de los métodos permanentes y a largo plazo y de la asistencia ulterior.

También habrá que aplicar criterios de idoneidad en la utilización de los métodos. El hecho de que se vincule la planificación familiar al tratamiento del aborto no exime al personal asistencial de su obligación de proporcionar unos servicios de planificación de la máxima calidad.

Además de atenerse a los requisitos de la planificación familiar general, los administradores deberán tener presente que las mujeres que han tenido un aborto necesitan ciertas modalidades de planificación que difieren de las de la clientela femenina en general; a su vez, el personal asistencial tendrá que esforzarse en atender esas necesidades. En este capítulo examinaremos los factores que ocupan una posición única o central en la planificación familiar postaborto y daremos detalles sobre aquellos que han de tenerse presentes al evaluar la situación y las necesidades individuales de cada mujer.

#### 3.2 Problemas clínicos e individuales

Las mujeres con complicaciones de un aborto difieren de casi todas las usuarias de la planificación familiar por la situación médica concreta en que se encuentran. La mayor parte de ellas serán diagnosticadas de aborto incompleto, pero algunas pueden presentar además complicaciones postaborto graves que pongan en peligro su vida. Las complicaciones más importantes son las siguientes.

- infecciones, que pueden variar desde la infección pelviana localizada a la sepsis generalizada (aparte de que no puede excluirse una infección que esté todavía en desarrollo y no dé síntomas);
- lesiones, en particular pequeños desgarros, perforación uterina y traumatismos intrabdominales que exigen un tratamiento quirúrgico inmediato;
- hemorragias o pérdidas importantes de sangre por la vagina; y
- estado de choque.

Tras un aborto sin complicaciones en el primer trimestre, todos los métodos, a excepción de la planificación familiar natural (ritmo, coito interrumpido) son aplicables de inmediato. Incluso en caso de complicaciones, la mayor parte de las mujeres pueden elegir entre una amplia gama de métodos. Tanto el personal asistencial como los administradores deben conocer bien las relaciones entre los estados

clínicos y el empleo de los distintos métodos anticonceptivos, habida cuenta de que el uso de protocolos en la planificación familiar postaborto no restringe innecesariamente el acceso de la mujer al método que prefiera.

### 3.3 Restablecimiento rápido de la fecundidad

Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. La planificación familiar plantea pues un problema inmediato. En el caso del aborto espontáneo, la interesada quizá desee volver a quedar embarazada rápidamente, y a menos que haya algún problema médico (p. ej., abortos espontáneos de repetición, anemia nutricional o hemorragias uterinas irregulares que exijan una investigación de esterilidad u otras pruebas) el personal de salud no tiene motivo alguno para desaconsejárselo. Ahora bien, en la mayoría de los casos el aborto inducido traduce el deseo de no volver a quedar embarazada en un próximo futuro. Aunque muchas no quieran quedar embarazadas inmediatamente, es posible que algunas mujeres se resistan a tomar una decisión sobre planificación familiar durante el tratamiento del aborto, mientras que otras quizá elijan métodos que no pueden aplicarse de inmediato por razones clínicas o de otro tipo. A estas últimas habrá que sugerirles un método provisional, además de encaminarlas a un servicio en donde puedan abastecerse o reabastecerse del material necesario para un método permanente o a largo plazo.

#### **Restablecimiento fisiológico de la fecundidad tras un aborto**

Las investigaciones sobre los niveles hormonales en el embarazo y la ovulación muestran que las hormonas gravídicas desaparecen rápidamente y que el ciclo de producción hormonal que pone en marcha la ovulación se restablece rápidamente tras un aborto. El 75% de las mujeres ovulan en el curso de las seis semanas siguientes al aborto. A menudo la ovulación sobreviene a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro tras un aborto del segundo trimestre (Boyd y Holstrom, 1972; Vorherr, 1973; Lahteenmaki, 1980; y Lahteenmaki, 1993).

Concretamente, tras una terminación del embarazo en el primer trimestre, los niveles estrogénicos y progesterogénicos descienden a los pocos días del aborto hasta las cifras pregravídicas (Lahteenmaki, 1993). También otros niveles hormonales se reequilibran muy pronto tras el aborto: la respuesta del ovario a la hormona foliculoestimulante (FSH) se produce a los 4-9 días, mientras que la gonadotropina coriónica humana (HCG) es algo más lenta, desapareciendo en un plazo de 38 días. Estos reajustes hacen que la ovulación se produzca ya a las 2-3 semanas de la terminación (Lahteenmaki, 1993); Vorherr, 1973). En cambio, el restablecimiento postparto de la fecundidad se demora por término medio unos 4-6 meses cuando la mujer da el pecho (Vorherr, 1973).

### 3.4 Recomendaciones clínicas postaborto

El personal asistencial debe familiarizarse con las precauciones aplicables a todas las mujeres que han tenido un aborto o que reciben tratamiento por presentar complicaciones:

- el tratamiento de los estados agudos o graves constituye una prioridad absoluta para el personal encargado del tratamiento de las complicaciones del aborto;
- una vez estabilizado el estado médico de la paciente podrá abordarse el problema de la anticoncepción;
- debe aplazarse el acto sexual hasta que cese la hemorragia y desaparezcan los signos de infección (si los hubiere) y otras complicaciones;

- la mujer debe solicitar inmediatamente asistencia médica si aparecen ciertos signos de alarma: flujo vaginal maloliente, dolor abdominal intenso, hemorragia continua o fiebre alta. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la complicación suscitará un sentimiento general de confianza en la asistencia postaborto;
- hay que aplicar los criterios de idoneidad correspondientes a cada método anticonceptivo;
- después de un aborto hay que tomar en consideración todos los métodos anticonceptivos, siempre y cuando la clienta haya sido correctamente seleccionada y esté en condiciones de elegir con conocimiento de causa;
- si la mujer opta por la planificación natural de la familia (PNF), tendrá que esperar hasta que se restablezca el ciclo menstrual normal.

### 3.5 Uso de anticonceptivos en presencia de complicaciones clínicas

Al evaluar los métodos que puedan resultar más apropiados para cada persona habrá que tener en cuenta los problemas clínicos planteados por el aborto o por las complicaciones de un aborto practicado sin garantías de seguridad. La asistencia prestada no le servirá a la mujer para evitar futuros embarazos no deseados a menos que la decisión clínica se base en sus necesidades individuales (Leonard y Ladipo, 1994). Así pues, todos los miembros del personal asistencial deben tener en cuenta las características clínicas de cada mujer sometida a un tratamiento de emergencia postaborto (véanse las secciones 3.5.1-3.5.3). En el anexo 1 se presenta una sinopsis de métodos anticonceptivos, con recomendaciones sobre su empleo en situaciones postaborto (Leonard y Winkler), mientras que en el anexo 2 se resumen en otro cuadro los factores clínicos, personales y asistenciales relacionados con el empleo postaborto de anticonceptivos. Por último, en el anexo 3 se presentan las tasas de fracasos de cada método.

#### 3.5.1 Infecciones confirmadas o presuntas en relación con el aborto

En el caso de muchas mujeres que solicitan tratamiento a causa de un aborto incompleto, el agente de salud puede ser incapaz de determinar si el aborto fue o no inducido y en qué condiciones se practicó; cabe también que la mujer no quiera o no sepa dar más detalles. De igual modo, los agentes de salud pueden ser incapaces de excluir la existencia de una IAG o ETS si la mujer no presenta síntomas.

Las posibilidades de una infección incipiente deben sopesarse frente al deseo de protección anticonceptiva inmediata expresado por la mujer y la capacidad de ésta de mantenerse en contacto con el sistema de salud para recabar otros servicios anticonceptivos. Hay que considerar individualmente la situación de cada mujer, y a veces lo más apropiado puede ser recomendar un método provisional hasta que se confirme si hay o no infección.

La presencia de infección puede representar una consideración importante para el empleo de algunos métodos, ya que cualquiera que sea su origen (p. ej., productos de la concepción retenidos, aborto en malas condiciones de higiene, etc.), toda infección repercute en la utilidad de algunos métodos anticonceptivos. El agente de salud debe tener presente que incluso una infección inaparente en el momento del tratamiento puede progresar después rápidamente si el aborto ha tenido lugar en malas condiciones de higiene. En los casos de infección patente o presunta habrá que:

- diferir la esterilización de la mujer hasta que se haya excluido o curado por completo la infección;
- abstenerse de insertar un DIU hasta que se haya excluido o curado por completo la infección;
- examinar inmediatamente la posibilidad de utilizar cualquier otro método.

En todos los casos de infección confirmada o presunta, el agente de salud deberá recomendar a la paciente que no practique el acto sexual hasta que no esté curada. Si la abstinencia completa no constituye una opción realista, se le podrá sugerir el uso de cualquiera de los siguientes métodos anticonceptivos mientras persista la infección:

- implantes de NORPLANT<sup>®6</sup>;
- inyectables;
- anticonceptivos orales;
- preservativo (masculino/femenino);
- espermicidas (espumas, pomadas, tabletas o películas); y
- vasectomía (de la pareja).

### 3.5.2 Traumatismos del aparato genital

Algunas mujeres que solicitan un tratamiento de urgencia presentan signos de un traumatismo del aparato genital (p. ej., quemaduras, perforaciones, desgarros o dislaceraciones cervicales). En estos casos habrá que:

- diferir la esterilización femenina hasta que se haya producido la curación; sin embargo, si se requiere una intervención quirúrgica abdominal podrá hacerse al mismo tiempo la esterilización, siempre que no entrañe un riesgo adicional;
- abstenerse de insertar un DIU en caso de perforación uterina u otra lesión grave, hasta que se haya producido la curación;
- limitar posiblemente el empleo de métodos de barrera femeninos y espermicidas en función de la extensión y la ubicación de la lesión;
- someter inmediatamente a consideración cualquier otro método.

### 3.5.3 Hemorragias y anemia grave

Algunas mujeres sometidas a un aborto sin garantías de seguridad pueden presentar hemorragias susceptibles de causar una anemia grave. En caso de hemorragia, lo primero que habrá que hacer es estabilizar la situación de la paciente; por consiguiente, habrá que abstenerse de iniciar un método hasta que esté resuelto ese problema. En caso de anemia grave habrá que evitar cualquier método susceptible de aumentar o mantener la pérdida sanguínea hasta que se haya resuelto el problema. Hay dos métodos que no deben aplicarse en esta situación:

- esterilización femenina; y
- inserción de un DIU inerte o de cobre.

En los casos de anemia grave en relación con un aborto resultan apropiados los siguientes métodos:

---

<sup>6</sup> En la fecha de publicación de este documento, el único implante anticonceptivo existente en el comercio es el NORPLANT.

- implantes de NORPLANT®;
- inyectables;
- inserción de un DIU que libere progestina;
- anticonceptivos orales (se obtienen efectos favorables cuando la hemoglobina es baja);
- diafragma, casquete cervical, esponja;
- preservativo (masculino/femenino);
- espermicidas (espuma, pomada, tabletas o película); y
- vasectomía (de la pareja).

### 3.6 Momento más adecuado para iniciar el uso de anticonceptivos

Además de cerciorarse de que el anticonceptivo es apropiado para la situación clínica de la mujer, los agentes de salud deben saber perfectamente cuando hay que iniciar la aplicación de estos métodos. Muchos aplican equivocadamente ciertas normas actuales sobre métodos anticonceptivos que pueden resultar inapropiadas si la mujer ha tenido un aborto. A veces se aconseja aplazar la anticoncepción oral, al igual que se hace en el postparto a las mujeres que dan el pecho al recién nacido. De hecho, si una mujer opta por los anticonceptivos orales tras un aborto inducido o durante el tratamiento de las complicaciones, deberá empezar a utilizarlos inmediatamente. En los anexos 1 y 2 se hacen recomendaciones sobre el momento más adecuado para iniciar el uso de cada método.

### 3.7 Aborto en el segundo trimestre

La situación clínica y fisiológica de la mujer tras un aborto en el segundo trimestre es análoga a la de la que aborta en el primero; sin embargo, hay algunas diferencias que deben tenerse en cuenta para determinar cuando conviene iniciar ciertos métodos o cómo deben utilizarse. La principal diferencia que influye en el empleo de anticonceptivos es que tras un aborto en el segundo trimestre el tamaño del útero es mayor y la involución uterina (retorno al tamaño normal) es más lenta que tras un aborto en el primer trimestre (por lo general, tarda unas 4-6 semanas). Este factor tiene importancia cuando se utilizan métodos de barrera femeninos, así como para colocar bien un DIU en el fondo uterino y para localizar las trompas de Falopio en las intervenciones de esterilización.

Los protocolos utilizados para la anticoncepción postparto no son apropiados para los abortos de los dos primeros trimestres por las diferencias en las características fisiológicas y clínicas. Algunas normas para la anticoncepción postparto, por ejemplo, se basan en factores tales como la lactancia, que no es aplicable a la situación postaborto, y la hipercoagulabilidad postparto, asimismo inaplicable en el segundo trimestre del embarazo. Las directrices de planificación familiar postparto no deben utilizarse, pues, para limitar la gama de métodos disponibles tras el aborto.

En el caso de las mujeres que han tenido un aborto en el segundo trimestre:

- habrá que tener en cuenta, para practicar la esterilización femenina, las modificaciones del útero y la posición de las trompas de Falopio;
- habrá que aplazar seis semanas la colocación de un diafragma o un casquete cervical;

- recurrir a un agente de salud experimentado para la colocación inmediata de un DIU tras el tratamiento, ya que para reducir el riesgo de expulsión o perforación es esencial que el dispositivo esté bien colocado en el fondo uterino.

Si hay un trastorno importante de la coagulación, habrá que tomar medidas especiales antes de una intervención quirúrgica. Esta eventualidad puede presentarse tras un aborto perdido. Si hay antecedentes o riesgo actual de coagulopatía, cualquier intervención quirúrgica se considerará contraindicada. El riesgo de coagulopatía es raro en el segundo trimestre, por lo que en general pueden usarse los anticonceptivos orales, aunque no sean el método ideal.

Ahora bien, suponiendo que no haya ninguna complicación, los métodos utilizables tras un aborto en el segundo trimestre son los siguientes:

- implantes de NORPLANT®;
- inyectables;
- DIU (si se dispone de personal competente y experimentado, ya que para reducir el riesgo de expulsión o perforación es esencial colocar bien el dispositivo en el fondo uterino);
- anticonceptivos orales;
- preservativo (masculino/femenino);
- espermicidas (espumas, pomadas, tabletas o película); y
- vasectomía (de la pareja).

Además, si la paciente presenta algunas de las complicaciones descritas en este capítulo, habrá que atenerse a las recomendaciones correspondientes sobre el empleo de los métodos.

### **3.8 Uso de anticonceptivos postaborto y ETS/VIH**

En todas las mujeres que reciban información y métodos de planificación familiar postaborto hay que evaluar el riesgo de ETS/VIH, advirtiéndoles además que los únicos anticonceptivos que confieren cierta protección contra esas enfermedades son el preservativo (masculino o femenino) y en menor grado los espermicidas. Según los datos existentes, el preservativo (masculino o femenino) constituye el único método que protege apreciablemente contra la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tanto los preservativos como los espermicidas permiten reducir en medida importante el doble riesgo de embarazo no deseado y de ETS/VIH. En algunos casos, las mujeres pueden optar por el preservativo para evitar el riesgo de ETS/VIH y utilizar además otro método que sea más eficaz como anticonceptivo.

### Bibliografía del capítulo 3

Boyd, E.F. Jr. y Holmstrom, E.G. Ovulation Following Therapeutic Abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4):469, 1972.

Lahteenmaki, P. Postabortal Contraception. *Annals of Medicine*, 25:185-189, 1993.

\_\_\_\_\_. Return of Ovulation after Abortion and After Discontinuation of Oral Contraceptives. *Fertility and Sterility*, 34(3):246-249, 1980.

Leonard, A.H. y Ladipo, O.A. Post-Abortion Family Planning. Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*, 4(2). Carrboro, NC: IPAS, 1994.

Leonard, A.H. y Winkler, J. Postabortion Family Planning: A Woman's Informed Choice Today can Prevent an Unwanted Pregnancy. *Advances in Abortion Care*, 6(1). Carrboro, NC: IPAS.

Organización Mundial de la Salud. *Improving Access to Quality Care in Family Planning*. WHO/FRH/FPP/96.9, Ginebra: OMS, 1996

Vorherr, H. Contraception after Abortion and Post Partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(7):1002, 1973.

## CAPÍTULO 4

### PROBLEMAS DE ASESORAMIENTO PARA LOS ADMINISTRADORES DE SERVICIOS

#### 4.1 Introducción

El asesoramiento de la mujer es un aspecto esencial de un buen servicio de planificación postaborto. Tanto en los servicios de inducción del aborto como en los de tratamiento de emergencia de sus complicaciones, incumbe a los administradores procurar que este asesoramiento permita a todas las mujeres tomar una decisión libre e informada en materia de planificación familiar. El asesoramiento de las mujeres que han tenido un aborto plantea problemas especiales debido a las tensiones físicas y emocionales que entrañan el embarazo no deseado y el aborto mismo. Además, no es raro que el personal de clínicas y hospitales con un gran volumen de trabajo estime que no tiene tiempo para aconsejar a la clientela. Importa pues que los administradores de estos establecimientos se cercioren de que las pacientes reciben un asesoramiento correcto. Sin ello, las mujeres que hayan tenido un aborto seguirán estando expuestas a nuevos embarazos no deseados y a abortos practicados en malas condiciones.

El asesoramiento es una forma de comunicación bidireccional entre consejero y clienta. Tanto el uno como la otra hablan y se escuchan durante la sesión de asesoramiento. Asesorar es algo más que suministrar información sobre métodos anticonceptivos, aunque por supuesto comprende esa labor de información (Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery, 1990). El asesoramiento debe centrarse en la solución del problema, ayudando a la mujer a superar las dificultades que pueda plantearle la planificación familiar. Según un especialista en esta materia, «más que dar una información muy detallada, puede ser preferible prestar más atención a seleccionar y personalizar la información que se suministra y ayudar más a utilizarla para las decisiones» (Beresford, 1979). Los administradores deben identificar bien los temas más importantes que deben figurar en las sesiones de asesoramiento, adiestrar al personal para el desempeño de esta labor y vigilar la calidad de los consejos.

#### 4.2 Elementos básicos de una sesión de asesoramiento

El asesoramiento postaborto debe comprender los mismos temas que cualquier otro tipo de asesoramiento sobre planificación familiar. Ahora bien, también ha de abarcar ciertos puntos específicos del problema planteado por el aborto. Un buen asesoramiento postaborto debe comprender lo siguiente:

- evaluación de la situación física y emocional de la paciente (véase la sección 4.4.1);
- si la mujer ha tenido un aborto, es especialmente importante tratar del restablecimiento de la fecundidad y de las causas del embarazo no deseado (p. ej., temor de los efectos secundarios, falta de servicios adecuados, oposición de otro miembro de la pareja). Como en cualquier otro tipo de asesoramiento sobre planificación familiar, habrá que investigar los deseos de la mujer en materia de reproducción y sus necesidades de planificación familiar (p. ej., deseo de esperar algún tiempo antes de un nuevo embarazo, negativa o incapacidad de su pareja para aplicar correctamente un método). También habrá que abordar cualquier preocupación que pueda tener la mujer sobre su sexualidad o fecundidad, así como los problemas culturales, sociales o religiosos que pueda plantearles la planificación familiar. En las secciones 4.4.2 y 4.4.3 y en el anexo 2 se da más información sobre estas cuestiones (Leonard y Ladipo, 1994);
- información sobre los métodos, teniendo en cuenta la situación clínica y personal de la mujer y sus preferencias individuales. Esta información debe versar sobre la manera de utilizar el método, los riesgos, eficacia y ventajas de éste, el tratamiento de los efectos secundarios y las orientaciones sobre reabastecimiento de material o asistencia ulterior (Fisher, 1992). Si la clienta opta por un método provisional (p. ej., anticonceptivos orales o preservativo), habrá que

darle información sobre los establecimientos existentes en su comunidad donde pueda obtener material de repuesto y otros servicios. También habrá que darle las señas de fuentes locales de suministro de métodos permanentes y a largo plazo de asistencia ulterior (en el capítulo 3 y en la sección 4.5 se dan más detalles sobre métodos y asistencia ulterior en materia de planificación familiar); y

- información y señas de otros servicios de salud reproductiva. Los asesores deben mantenerse sobreaviso respecto a posibles indicios de otros problemas de salud reproductiva (p. ej., riesgo elevado de ETS/VIH) y estar en condiciones de encaminar a la clientela hacia otras posibilidades de diagnóstico y tratamiento.

La calidad del asesoramiento depende mucho de la interacción entre consejero y paciente. Las mujeres se sienten mejor atendidas si el asesor las acoge en un entorno favorable. En particular, los asesores deben hacer gala de su capacidad para:

- establecer una buena relación con las clientas, de manera que éstas no tengan reparo en hacer preguntas y hablar de sus preocupaciones;
- utilizar buenas técnicas de comunicación (p. ej., escuchar a las clientas, interrogarlas, dar ejemplos, confirmar las impresiones de aquellas y expresarse de manera clara y comprensible; y
- dar pie para preguntas, respuestas y decisiones. La función del asesor es ayudar a las mujeres a tomar las decisiones más adecuadas con respecto a su situación clínica y personal. Importa que las clientas decidan por sí mismas si su pareja o alguna otra persona debe asistir a la sesión de asesoramiento (véase la sección 4.4.4).

### 4.3 Funciones del administrador

Para organizar un buen servicio de asesoramiento sobre planificación familiar postaborto, los administradores deberán tener en cuenta lo siguiente (Benson, Gringle y Winkler, 1996):

- el asesoramiento debe tener lugar sin testigos, a ser posible a puerta cerrada. Si la mujer tiene que permanecer en la sala de recuperación o no dispone de una habitación individual, podrá utilizarse una cortina para obtener un mínimo de privacidad visual;
- los administradores deberán elegir asimismo el momento más adecuado para el asesoramiento, situándolo en lo posible antes y/o después de la inducción del aborto o del tratamiento de las complicaciones. El momento idóneo dependerá de la condición física y emocional de la mujer, de la eficacia de los servicios y de las funciones que desempeñe el personal al margen del asesoramiento propiamente dicho. El asesoramiento en grupo puede ser útil para dar información básica sobre planificación familiar a varias mujeres al mismo tiempo, al par que permite uniformar la información y reducir el tiempo dedicado a la información individual, particularmente en el caso del aborto inducido. Sin embargo, también pueden ser necesarias las sesiones individuales en privado para abordar situaciones personales;
- tanto las clientas como los asesores deben disponer de folletos, muestras de anticonceptivos, rotafolios y material análogo. Los administradores de servicios de tratamiento de emergencia donde hasta el momento no se haya dado asistencia de planificación familiar podrán obtener material educativo a través de las asociaciones locales de planificación familiar, los programas sobre esta materia del ministerio de salud y los dispensarios de planificación familiar de los hospitales;

- el asesor debe disponer como mínimo de una reserva básica y fácilmente accesible de anticonceptivos (píldoras y preservativos) a fin de que las clientas puedan iniciar inmediatamente el método que hayan elegido. Conviene también que haya una gama más amplia de métodos disponibles a fin de atender las necesidades de cada mujer en materia de reproducción y fomentar la satisfacción y la perseverancia de la clientela. Al igual que con el material educativo, los administradores de servicios de tratamiento de emergencia deberán recabar un suministro adecuado de métodos por parte de los servicios locales de planificación familiar (dispensarios de hospitales, organismos locales, etc.);
- los administradores deberán seleccionar el personal que vaya a encargarse del asesoramiento. El proceso de selección comprende la descripción del puesto, las entrevistas con los candidatos y el examen crítico de sus interacciones con la clientela. Entre los candidatos pueden figurar enfermeras, asistentes sociales y/o personas sin formación médica pero con capacidad para asesorar. Los administradores deberán cerciorarse de que los seleccionados están en condiciones de asesorar a todas las mujeres que han tenido un aborto y de que se dispone de personal suplente para reemplazar a los que no pueden ejercer sus funciones;
- todas las personas en contacto con pacientes deben poseer un adiestramiento apropiado. Por consiguiente, habrá que darles orientaciones adecuadas, incluso aunque su función primordial no consista en asesorar. Dichas orientaciones deben comprender los principios básicos del asesoramiento, en particular la manera de establecer una intercomunicación respetuosa con la clientela y de intercambiar opiniones sobre el uso postaborto de los anticonceptivos. Los asesores necesitarán un adiestramiento complementario que, además de la información teórica, comprenda escenificaciones de funciones y asesoramiento supervisado. Un excelente medio de enseñanza es la videocinta sobre asesoramiento postaborto titulada *Put Yourself In Her Shoes* («Ponte en su lugar» en traducción libre), producida por el Centro Johns Hopkins de Programas de Comunicación. Los administradores deben estar al corriente de las organizaciones que pueden facilitarles instructores con este fin (p. ej., asociaciones de planificación familiar u otros organismos no gubernamentales análogos, programas de planificación familiar de los ministerios de salud, dispensarios hospitalarios de planificación familiar, organizaciones femeninas locales, etc.);
- una vez seleccionados y adiestrados los asesores y debidamente organizados los servicios, el administrador deberá vigilar la calidad del trabajo mediante una supervisión permanente. Para obtener una idea global de las actividades de asesoramiento cabe recurrir a distintas técnicas de supervisión, sobre las cuales se dan más detalles en el capítulo 5;
- los administradores deben establecer un sencillo sistema de registro de datos para facilitar las actividades de supervisión. Los registros pueden comprender información sobre el estado clínico y la situación personal de la paciente, así como sobre el método aceptado y las instancias de consulta o referencia utilizadas. El material empleado al efecto varía desde fichas con los datos personales de la clienta y del establecimiento de salud hasta las historias clínicas. El administrador deberá establecer un mecanismo para garantizar la confidencialidad de la información recogida, de manera que sólo sea accesible para un número limitado de miembros del personal con razones válidas para consultarla. En algunos sitios el registro de datos ha cobrado más importancia y exige más tiempo que asesoramiento propiamente dicho. Los administradores deberán recomendar al personal que consigne solamente la información mínima necesaria para vigilar la marcha del programa y preservar el carácter prioritario del asesoramiento.

#### 4.4 Asesoramiento individualizado de alta calidad

Atribuir el problema de los embarazos no deseados al supuesto erróneo de que las mujeres no saben utilizar bien los métodos anticonceptivos o no se interesan por la planificación familiar constituye una simplificación excesiva. Muchos de los factores que contribuyen al embarazo no deseado son de carácter sociomédico. La mujer que solicita un aborto responde a un conjunto complejo de factores, entre los que figuran el momento en que se produce la gestación, las dificultades económicas de la familia, una relación precaria de pareja, etc.

Un asesoramiento de calidad ayuda a la mujer a identificar esos factores y le permite tomar decisiones y formular planes en su propio beneficio. Los asesores deben tener en cuenta lo siguiente en atención a las necesidades individuales de cada mujer.

##### 4.4.1 ¿Sufrir la mujer tensiones o dolores?

Una mujer puede experimentar emociones muy diversas - miedo, ansiedad, culpabilidad y, por último, alivio una vez resuelta la situación crítica - cuando decide solicitar un aborto, durante éste y/o al recibir tratamiento a causa de las complicaciones. También puede sufrir dolores físicos. Estos factores pueden interferir en la decisión libre e informada e influir en su interés por recabar asesoramiento y por elegir y utilizar correctamente un método anticonceptivo. Las decisiones sobre métodos permanentes o a largo plazo suscitan especial preocupación (véase la sección 4.6). Además, el proceso del aborto no siempre brinda tiempo suficiente para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. El asesor deberá evaluar pues la buena disposición de la mujer para aceptar sus consejos y, si ésta expresa cualquier vacilación, citarla para una nueva entrevista o enviarla a un servicio local de planificación familiar (en cuyo caso deberá proponerle un método provisional). El asesor debe tener presente las siguientes consideraciones cuando la mujer sufra perturbaciones emocionales y/o dolores:

- la solución más apropiada puede ser un método provisional (p. ej., anticonceptivos orales, métodos de barrera femeninos, inyectables, preservativo (masculino/femenino) y espermicidas);
- si la mujer está interesada, cabe abordar el tema de los métodos a largo plazo (p. ej., DIU e implantes de NORPLANT®) o permanentes (esterilización femenina), así como su costo y el envío a los servicios comunitarios. La elección de estos métodos, sin embargo, exige que la mujer pueda examinar a fondo sus opciones y reciba un asesoramiento completo; y
- la mujer sólo podrá tomar una decisión sobre métodos permanentes o a largo plazo cuando haya recibido una información completa sobre sus opciones anticonceptivas, haya tenido bastante tiempo para decidir y esté ya libre de tensiones o dolores.

##### 4.4.2 ¿Desea tener un nuevo embarazo y, en caso afirmativo, cuándo?

Es esencial que el asesor sepa si la mujer desea un nuevo embarazo, tanto a corto como a largo plazo. No todas las mujeres están dispuestas a utilizar métodos anticonceptivos tras un aborto. Mientras que las que han tenido un aborto espontáneo quizá deseen quedar pronto embarazadas de nuevo, otras pueden preferir retrasarlo o no volver a quedar embarazadas. Cualquiera que sea la opción de la mujer, el asesor deberá estar al tanto de sus intenciones y perspectivas en materia de reproducción antes de recomendar cualquier método anticonceptivo. Los asesores deberán tener en cuenta lo siguiente:

- toda mujer debe estar bien informada sobre las opciones, los riesgos comparativos del embarazo y los de la anticoncepción y el tiempo que va a transcurrir hasta que se restablezca la fecundidad;
- si una mujer no desea utilizar métodos anticonceptivos no se le debe incitar a hacerlo;

- si una mujer no sabe bien si desea o no utilizar anticonceptivos, antes de proponerle un método habrá que ayudarla a aclarar y definir sus intenciones en materia de reproducción;
- si una mujer desea quedarse embarazada pero su estado médico hace preferible que lo aplaze, se le propondrá un método anticonceptivo provisional; y
- a las mujeres que deseen aplazar o evitar futuros embarazos se les brindará toda la gama de anticonceptivos disponibles.

#### 4.4.3 ¿Ha usado previamente anticonceptivos?

El embarazo no deseado puede deberse a que la mujer no utiliza ningún método anticonceptivo. Por otra parte, muchos abortos son consecuencia de un embarazo imprevisto debido a un fallo de los anticonceptivos. Estos fallos pueden ser consecuencia directa del fracaso del método o de un fracaso de la totalidad del sistema, que no ha sido capaz de proporcionar un método adecuado a las condiciones de la mujer. Cualquiera que sea la situación, las condiciones que dieron lugar al embarazo no deseado pueden seguir existiendo y, a menos que el asesor lo advierta, el problema puede plantearse de nuevo. El asesor deberá aplicar las siguientes reglas ante un embarazo no deseado resultante de un fallo anticonceptivo:

- hay que examinar toda la gama de anticonceptivos disponibles;
- se debe analizar a fondo el fallo anticonceptivo a fin de encontrar posibles razones para explicarlo;
- hay que proceder a un asesoramiento detallado antes de proseguir o recomendar de nuevo el uso de un método que se haya mostrado perturbador o ineficaz;
- en el uso correcto de un método pueden influir los conflictos emocionales, la presión social, la relación de pareja y los sentimientos que abrigue la persona sobre la sexualidad;
- a la mujer se le debe facilitar el anticonceptivo que elija, siempre que no haya ninguna contraindicación clínica; y
- hay que formular con claridad y decisión las instrucciones sobre el empleo del método y confirmar que la mujer las ha entendido pidiéndole que las repita con sus propias palabras.

#### 4.4.4 ¿Debe participar en el asesoramiento el otro miembro de la pareja o algún otro miembro de la familia?

La situación que plantea el aborto obliga a prestar especial atención a los aspectos confidenciales. En el caso de la mujer, la confidencialidad tiene una importancia capital, tanto en relación con el aborto como con cualquier decisión ulterior sobre planificación familiar. Durante el asesoramiento, la mujer puede indicar que su pareja se resiste a usar el preservativo o le prohíbe utilizar métodos anticonceptivos o alguno en particular. El asesor debe tratar de entender la causa de esa resistencia a fin de ayudar a la mujer en sus decisiones. En especial, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- hacer participar al otro miembro de la pareja en la elección de un método anticonceptivo apropiado, si la mujer lo desea;
- ayudar a la mujer a elegir un método que responda a su deseo de confidencialidad; y

- preservar la relación confidencial con la mujer, incluso aunque esta elija el método sin contar con su pareja ni con ningún otro miembro de la familia.

#### **4.5 Recursos de planificación familiar en la comunidad**

La capacidad de una mujer para utilizar correcta y continuamente un método depende en parte de los recursos disponibles en la comunidad. El tratamiento de las complicaciones impone a veces largos desplazamientos a las mujeres. Para que la asistencia no se interrumpa, los agentes de salud deben tener en cuenta las necesidades postaborto y de planificación familiar de la mujer en el contexto de una atención de salud global y accesible. Por consiguiente, tendrán que estar al corriente de los servicios con los que puede contar la mujer al reintegrarse a su hogar a fin de sugerirle el método más apropiado.

Los métodos permanentes o a largo plazo pueden ser inapropiados para las mujeres sin acceso a servicios de tratamiento de las complicaciones. En cambio, estos métodos (DIU, implantes de NORPLANT®, esterilización) pueden ser la única opción práctica cuando no es fácil reabastecerse de preservativos o píldoras. El costo es también un factor determinante a este respecto, pues puede vedar el acceso inicial de la mujer a los anticonceptivos, actuar como factor disuasivo para la continuidad del método o influir decisivamente en la capacidad y la predisposición de las mujeres para recurrir a un servicio de inducción del aborto o tratamiento de las complicaciones que ofrezca garantías de seguridad. Los agentes de salud deben estar bien informados de las alternativas más económicas que ofrezca cada comunidad en materia de servicios y métodos.

#### **4.6 Asesoramiento en situaciones especiales**

##### **4.6.1 Esterilización con fines anticonceptivos en un servicio de asistencia al aborto**

El uso de la esterilización como método anticonceptivo permanente en las mujeres que han tenido un aborto exige un análisis cuidadoso. Los administradores de programas deben tener en cuenta la necesidad de un auténtico consentimiento informado por parte de la interesada. El consentimiento informado es absolutamente indispensable para tener la seguridad de que ésta no opta por la esterilización influida por las tensiones que preceden o siguen al aborto y/o al tratamiento de las complicaciones. Así pues, en ciertas situaciones no se recomienda simultanear el consentimiento y la esterilización con un aborto inducido, ya que las tensiones físicas y/o emocionales del embarazo no deseado pueden influir en que la mujer opte por la esterilización. En otras situaciones, por el contrario, el asesoramiento y el consentimiento informado previo al aborto permiten practicar la esterilización al mismo tiempo, evitando así el riesgo de una segunda anestesia operatoria y eliminando prácticamente los peligros de un ulterior embarazo no deseado. El auténtico consentimiento informado es particularmente difícil de obtener en el marco del tratamiento de emergencia de las complicaciones; tanto los deseos de la mujer como la necesidad de consentimiento informado habrán de sopesarse frente a la posibilidad de un embarazo no deseado seguido de aborto. Los agentes de salud deberán recabar en todas las situaciones el consentimiento informado, libre y auténtico de la interesada.

Aunque las normas generales no sean aplicables a cada situación, los administradores deben cerciorarse de que el asesoramiento, los servicios y los centros de referencia garanticen una opción informada tanto para la esterilización como para otros métodos. La mujer debe recibir un asesoramiento completo y adaptado a su situación individual. Para más detalles acerca del asesoramiento sobre planificación familiar y esterilización voluntaria, los administradores de programas deberán consultar la publicación «Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization» (Neamatalla y Harper, 1990).

Siempre que una mujer solicite la esterilización en conjunción con la inducción de un aborto o el tratamiento de sus complicaciones, habrá que evaluar en primer lugar su estado físico. Si no se encuentran contraindicaciones médicas (p. ej., infección), el asesor podrá responder en el marco de sus funciones a las preguntas formuladas en el cuadro 4 a fin de determinar la idoneidad de un método anticonceptivo permanente.

**Cuadro 4**

**Asesoramiento con miras a la adopción postaborto de un método anticonceptivo permanente**

<b>Pregunta</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Explicación</b>
¿Se encuentra la mujer sedada o recuperándose de la anestesia?	No es probable que la esterilización esté indicada. El asesor debe proponer un método provisional y explicar cómo utilizarlo, informando además a la mujer sobre dónde y cuándo se le practicará la esterilización.	No puede obtenerse un consentimiento informado si la mujer está sedada o recuperándose de la anestesia. Esto puede excluir la práctica de una esterilización durante el tratamiento de las complicaciones del aborto.
¿Sufrir la mujer dolores físicos?	No es probable que la esterilización esté indicada. El asesor debe proponer un método provisional y explicar cómo utilizarlo, informando además a la mujer sobre dónde y cuándo se le practicará la esterilización.	No puede obtenerse un genuino consentimiento informado si la mujer sufre dolores físicos. Esto puede excluir la práctica de la esterilización durante el tratamiento de las complicaciones del aborto.
¿Se encuentra la mujer en situación de estrés emocional?	No es probable que la esterilización esté indicada. El asesor debe proponer un método provisional y explicar cómo utilizarlo, informando además a la mujer sobre dónde y cuándo se le practicará la esterilización.	No puede obtenerse un genuino consentimiento informado si la mujer se encuentra bajo un estrés emocional. En general, esto excluye la práctica de la esterilización durante el tratamiento de las complicaciones del aborto.
¿Ha decidido la mujer <u>antes</u> del aborto que no quiere tener más hijos?	La esterilización puede estar indicada en el momento del aborto si la mujer está plenamente informada y opta libremente por esa solución, especialmente si toma esa decisión conjuntamente con su pareja.	Las mujeres que han tenido tiempo y ocasiones suficientes para examinar la posibilidad de una anticoncepción permanente antes del estrés del aborto suelen estar en condiciones de manifestar su consentimiento informado en el trance de un aborto inducido o del tratamiento de las complicaciones. Si la decisión de someterse a la esterilización está demasiado cerca del aborto, el asesor deberá proponer a la mujer un método provisional y explicarle cómo utilizarlo, informándola además sobre dónde y cómo se le practicará la esterilización.
¿Tendrá acceso la mujer a un servicio de esterilización cuando regrese a su domicilio?	La esterilización puede estar indicada en el momento del aborto inducido o del tratamiento de las complicaciones si no es probable que la mujer cuente con servicios próximos a su domicilio y si está plenamente informada y toma la decisión libremente.	Las mujeres tienen que recorrer a veces grandes distancias para obtener un aborto. Los asesores deben estar bien informados acerca de los servicios de planificación familiar, esterilización inclusive, a disposición de las mujeres que han tenido un aborto. Es posible que éstas no cuenten con servicios de esterilización accesibles en la zona donde residen. En tales casos, habrá que sopesar el deseo de la mujer de obtener un anticonceptivo permanente en el momento del tratamiento del aborto y su capacidad para el consentimiento informado frente al riesgo ulterior de embarazo no deseado.

Fuente: Tomado, con modificaciones, de Neamatalla, G. S. y Harper, P. B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*. Nueva York: Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.

#### 4.6.2 Planificación familiar postaborto en mujeres VIH-positivas

La infección por el VIH y el SIDA entraña una grave amenaza para la salud y la longevidad de las mujeres en edad fértil. La transmisión perinatal del VIH está perfectamente documentada y afecta en promedio al 30-35% de los nacidos de madres VIH-positivas en el mundo en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 1992). No se sabe bien si las mujeres que se saben VIH-positivas tratan o no de abortar con más frecuencia que otras embarazadas, pero parece lógico suponer que, tras un aborto, la mujer que conoce su VIH-positividad sufra tensiones físicas, emocionales, sociales y psicológicas distintas de las que experimentan otras en la misma situación de postaborto:

- el restablecimiento físico de las mujeres VIH-positivas puede ser difícil, lento o inasequible (especialmente si la mujer requiere tratamiento tras un aborto sin garantías de seguridad);
- el personal de salud puede resistirse a prestar asistencia por temor a la transmisión del VIH;
- la mujer puede exponerse a una estigmatización sobreañadida si la familia o los vecinos se enteran de su estado; y
- si la mujer tomó la decisión de abortar principalmente por temor a la transmisión perinatal del VIH, su sentimiento de autoestima puede resentirse gravemente.

El personal de planificación familiar que presta asistencia postaborto a mujeres VIH-positivas debe tener presentes esos factores adicionales y estar preparado para dar a esas mujeres información, asesoramiento y/o otros servicios directamente relacionados con el VIH o bien para enviarlas a un centro apropiado. Si no existen centros de este tipo para las personas afectadas por el VIH y son limitados los servicios de asesoramiento, habrá que hacer por lo menos las siguientes advertencias a las clientas:

- el coito con una pareja no infectada entraña siempre un riesgo de transmisión del VIH, y en la actualidad la única opción anticonceptiva que ofrece cierta protección contra un posible riesgo de propagación de la infección es el preservativo (masculino o femenino), utilizado de preferencia con un espermicida;
- el preservativo debe utilizarse correctamente en cada coito;
- el empleo del preservativo junto con un espermicida para prevenir la infección no se opone al empleo simultáneo de otro método para reforzar la protección contra un embarazo no deseado; y
- cualquier embarazo futuro que llegue a término puede dar lugar a un niño VIH-positivo.

#### 4.6.3 Planificación familiar postaborto de las mujeres con abortos repetidos

En esta situación es especialmente importante adaptar el asesoramiento a las necesidades individuales de cada mujer. En la mayor parte de los casos, el personal no estará al tanto de la historia de abortos repetidos a menos que la clienta facilite esta información. Si así ocurre, el asesor deberá tener en cuenta que la mujer puede haber recurrido al aborto empujada por diversas circunstancias de su vida reproductiva. Por ejemplo, si una mujer recurre al aborto en la adolescencia y vuelve a hacerlo a los 35 años, es probable que se haya visto confrontada con situaciones muy diferentes. También puede ocurrir que un método anticonceptivo falle en una usuaria regular o que ésta tenga que dejar de usarlo durante corto tiempo por circunstancias personales o problemas de acceso a los servicios.

Es esencial identificar cualquier problema de planificación familiar que pueda surgir con el tiempo y ayudar a la mujer a resolverlo. Ésta, por ejemplo, puede ser incapaz de obtener un suministro regular de

anticonceptivos orales, viéndose obligada a suspender el uso del método con el consiguiente riesgo de embarazo no deseado. El asesor y la clienta deben examinar conjuntamente otras opciones anticonceptivas que puedan ser más satisfactorias y fiables. Importa especialmente referir a la mujer a un servicio local asequible en donde pueda exponer sus preocupaciones.

#### **4.6.4 Necesidades especiales de las adolescentes**

Entre los problemas de sexualidad y salud reproductiva en la adolescencia más importantes y menos atendidos figura el aborto practicado sin garantías de seguridad. Las adolescentes embarazadas están particularmente expuestas al aborto espontáneo si son muy jóvenes y recurren con más frecuencia al aborto inducido que las adultas por las siguientes razones:

- a menudo no están casadas y tienden más que las adultas a verse estigmatizadas como madres solteras;
- con frecuencia sucumben a las presiones y/o la coacción de los hombres, tanto adultos como adolescentes, para que acepten una relación sexual que no desean;
- si tienen un hijo sin estar casadas, es muy posible que se vean obligadas a abandonar los estudios;
- en general tienen menos acceso a la información y a los servicios organizados de planificación familiar y anticoncepción que las adultas por distintas razones (legislación, reglamentos, tradiciones y temor a reacciones condenatorias de su actividad sexual);
- en general, disponen de menos información sobre el aborto o de recursos materiales para obtenerlo con garantías de seguridad; cuando el acceso al aborto es menos restrictivo, las adolescentes tienden más a tratar de abortar por sí mismas o recurrir a abortistas que no ofrecen la menor garantía;
- las adolescentes que optan por abortar en una clínica con garantías médicas, tienden a hacerlo en una fase tardía del embarazo con el consiguiente riesgo de complicaciones;
- como las gestiones para obtener un aborto son a menudo clandestinas y ni la pareja ni los padres suelen prestar apoyo, las adolescentes tienden a sufrir sentimientos de soledad y conflictos emocionales.

## Cuadro 5

### Medidas de promoción de la salud reproductiva en la adolescencia

1. Facilitar a las adolescentes el acceso a servicios de información y salud reproductiva, con inclusión de los de asesoramiento e inducción del aborto cuando éste es legal.
2. Dar formación al personal de salud sobre la sexualidad y las necesidades de desarrollo en la adolescencia con objeto de prevenir los abortos y ayudar a las adolescentes a evitar por sí mismas las relaciones sexuales y los embarazos no deseados. (Véase *"Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud reproductiva: Guía para los facilitadores, WHO/ADH/93.3, Ginebra: OMS, 1993*).
3. Facilitar a las adolescentes servicios eficaces y accesibles, teniendo particularmente en cuenta la necesidad de privacidad y confidencialidad.
4. Facilitar asesoramiento y acceso a opciones anticonceptivas que refuercen al máximo la protección contra los embarazos no deseados y las infecciones por ETS/VIH.
5. Promover medidas políticas, legislativas y reglamentarias que permitan obtener anticonceptivos, servicios de planificación familiar y protección contra las infecciones por ETS/VIH a las adolescentes solteras sexualmente activas.
6. Vincular los servicios de salud que atienden las necesidades de las adolescentes en materia de reproducción (p. ej., planificación familiar, cuidados maternos y tratamiento de ETS/VIH).
7. Vincular los servicios de salud reproductiva con los programas comunitarios de información, educación y comunicación (IEC).
8. Hacer participar a las adolescentes debidamente formadas para que asesoren a sus compañeros bajo supervisión en la planificación, la ejecución y la evaluación de servicios de salud organizados en su propio beneficio.

#### Bibliografía del capítulo 4

Beresford, T. Abortion Counselling. En: Zatzuchni G.I., Sciarra, J.J. y Speidel, J.J. eds. *Pregnancy Termination: Procedures, Safety and New Developments*. Hagerstown, Maryland: Harper & Row Publishers, 1979.

Fisher, A. et al. *Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study*. Nueva York: The Population Council, 1992.

Johns Hopkins Center for Communication Programs. *Put Yourself in Her Shoes*. Baltimore, MD; Johns Hopkins Center for Communication Programs, 1996.

Leonard, A.H. y Ladipo, O.A. Post-Abortion Family Planning. Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*, 4(2). Carrboro, NC: IPAS, 1994.

Leonard, A.H. y Winkler, J. Postabortion Family Planning: A Woman's Informed Choice Today can Prevent an Unwanted Pregnancy. *Advances in Abortion Care*, 6(1). Carrboro, NC: IPAS.

Neamatalla, G.S. y Harper, P.B. *Family Planning Counselling and Voluntary Sterilization*. Nueva York: Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990.

Organización Mundial de la Salud. *Current and Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic: A Capsule Summary*, Ginebra: OMS, 1992.

Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery. Report submitted to USAID Task Force on Standardization of Family Planning Programme Performance Indicators, octubre, 1990.

## CAPÍTULO 5

### ASPECTOS COMUNES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

#### 5.1 Elementos comunes

En distintos capítulos de esta publicación se examinan en detalle los tres tipos de servicios relacionados con el aborto y el postaborto: servicios de tratamiento de emergencia del aborto (capítulo 6); servicios de planificación familiar (capítulo 7); y servicios de inducción del aborto y regulación menstrual (capítulo 8). Los administradores de cada uno de esos tipos de programa deberán poner en práctica y supervisar los siguientes elementos de la prestación, todos ellos conectados entre sí:

- instalaciones;
- equipo;
- suministros;
- material;
- circulación de la clientela;
- personal (distribución, actitudes y supervisión);
- adiestramiento;
- vigilancia y evaluación;
- vinculación y envío de casos; y
- costo.

Aunque cada uno de estos tres sectores plantea problemas específicos y concretos en relación con la prestación del servicio, ciertos aspectos son comunes e interesan a todos los administradores. En este capítulo examinaremos esos aspectos comunes, mientras que en los siguientes se tratará de las características específicas de los tres tipos de servicios.

#### 5.1.1 Tipos de programas de tratamiento

En muchos países en desarrollo las leyes y las costumbres limitan las posibilidades de acceso a un tratamiento sin riesgos del aborto inducido. Por esta razón, la mayor parte de las solicitudes de asistencia postaborto en los hospitales provienen de mujeres con complicaciones de un aborto practicado sin garantías de seguridad. Por lo general, el tratamiento del aborto incompleto implica la extracción de los tejidos retenidos en el útero para cortar la hemorragia persistente y evitar la infección. También puede ser necesario tratar otras complicaciones. Esta asistencia de emergencia puede prestarse en establecimientos de distintos tipos (desde hospitales terciarios o de primer nivel de envío de casos, hasta centros de atención primaria y clínicas de planificación familiar) así como en régimen de hospitalización o con carácter ambulatorio, según sea la organización del sistema de asistencia sanitaria y el tipo de servicios prestados por el establecimiento. El tratamiento de las complicaciones del aborto y la planificación familiar postaborto deben integrarse en todo el sistema de salud, definiendo para cada nivel la prestación terapéutica adecuada a las competencias y recursos disponibles. En el cuadro 6 se detalla el tipo de asistencia, así como el personal y el equipo necesarios para cumplir el cometido asistencial en cada nivel del sistema de salud. Para más detalles sobre el tratamiento clínico de las complicaciones del

aborto en los distintos niveles del sistema de salud, véase la publicación *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. (WHO/FHE/MSM/94.1).

**Cuadro 6**  
**Actividades del tratamiento de emergencia del aborto en cada nivel asistencial**

Nivel	Personal posible	Actividades asistenciales
<b>Comunidad</b>	Miembros de la comunidad con formación sanitaria básica, parteras tradicionales, curanderos	Reconocimiento de signos y síntomas de aborto y sus complicaciones Envío oportuno al sistema oficial de asistencia sanitaria
<b>Primario</b>	Agentes de salud, enfermeras, parteras capacitadas, médicos generales	Todas las actividades precitadas, y además: - exploración física básica y pelviana - diagnóstico de la fase del aborto - reanimación y preparación para el tratamiento o el traslado - determinación del hematócrito o de la hemoglobina - envío a otro nivel, si procede <i>Si se dispone de personal competente y equipo adecuado pueden realizarse en este nivel las siguientes actividades:</i> - iniciación de tratamientos esenciales (p. ej., antibioterapia, administración de suero intravenoso, oxitócicos) - evacuación del útero durante el primer trimestre - analgesia básica (bloqueo paracervical, administración de analgésicos sencillos y sedación)
<b>Primer nivel de envío</b>	Enfermeras, parteras capacitadas, médicos generales, especialistas con formación en obstetricia y ginecología	Todas las actividades precitadas, y además: - evacuación uterina de emergencia en el segundo trimestre - tratamiento de casi todas las complicaciones del aborto - pruebas de compatibilidad sanguínea y transfusión - anestesia local y general - laparotomía y cirugía apropiada (p. ej., tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico si se dispone de personal competente) - diagnóstico de complicaciones graves (p. ej., septicemia, peritonitis o insuficiencia renal) y envío a otros niveles.
<b>Secundario y terciario</b>	Enfermeras, parteras capacitadas, médicos generales, especialistas en obstetricia y ginecología	Todas las actividades precitadas, y además: - evacuación uterina, cuando proceda - tratamiento de complicaciones graves (p. ej., lesiones del intestino, tétanos, insuficiencia renal, gangrena gaseosa, sepsis grave) - tratamiento de coagulopatías

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: OMS, 1994.

### 5.1.2 Tipos de programas de planificación familiar

La oferta de servicios de planificación familiar es muy variada, y cada tipo de programa puede comprender la planificación familiar postaborto. Aun sin ser exhaustiva, la lista siguiente abarca las principales categorías de servicios de planificación familiar existentes en el mundo:

- dispensarios de planificación familiar en hospitales;
- centros de atención primaria de salud;
- dispensarios de planificación familiar de organizaciones no gubernamentales (ONG);
- servicios comunitarios;
- programas de comercialización social;
- distribuidores privados, con inclusión de médicos y enfermeras.

### 5.1.3 Programas de inducción del aborto y regulación menstrual

Aunque en general el acceso al aborto está restringido por la ley, en casi todos los países se admiten algunas indicaciones legales para el aborto inducido. Estas indicaciones varían mucho entre los países que sólo autorizan el aborto cuando es indispensable para salvar la vida de la mujer hasta aquellos en donde basta la solicitud de la mujer para legalizarlo. Cuando la ley no se opone al aborto, es posible practicarlo con las máximas garantías de seguridad.

Los servicios de inducción del aborto pueden prestarse en entornos muy diversos, tanto públicos como privados. Tanto esos servicios como los de RM pueden prestarse en hospitales, clínicas especializadas, dispensarios de planificación familiar o centros de asistencia médica general o reproductiva. Como en muchos casos el aborto inducido y la RM son servicios optativos sin carácter de urgencia, por lo general se prestan en régimen ambulatorio. En cambio, la inducción del aborto en una fase más avanzada del embarazo o con fines terapéuticos (p. e., para salvar la vida de la madre), puede exigir la hospitalización.

## 5.2 Locales

Un administrador interesado en establecer un servicio de planificación familiar postaborto debe cerciorarse de que cuenta con las siguientes instalaciones:

- un lugar seguro para almacenar los artículos anticonceptivos y el material educativo;
- espacio donde los asesores puedan hablar sin testigos con las mujeres sobre sus necesidades de planificación familiar; y
- si los métodos anticonceptivos se aplican sobre el terreno, un local apropiado para hacerlo (p. ej., para insertar los DIU).

Aunque no se necesita una oficina o un local especial para el asesoramiento, es indispensable garantizar la privacidad a fin de que las pacientes puedan hacer preguntas y hablar con toda libertad. Cabe utilizar a este efecto un local de oficina que se utilice poco, un rincón de un cuarto de reconocimiento en desuso o incluso un pasillo o un banco exterior donde nadie pueda escuchar lo que se habla.

Los administradores deben subrayar la importancia de la privacidad y la confidencialidad a los asesores, dejándoles elegir el lugar que consideren más apropiado para su labor. De este modo, si un asesor encuentra que un sitio está ocupado podrá optar por otro equivalente.

Hay que elegir asimismo un lugar apropiado para guardar los artículos anticonceptivos y el material educativo y organizar un procedimiento de inventario a fin de poder disponer en cualquier momento de los recursos existentes y evitar que se pierdan. El lector podrá encontrar directrices sobre almacenamiento de métodos anticonceptivos en otras publicaciones (Management Sciences for Health, 1992a).

### 5.3 Equipo, suministros y material

La introducción de servicios de planificación familiar postaborto apenas exige cambios de equipamiento y suministros en los dispensarios de planificación familiar, los servicios comunitarios y los distribuidores privados de medios anticonceptivos. En el caso de los dispensarios y centros de planificación familiar que optan por facilitar también servicios de inducción del aborto y/o tratamiento de las complicaciones, será necesario reforzar en cierta medida el equipo y los suministros. En la publicación de la Organización Mundial de la Salud *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*, los administradores de estos servicios podrán encontrar listas completas y específicas del material y los suministros necesarios para tratar las complicaciones del aborto (OMS, 1994).

Como mínimo, los administradores deben establecer una reserva suficiente de material para ciertos métodos temporales (preservativos, anticonceptivos orales combinados, espermicidas e inyectables) en la zona en donde reciban tratamiento las mujeres. De este modo, las que no estén dispuestas a tomar una decisión a largo plazo podrán disponer ya de una protección anticonceptiva a su salida del dispensario. Las mujeres deben tener acceso a estos métodos en todos los sitios donde se practique el aborto.

Los establecimientos que proyecten insertar dispositivos intrauterinos y/o hacer implantes de NORPLANT® tendrán que proveerse del equipo y los suministros adecuados. Los administradores deberán consultar sin pérdida de tiempo las series de la OMS sobre métodos anticonceptivos y criterios de idoneidad (OMS, [en preparación] [a]; OMS, [en preparación] [b]; OMS, 1993; OMS, 1990a; OMS, 1990b; OMS, 1988a; OMS, 1988b; OMS, 1987; OMS 1996).

### 5.4 Circulación de la clientela

Importa organizar eficazmente la circulación de las clientas/pacientes en el hospital o dispensario a fin de evitar esperas innecesarias o congestiones en ciertos sectores. Los administradores deberán determinar en qué punto del proceso global de la planificación familiar postaborto deberán situarse los servicios, el asesoramiento y el envío de las usuarias a otros centros.

Los administradores deberán efectuar un simple análisis de circulación de la clientela para determinar el itinerario que siguen las usuarias en el establecimiento asistencial y seguir sistemáticamente a una pequeña muestra de las mismas para identificar el lugar más apropiado para el asesoramiento y el suministro de métodos anticonceptivos. Conviene que este análisis preceda a la prestación del servicio de planificación familiar postaborto; una vez iniciado este servicio, el administrador deberá identificar cualquier interrupción o atasco que se produzca en la circulación de la clientela. En la revista *The Family Planning Manager* [El administrador de planificación familiar] se dan orientaciones a los administradores para practicar este análisis (Management Sciences for Health, 1992b), mientras que en otra publicación titulada *A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion* [Guía para evaluar el uso de recursos en el tratamiento del aborto incompleto] se dan instrucciones sobre procedimientos sencillos para seguir la pista a las mujeres que han abortado (Abernathy et al., 1993). El seguimiento de un pequeño número de pacientes antes y después de la inclusión del asesoramiento y de los servicios anticonceptivos dará a los administradores una idea cabal del tiempo que pasan las pacientes en los diversos puntos del recorrido asistencial. El asesoramiento en los puntos de espera obligatoria (p. ej., durante la fase de recuperación tras una intervención uterina) suele resultar eficaz para facilitar

información en forma de material impreso y visual o videocintas. También pueden hacerse presentaciones interactivas en grupo, seguidas de asesoramiento individual.

## **5.5 Personal**

### **5.5.1 Distribución del personal**

Los administradores deben designar los miembros del personal que se encarguen de la planificación familiar postaborto y, para establecer un contacto más eficaz con la clientela, deberán procurar que ésta disponga en todo momento de los servicios y el asesoramiento correspondientes. Además, deberán tener presente que la labor de asesoramiento, suministro de métodos anticonceptivos y envío de casos a otros centros entraña una sobrecarga de trabajo para todo el personal interesado. En consecuencia, tendrán que encontrar soluciones imaginativas para esos problemas. Entre las estrategias posibles figuran: 1) descargar otras responsabilidades entre diversos miembros del personal; 2) contratar personal suplementario; y 3) determinar los medios más eficaces para entrar en contacto con las mujeres (p. ej., sesiones de información en grupos).

La planificación familiar postaborto debe considerarse como una responsabilidad más del personal en el tratamiento del aborto y no como una actividad «extra» que puede o no ofrecerse a la clientela. En los capítulos siguientes se exponen las ventajas y los inconvenientes de los distintos modelos de distribución del personal en situaciones concretas.

### **5.5.2 Actitudes del personal**

Las actitudes del personal ante las mujeres que han tenido un aborto son determinantes para la prestación de una buena asistencia. Las mujeres que se sienten menospreciadas o castigadas no suelen volver al establecimiento asistencial. Importa que los administradores comprendan que tanto sus propios sentimientos sobre aborto y sexualidad como los del personal pueden influir en la interacción con las pacientes. Así pues, deberán hacer lo siguiente para fomentar una buena interacción:

- promover un enfoque preventivo de la asistencia sanitaria;
- facilitar adiestramiento y supervisión insistiendo en el respeto hacia las pacientes/clientas;
- informar al personal sobre la influencia de los abortos sin garantías de seguridad en la mortalidad materna y sobre la necesidad de la planificación familiar postaborto para salvar vidas de mujeres;
- organizar actividades de sensibilización del personal a fin de que los servicios de planificación familiar postaborto tengan un nivel profesional;
- dar ocasión al personal de contrastar opiniones sobre el aborto; y
- reunir información sobre los sentimientos de las usuarias sobre el servicio y transmitirla al personal para sensibilizarle más sobre sus relaciones con la clientela.

### **5.5.3 Supervisión del personal**

Una de las funciones más importantes de los administradores es la supervisión del personal. La supervisión debe ser un proceso constructivo, permanente y de apoyo, y el personal no debe percibirlo como «policíaco». En cuanto se haya decidido cómo se prestarán los servicios de planificación familiar postaborto y a quién se asignará esa responsabilidad, los administradores deberán tomar las siguientes medidas de supervisión:

- cerciorarse de que las funciones y responsabilidades del personal están claramente descritas y los interesados las comprenden y observan;
- establecer un programa de adiestramiento y readiestramiento, si procede;
- organizar seminarios de perfeccionamiento para que los miembros del personal puedan hacer frente a las tensiones relacionadas con su trabajo;
- organizar la rotación de funciones entre los miembros del personal para que éstos puedan descargarse periódicamente de tensiones profesionales;
- compartir éxitos y problemas con el personal; y
- utilizar diversos sistemas de supervisión.

Las técnicas de supervisión comprenden lo siguiente:

- **Observación de las sesiones de asesoramiento.** En el anexo 4 figura una lista de comprobación para evaluar las aptitudes interpersonales del asesor, mientras que en el anexo 5 se hacen sugerencias sobre el procedimiento de observación.
- **Entrevista con las clientas inmediatamente después de la sesión de asesoramiento.** Los administradores pueden organizar breves entrevistas con las clientas, utilizando un cuestionario uniforme, para recabar sus opiniones sobre la calidad del asesoramiento y de otros servicios. Estas entrevistas deben ser anónimas, sin identificación de la mujer. Las preguntas seleccionadas pueden proceder de distintas fuentes (Otsea et al. [en prensa]; AVSC International, 1995). Conviene incluir algunas preguntas que exijan una respuesta matizada (p. ej., ¿qué cambios introduciría usted en los servicios? o ¿qué le diría usted a una amiga o pariente sobre los servicios recibidos?), además de las que sólo piden una respuesta tajante (p. ej., sí o no; muy bien, bastante bien/mal). Las primeras darán a las mujeres ocasión de expresar sus preocupaciones sobre problemas que no están en el cuestionario. Los resultados de estas entrevistas deben comunicarse al personal y utilizarse para delimitar sectores problemáticos y buscar soluciones.
- **Autoevaluación por los asesores.** Los administradores pueden formar un grupo de asesores para resolver los problemas que se planteen y comentar las sesiones que transcurrieron bien o las que suscitaron dificultades. Los propios asesores pueden contribuir a menudo a resolver problemas identificados por ellos mismos o por el administrador.
- **Examen de los ficheros.** Los administradores pueden examinar las fichas para verificar si están completas y comprobar la idoneidad de los métodos y de los datos estadísticos sobre la clientela.

## 5.6 Adiestramiento

Como la planificación familiar postaborto no suele estar integrada en los actuales servicios de anticoncepción o inducción del aborto, los administradores tendrán que dar un adiestramiento sobre esa materia a todos los miembros del personal, incluyendo a los que no están directamente implicados en dichas actividades. En algunos casos, el personal de los servicios de tratamiento de emergencia del aborto apenas tiene formación, o no la tiene en absoluto en asesoramiento y métodos de planificación familiar básica. Por otra parte, el personal de planificación familiar no suele estar al corriente de las necesidades de las mujeres que abortan. Así pues, los administradores deben procurar que:

- todos los equipos asistan a una reunión de información sobre fundamentos de la planificación familiar postaborto, métodos aplicables y técnicas de asesoramiento;
- existan mecanismos para adiestrar a los nuevos miembros del personal a medida que se vaya renovando la plantilla; y
- todo el personal tenga acceso a sesiones de actualización y readiestramiento cuando proceda.

Los asesores y el personal que suministra los métodos a la clientela deberán recibir una formación más avanzada que comprenda:

- técnicas de comunicación interpersonal;
- motivos que incitan a la mujer a solicitar el aborto y necesidad de la planificación familiar postaborto;
- asesoramiento en situaciones de emergencia o en otras situaciones clínicas;
- necesidad de obtener el consentimiento informado y libre de la mujer, y procedimiento aplicable;
- información mínima para todas las mujeres que han tenido un aborto;
- tecnología anticonceptiva posparto;
- información sobre envío de casos a otros centros con fines de asistencia ulterior en planificación familiar y otras necesidades de salud reproductiva;
- escenificaciones en el marco del asesoramiento para facilitar el acceso a la planificación familiar postaborto; y
- asesoramiento bajo supervisión de pacientes o clientas.

Los asesores pueden pedir al Ministerio de Salud o a la asociación local de planificación familiar que les recomienden instructores locales para que se encarguen del adiestramiento. Si el personal de planificación familiar no conoce bien la situación clínica y sociomédica de las mujeres que abortan, se podrá recurrir a miembros de la facultad de medicina, de departamentos hospitalarios de tocoginecología, de asociaciones de médicos o enfermería o de otras organizaciones. Además, los IPAS han publicado material sobre planificación familiar postaborto en el marco de una guía sobre asesoramiento y servicios (*Postabortion Family Planning: A Curriculum Guide for Improving Counselling and Services*, IPAS, 1996).

### 5.7 Vigilancia y evaluación

Las actividades de vigilancia y evaluación no tienen por qué ser una tarea engorrosa. Para obtener la información necesaria puede utilizarse el material de archivo (registros de funcionamiento y estadísticas del servicio, fichas e historias de las clientas, listas de verificación) directamente o debidamente adaptado. Los administradores que deseen establecer un sencillo mecanismo de vigilancia en sus servicios de planificación familiar postaborto deberán:

- determinar qué tipo de información básica o regular se necesita para evaluar la calidad y/o tomar decisiones sobre gestión;

- establecer un método sencillo para el acopio sistemático de información básica sobre los servicios prestados; y
- hacer participar a todo el personal, compartiendo con él la información obtenida mediante la labor de vigilancia y evaluación.

Las actividades de vigilancia deben abarcar los siguientes aspectos:

- **Asesoramiento:** ¿se está dando actualmente un asesoramiento apropiado a las mujeres que han tenido un aborto? (p. ej., las pacientes, física y/o emocionalmente afectadas, quizá no puedan o no quieran hablar de planificación familiar).
- **Métodos anticonceptivos:** ¿son apropiados los protocolos y las prácticas actuales para su empleo postaborto con fines anticonceptivos?
- **Interacciones entre el personal y la clientela:** ¿están debidamente protegidas la confidencialidad, la privacidad y el recato de las pacientes?
- **Organización de los servicios:** ¿está bien integrada la planificación familiar postaborto en los servicios ordinarios de planificación familiar o en los de asistencia al aborto?
- **Adiestramiento del personal:** ¿reciben los agentes de salud un adiestramiento adecuado y sistemáticamente actualizado en materia de asesoramiento sobre planificación familiar postaborto, métodos y envío de casos a otros centros?

Importa que las actividades de vigilancia sean frecuentes y sistemáticas. El acopio de información no debe considerarse nunca como un fin en sí mismo, es decir como si su único objetivo fuera recoger y almacenar datos. Todos los que participan en el acopio deben estar enterados de que los distintos tipos de datos obtenidos se utilizarán para mejorar los servicios. Las entrevistas con los pacientes deben prepararse con antelación y transcribirse con todo cuidado. También las entrevistas del personal deben ser intencionadas y precisas. El personal debe participar en todas las fases del proceso, desde la modificación de un inventario de planificación familiar hasta la vigilancia de los diversos componentes del servicio y la utilización de los resultados de la vigilancia para resolver asuntos conflictivos. Ni que decir tiene que en el proceso de vigilancia deben participar los altos funcionarios médicos o del programa. Los asistentes sociales, enfermeras, empleados administrativos y recepcionistas pueden interactuar con la clientela y dar ideas sobre el funcionamiento de los servicios y las posibilidades de mejorarlos.

Con el título *Studying Unsafe Abortion: A Practical Guide*, la OMS ha publicado una guía práctica en la que se dan directrices más detalladas sobre vigilancia y evaluación de los abortos practicados sin garantías de seguridad. Existen además muchas otras publicaciones en las que se dan normas sobre evaluación global o sobre evaluaciones centradas en componentes específicos de la prestación del servicio (Aga Khan Health Services and University Research Corporation Center for Human Services, 1993; Dwyer et al., 1991; García-Núñez, 1992; Jain, 1992; Management Sciences for Health, 1993a; Management Sciences for Health, 1993b; Management Sciences for Health, 1992a; Management Sciences for Health, 1992b; Management Sciences for Health, 1992c; Management Sciences for Health, 1992d).

## 5.8 Vinculación y envío de casos

Los administradores deben ocuparse de establecer y mantener un sistema de envío de casos a establecimientos apropiados de la comunidad con objeto de reponer el material y mantener sin interrupción las actividades de planificación familiar. Si la planificación familiar no forma parte de los

servicios disponibles, el administrador deberá procurar que las usuarias reciban un mínimo de información sencilla y comprensible sobre el restablecimiento de la fecundidad y la disponibilidad de medios anticonceptivos seguros y eficaces, y que cuenten con un sistema de envío de casos que las encamine a la persona o el lugar apropiado en el seno de la comunidad o del establecimiento de salud.

Esta responsabilidad puede asumirse de varios modos. Cabe, por ejemplo, establecer y hacer pública una lista actualizada de las instituciones y fuentes locales de servicios de planificación familiar con las señas correspondientes. Los agentes de salud facilitarán a las interesadas el nombre y la dirección del servicio más próximo de planificación familiar. Importa también referirlas a otros servicios de salud reproductiva, habida cuenta que la salud femenina entraña muchos problemas; los servicios de inducción del aborto, por ejemplo, rara vez permiten por sí solos atender todas las necesidades de salud de las mujeres.

Un aspecto importante del envío de casos de aborto a otras instancias es la confidencialidad. Los programas del sector público y los organismos de financiación de algunos países exigen que se les dé el nombre de las personas atendidas a fin de documentar esos envíos. Esta práctica vulnera el carácter confidencial de la consulta y la confianza que esto suscita, redundando siempre a la larga en perjuicio de los programas. Los administradores deberán señalar al personal la necesidad de proteger la confidencialidad y esforzarse en preservar la intimidad personal de la clientela.

Cuando se envía una mujer a otro agente de planificación familiar habrá que darle verbalmente y/o por escrito la información médica relativa al empleo de ciertos métodos o a la capacidad de la interesada para mantenerse al tanto de posibles complicaciones que requieran asistencia. El personal debe hacerle ver que para poder elegir un método anticonceptivo apropiado debe tener una idea cabal de su historia reproductiva y su situación clínica actual. La mujer podrá entonces decidir si desea o no transmitir esa información al personal del establecimiento de envío de casos.

Los administradores deberán identificar otras fuentes comunitarias de asistencia en materia de salud reproductiva. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- **Servicios generales de salud donde las mujeres puedan recibir asistencia en caso de enfermedad (p. ej., paludismo o tuberculosis).** Entre estas fuentes figuran los centros de atención primaria de salud, los dispensarios de atención materno-infantil y planificación familiar (AMI/PF) del sector público, los dispensarios de las ONG y los médicos privados.
- **Depósitos de material anticonceptivo para métodos temporales.** Entre las fuentes disponibles cabe citar los centros de atención primaria de salud, los dispensarios de AMI/FP del sector privado, los dispensarios de las ONG, los servicios comunitarios y/o los depósitos comerciales.
- **Dispensadores de métodos permanentes o a largo plazo y de asistencia anticonceptiva inmediata.** Entre las fuentes disponibles figuran los centros de atención primaria de salud, los dispensarios de AMI/PF del sector privado, los dispensarios de las ONG y/o los médicos privados.
- **Servicios de ginecología, por ejemplo de diagnóstico y tratamiento de ETS/IAG, detección del cáncer, diagnóstico y tratamiento de trastornos menstruales, etc.** Entre las fuentes disponibles figuran los dispensarios de AMI/PF, los dispensarios de las ONG y/o los médicos privados.
- **Evaluación de abortos espontáneos repetidos y diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.** Entre las fuentes disponibles figuran los servicios hospitalarios de tocoginecología, los dispensarios de las ONG y/o los médicos privados.

- **Servicios obstétricos de asistencia prenatal.** Pueden ser necesarios para las mujeres que tienen el proyecto de quedar embarazadas inmediatamente. En general, puede obtenerse asistencia prenatal en los centros de atención primaria de salud, los dispensarios de AMI/PF y los médicos privados.
- **Violencia doméstica.** El personal de salud no debe ignorar que algunos embarazos no deseados pueden ser consecuencia de la violencia doméstica. Entre las posibles fuentes de ayuda a las que se puede recurrir figuran las asociaciones femeninas, los servicios sociales, los servicios de protección jurídica y los servicios de asesoramiento del sector público.

Con objeto de encaminar a las mujeres hacia las instancias de envío de casos más adecuadas, los administradores deberán informarse sobre los servicios disponibles en las inmediaciones y a distancia. Esta información debe comprender los tipos de servicios brindados, el costo de éstos y la ubicación. Conviene facilitar esta información por escrito a fin de que las clientas puedan llevársela a su casa.

### 5.9 Costo

La inclusión de asesoramiento y servicios de planificación familiar en cualquier sistema ya existente entraña costos suplementarios tanto para el establecimiento como para la clientela. Los costos originados por la prestación de nuevos servicios de planificación familiar postaborto pueden dividirse en los siguientes capítulos:

- adiestramiento del personal existente en materia de asesoramiento y prestación de servicios de planificación familiar;
- contratación de personal especial para que se encargue del asesoramiento y/o de los servicios anticonceptivos postaborto;
- adquisición de material anticonceptivo, en particular nuevos formularios y material educativo para la clientela; y
- habilitación de un espacio apropiado para el asesoramiento en privado.

Es más rentable establecer un servicio de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados que una prestación centralizada en el medio urbano del tratamiento de emergencia de las complicaciones obstétricas (Maine, 1991). Aunque la planificación familiar no suprime por completo los embarazos no deseados y el aborto, los programas que brindan a la mujer la posibilidad de recibir asesoramiento y métodos de planificación familiar tras un aborto dan resultados muy apreciables. Sin embargo, muchos países tropiezan con graves dificultades económicas que encarecen la asistencia sanitaria y el suministro de anticonceptivos. Incluso en algunos establecimientos del sector público, donde la asistencia es tradicionalmente gratuita, se exige ahora el pago de las prestaciones.

En el sector público los administradores apenas pueden influir en el costo de los servicios. Pero esto no debe hacerles olvidar que el aumento de precio de los anticonceptivos puede estar contribuyendo decisivamente al mayor número de embarazos no deseados. Por consiguiente, los administradores deberán:

- identificar los puntos mejor situados en los que las mujeres puedan obtener servicios anticonceptivos asequibles;
- formar personal para esa labor de envío de casos; y
- controlar la información suministrada a las pacientes.

En algunos sitios la clientela ha respondido favorablemente a la oferta de una asistencia completa en materia de salud reproductiva, y esto ha permitido abaratar los servicios de planificación familiar. En general, sin embargo, los administradores deberán hacer hincapié en las economías y en las mejoras cualitativas que pueden derivarse de un programa de planificación familiar postaborto.

### Bibliografía del capítulo 5

Abernathy, M. et al. *A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion*. Carrboro, NC: IPAS, 1993.

Aga Khan Health Services and University Research Corporation Center for Human Services. *Primary Health Care Management Advancement Programme*, Modules 1-9. Washington, D.C.: Aga Khan Foundation, 1993.

AVSC International. *COPE (Client Oriented Provider Efficient) Services: A Process and Tools for Quality Improvement in Family Planning and Other Reproductive Health Services*. Nueva York: AVSC International, 1995.

Benson, J., Gringle, R. y Winkler, J. Preventing Unwanted Pregnancy: Management Strategies to Improve Postabortion Care. *Advances in Abortion Care*, 5(1), Carrboro, NC: IPAS, 1996.

Dwyer, J. et al. COPE; A Self-Assessment Technique for Improving Family Planning Services. *AVSC Working Paper*, #1, abril de 1991.

García-Núñez, J. *Improving Family Planning Evaluation: A Step-by-Step Guide for Managers and Evaluators*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, Inc., 1992.

Jain, A.K., ed. *Managing Quality of Care in Population Programmes*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, Inc., 1992.

Otsea, K., Benson, J. y Measham, D. *A Manual for Self-Assessment of the Quality of Postabortion Care*. Carrboro, NC: IPAS.

Maine, D. *Safe Motherhood Programmes: Options and Issues*. Nueva York: Center for Population and Family Health, Columbia University, 1991.

Management Sciences for Health. Analysing Costs for Management Decisions. *The Family Planning Manager*, 2(2), marzo/abril de 1993a.

Organización Mundial de la Salud. *Anticonceptivos de barrera y espermicidas: su uso en la planificación de la familia*. Ginebra: OMS, 1987.

Organización Mundial de la Salud. *Anticonceptivos inyectables: su uso en la planificación de la familia*, Ginebra: OMS, 1990a.

Organización Mundial de la Salud. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. WHO/FHE/MSM/94.1, Ginebra: OMS, 1994.

Organización Mundial de la Salud: *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*, Ginebra: OMS, 1994.

Organización Mundial de la Salud. *Esterilización femenina: Guía para la prestación de servicios*. Ginebra: OMS, 1993.

Organización Mundial de la Salud. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. WHO/FRH/FPP/96.9, Ginebra: OMS, 1996.

Organización Mundial de la Salud. *Norplant Contraceptive Subdermal Implants: Managerial and Technical Guidelines*. Ginebra: OMS, 1990b.

Organización Mundial de la Salud. *Pautas técnicas y de gestión para servicios de vasectomía*. Ginebra: OMS, 1988b.

Organización Mundial de la Salud. *Planificación natural de la familia: Guía para la prestación de servicios*. Ginebra: OMS, 1988a.

Organización Mundial de la Salud. *Studying Unsafe Abortion: A Practical Guide*. WHO/RHT/MSM/96.25, Ginebra: OMS, 1996.

Organización Mundial de la Salud. *Dispositivos intrauterinos: Directrices técnicas y de gestión para servicios asistenciales*. Ginebra: OMS, 1998.

Organización Mundial de la Salud: *Technical and Managerial Guidelines for Oral Contraceptives*. Ginebra: OMS, [en prensa].

\_\_\_\_\_. Using CQI to Strengthen Family Planning Programmes. *The Family Planning Manager*, 2(1), enero/febrero de 1993b.

\_\_\_\_\_. Improving Contraceptive Supply Management. *The Family Planning Manager*, 1(4), septiembre/octubre de 1992a.

\_\_\_\_\_. Reducing Client Waiting Time. *The Family Planning Manager*, 1(1), marzo/abril de 1992b.

\_\_\_\_\_. Using Maps to Improve Services. *The Family Planning Manager*, 1(5), noviembre/diciembre de 1992c.

\_\_\_\_\_. Using Service Data: Tools for Taking Action. *The Family Planning Manager*, 1(2), mayo/junio de 1992d.

Winkler, J. y Gringle, R. Eds. *Postabortion Family Planning: A Curriculum Guide for Improving Counselling and Services*. IPAS, 1996.



## CAPÍTULO 6

### SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL ABORTO

#### 6.1 Tipos de programas de tratamiento

En casi todos los servicios públicos de asistencia sanitaria figura el tratamiento del aborto incompleto y de otras complicaciones del aborto. También en otros establecimientos asistenciales (p. ej., hospitales de misiones o del sector privado) pueden obtenerse servicios de tratamiento de emergencia del aborto. En este capítulo se explicará como los administradores de estos servicios pueden incorporar en sus programas la planificación familiar postaborto (Greenslade et al., 1994).

##### 6.1.1 Hospitales terciarios y de primer nivel de envío de casos

Muchos centros sanitarios u hospitales de nivel bajo no disponen de medios para el tratamiento de las complicaciones del aborto, por lo que envían a las pacientes a establecimientos terciarios. Esta práctica puede responder a la falta de personal adiestrado o a la idea de que las mujeres con un aborto incompleto necesitan las competencias y los medios de un hospital del nivel terciario. Sin embargo muchas mujeres tratadas en este nivel podrían haber sido asistidas de manera más apropiada en el primer nivel de envío de casos o incluso en un centro de atención primaria. En general, las mujeres que reciben asistencia a consecuencia de un aborto en el nivel terciario habían acudido inicialmente al servicio de urgencias de un hospital, pasando luego a un servicio de cirugía mayor o menor y siendo trasladadas por último a una sala de ginecología o a un servicio de recuperación.

Aunque el método más seguro de evacuación uterina en el primer trimestre es la aspiración en vacío, muchos hospitales siguen practicando el legrado directo o la dilatación seguida de legrado para tratar el aborto incompleto. El legrado directo exige a veces anestesia general o sedación profunda y entraña un mayor riesgo de complicaciones que la aspiración en vacío, por lo que las mujeres dependen más de los hospitales del nivel terciario para el tratamiento de las complicaciones del aborto (Greenslade et al., 1993); en cambio, la aspiración en vacío puede practicarse sin riesgo en un nivel inferior del sistema de salud, ya que no exige quirófano y sólo requiere un mínimo de analgésicos (OMS, 1994).

En los servicios de ginecología de los grandes hospitales, los ingresos por complicaciones del aborto representan un alto porcentaje del total; esta abrumadora proporción de casos causa a menudo hacinamiento y suele suscitar actitudes negativas en el personal. El tratamiento de las complicaciones del aborto consume a veces hasta el 60% de los recursos de un departamento tocoginecológico (Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de Bolivia, 1976; Liskin, 1980). Cuando estos tratamientos se hacen en régimen de hospitalización, cabe la posibilidad de asesorar y asistir a la mujer en materia de planificación familiar mientras se restablece en espera del alta. Por desgracia, en los servicios de tratamiento de emergencia del aborto el personal no suele estar preparado ni equipado para la planificación familiar y, por otra parte, el arsenal terapéutico no suele incluir material anticonceptivo.

El tratamiento de emergencia del aborto puede practicarse también en régimen ambulatorio. La reducción resultante de la estancia en el hospital ofrece ventajas tanto para la mujer como para el sistema de salud, pero puede dificultar la prestación de servicios de planificación familiar postaborto. Aunque los hospitales del primer nivel de envío de casos no siempre cuentan con departamentos independientes de obstetricia o ginecología, en su mayor parte disponen de un quirófano para las intervenciones de cirugía menor. Las mujeres que desean abortar ingresan en esos establecimientos a través del sector ambulatorio y pasan inmediatamente al quirófano. Muchos hospitales carecen de suficiente personal, por lo que el tratamiento no es inmediato. En general, sin embargo, en los hospitales pequeños hay menos tiempo de espera porque el volumen de casos de aborto es mucho menor que en los establecimientos terciarios.

El principal inconveniente de todos esos establecimientos es que el servicio de tratamiento de emergencia del aborto suele estar en un sector físico y administrativamente separado del servicio de planificación familiar; por lo que resulta difícil vincularlos. Además, el personal de ambos servicios puede considerar que no le incumbe la labor de planificación familiar postaborto. Así pues, para brindar un buen servicio de planificación familiar postaborto, los administradores deberán coordinar ambos servicios o establecer un sistema eficaz de envío de casos entre los puntos de prestación. Como no hay una ubicación ideal para prestar servicios de planificación familiar tras el tratamiento de las complicaciones del aborto, los administradores deberán examinar la posibilidad de que en distintos sectores de una misma institución se brinden a la vez servicios de tratamiento del aborto y planificación familiar a fin de hacerlos más accesibles. Para ello podrá incluirse el tratamiento del aborto en los dispensarios de planificación familiar o dar formación al personal de ginecología en materia de planificación.

### **6.1.2 Nivel de atención primaria**

Pocos sistemas de salud prevén el tratamiento de las complicaciones del aborto a nivel primario. En los centros que prestan servicios de este tipo el adiestramiento del personal comprende el tratamiento de los abortos incompletos sin complicaciones graves y el envío a instancias superiores de los casos restantes. En muchos de estos centros de atención primaria se utiliza la aspiración uterina en vacío, intervención rápida y segura que puede practicarse con un nivel mínimo de analgesia. Estos centros facilitan a menudo servicios de planificación familiar, reforzando así los vínculos con la planificación familiar postaborto y estableciendo al mismo tiempo un mecanismo de prestación permanente. La descentralización del tratamiento de emergencia hasta el nivel más bajo en el que se disponga de personal adiestrado, suministros y equipo no sólo mejora el acceso de la mujer al aborto en condiciones de seguridad sino también las perspectivas de planificación familiar postaborto.

## **6.2 Locales**

En general, el espacio dedicado al tratamiento de emergencia del aborto puede utilizarse para la aplicación de métodos anticonceptivos. Los administradores deberán prever el almacenamiento de anticonceptivos y material educativo en condiciones adecuadas. Incluso en los establecimientos con un espacio limitado cabe facilitar información sobre planificación familiar de diversos modos. Tanto en la sala de espera como en los locales de tratamiento y recuperación pueden instalarse carteles murales que ilustren a la clientela sobre las ventajas de la planificación familiar o sobre las opciones anticonceptivas. Otra posibilidad es que el personal informe a la clientela sobre planificación familiar mediante charlas en las salas de espera o los cuartos de recuperación. En este último caso, los administradores deberán tener en cuenta la necesidad de ampliar las salas de espera a fin de acoger a las parejas u otros familiares de las mujeres, si éstas lo desean, y de facilitar al personal material impreso o audiovisual para reforzar la información disponible.

Otra medida para mejorar los servicios de planificación familiar postaborto es indicar a las usuarias, mediante la colocación de signos o instrucciones bien visibles, a dónde deben dirigirse cuando reciban el alta. En los hospitales donde las zonas de tratamiento del aborto y de planificación familiar están separadas, esta medida ayudará mucho a la clientela a encontrar el tipo de asistencia que necesita. En los servicios de tratamiento del aborto que no incluyen la planificación familiar, servirá asimismo para que las mujeres localicen el lugar a donde tienen que acudir.

## **6.3 Equipo, suministros y material**

El equipo y los suministros necesarios para facilitar servicios de planificación familiar en un centro de tratamiento de emergencia del aborto no difieren de los que se necesitan en cualquier servicio de planificación familiar. Los requisitos específicos del tratamiento de emergencia son la disponibilidad, la reposición y el almacenamiento de material educativo y de planificación familiar. Como hasta ahora no se solían facilitar servicios de planificación familiar en el contexto del tratamiento de emergencia del

aborto, estos centros no suelen estar provistos de material anticonceptivo. Sin embargo, los administradores deberán encontrar la manera de que en cualquier momento pueda disponerse de una reserva de métodos temporales, sin perjuicio de que se cuente con una gama más amplia en otro lugar. Así por ejemplo, si la mujer no acierta a decidir qué método le parece más apropiado, el agente de salud podrá ofrecerle preservativos, espermicidas, anticonceptivos orales o inyectables a título provisional y ponerla en contacto con el servicio de asistencia ulterior. El administrador de un centro de tratamiento de emergencia del aborto deberá tomar las siguientes medidas para garantizar la disponibilidad del equipo y los suministros necesarios para la planificación familiar postaborto:

- coordinar las actividades con la de los dispensarios de planificación familiar del hospital o centro de salud a fin de establecer un mecanismo de abastecimiento o reabastecimiento de material;
- facilitar material escrito o visual sobre métodos anticonceptivos que las clientas - incluso las analfabetas - puedan llevarse a su casa;
- almacenar todos los métodos disponibles, ya que las mujeres suelen practicar la anticoncepción mejor y con más seguridad cuando tienen la posibilidad de elegir entre varios métodos; y
- establecer y aplicar protocolos clínicos y de gestión para los anticonceptivos y el material educativo.

Algunas de las mujeres asistidas a raíz de un aborto pueden optar por un método anticonceptivo a largo plazo, por ejemplo los implantes de NORPLANT<sup>®</sup> o los DIU. Estas prestaciones pueden facilitarse inmediatamente después del tratamiento de las complicaciones de un aborto, siempre y cuando:

- en el sector donde se administra el tratamiento se disponga del equipo y de los suministros necesarios;
- la clienta, previamente asesorada, haya tomado una decisión fundada; y
- un agente de salud especialmente adiestrado haya excluido cualquier contraindicación médica.

En los centros de tratamiento del aborto que no dispongan de ese material habrá que examinar la posibilidad de constituir una reserva, ya que basta una pequeña innovación para poder prestar a las mujeres esos servicios adicionales que amplían en gran medida sus opciones anticonceptivas inmediatas. Si esto no es posible, los administradores deberán establecer un protocolo para el envío inmediato de las clientas a otros establecimientos que dispongan de esos servicios.

#### **6.4 Circulación de la clientela**

En los servicios de urgencias de los hospitales el personal se enfrenta a menudo con múltiples problemas y un gran volumen de casos en una tensa atmósfera de trabajo. Aunque las mujeres con complicaciones de un aborto deben ser atendidas inmediatamente, esto no sucede siempre (Abernathy et al., 1993). En algunos hospitales pueden pasar varias horas hasta que reciben tratamiento. Algunos profesionales de la salud que tienen una actitud negativa respecto al aborto pueden hacérselo sentir a las mujeres que sufren las complicaciones de un episodio de este tipo. Pero la larga espera puede obedecer a otras razones; salvo en los casos graves que requieren tratamiento inmediato, muchos servicios de urgencia tienen programado el tratamiento del aborto en momentos determinados del día y no atienden inmediatamente a las mujeres que acuden al hospital. En algunos hospitales sólo se dispone de un médico para el tratamiento y, si la mujer llega cuando éste se ha ausentado o está ocupándose de otra paciente, tendrá que esperar hasta su regreso para que la atienda. La costumbre de hacer aguardar a las mujeres varias

horas en espera del tratamiento puede perturbar la circulación de la clientela, originar atrasos en la recepción o en las salas y aumentar el riesgo de complicaciones médicas ulteriores.

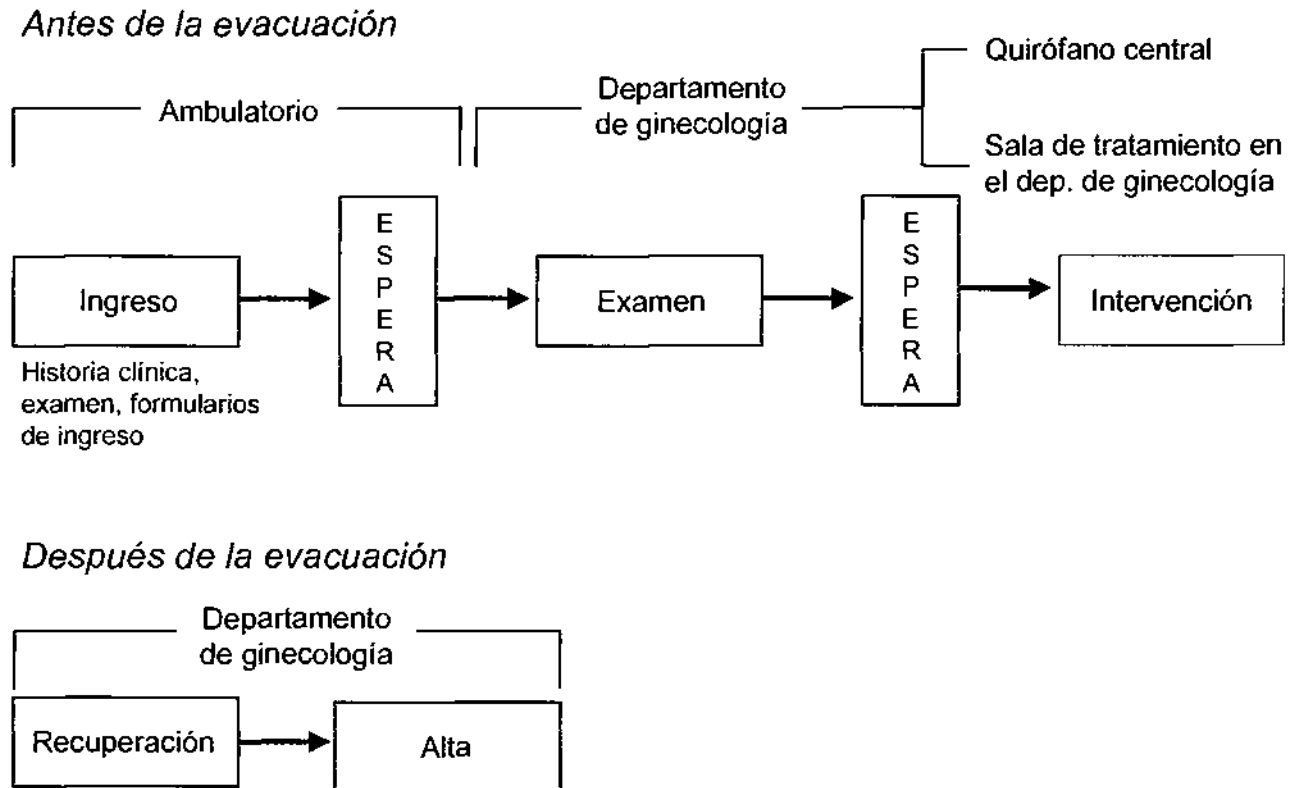
La responsabilidad primordial del administrador es facilitar la circulación de las clientas y evitar atascos (véase la sección 5.4). En la figura 1 se presenta un modelo del itinerario que deben seguir las mujeres en el hospital cuando la asistencia no comprende aún servicios de planificación familiar; una vez incluidos éstos, habrá que preparar otro modelo y comparar el tiempo que pasa la clientela en cada fase del proceso global de asesoramiento y tratamiento.

Cuando las mujeres con complicaciones de un aborto tienen que pasar algún tiempo de espera antes y después del tratamiento, cabe aprovechar esos periodos para darles información sobre planificación familiar si su estado clínico no les impide participar en una sesión de grupo. Por supuesto, en caso de complicaciones graves habrá que esperar a que mejore su estado de salud, ya que incluso cuando los problemas médicos son menos importantes la tensión emocional puede impedir que absorban esa información. En cualquier caso, las sesiones de información en grupo no reemplazan al asesoramiento individual, que permite evaluar las necesidades personales de cada mujer y da a éstas ocasión de exponer sus dudas o sus preocupaciones.

Los administradores pueden aprovechar estos periodos de espera o recuperación de diversos modos:

- instalando en las salas de espera o recuperación algún sistema audiovisual (p. ej., un magnetoscopio) para informar a las mujeres sobre la gama de métodos anticonceptivos disponibles y las características de los mismos;
- poniendo a disposición de las pacientes prospectos o folletos de información que puedan ojear durante la espera o llevarse a casa;
- organizando una charla de divulgación a cargo de un asesor facilitado por una clínica de planificación familiar; o
- organizando visitas al sector de tratamiento de emergencia del aborto, a cargo de un asesor de planificación familiar o una enfermera de ginecología, para orientar individualmente a las pacientes durante la fase de recuperación previa al alta.

**Figura 1**  
**Modelo de circulación de la clientela en el tratamiento del aborto incompleto**



Tomado, con modificaciones, de M. et al. *A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion*. Carrboro, NC: IPAS, 1993

El tratamiento del aborto en régimen ambulatorio resulta normalmente más eficaz que en régimen de hospitalización, debido a que la reducción de los tiempos de espera acorta la estancia de las pacientes. Además, una mujer tratada en régimen ambulatorio con menores dosis de analgésicos está mejor dispuesta a exponer sus necesidades y deseos en materia de anticoncepción que las tratadas bajo anestesia general o sedación profunda, a las que no se les debe plantear el problema de la planificación familiar hasta que no estén plenamente recuperadas del efecto de los fármacos.

Para mejorar la circulación de la clientela y vincular los servicios de planificación familiar y aborto cabe recurrir a otros métodos. Uno de ellos es incluir la asistencia al aborto entre los servicios prestados en la clínica de planificación familiar, donde se dispone de personal, suministros y material de planificación durante las horas de trabajo, vinculando estas actividades con las de un hospital y desarrollándolas en régimen ambulatorio. Fuera de las horas de trabajo, el hospital tomará el relevo y asegurará la continuidad de la asistencia durante las 24 horas del día. El administrador podrá también establecer y aplicar protocolos adecuados para la transferencia de casos entre el centro de tratamiento y la clínica de planificación familiar del hospital. Otra iniciativa original para lograr la vinculación consiste en entregar a las mujeres tratadas por complicaciones del aborto unas tarjetas que les den derecho a una consulta gratuita en la clínica de planificación familiar.

Las mujeres transferidas a la clínica de planificación familiar pueden perturbar la circulación de la clientela: por ejemplo, si se trata a las pacientes de aborto incompleto en momentos determinados del día y se las envía luego inmediatamente a la clínica de planificación familiar de un establecimiento sanitario, ésta puede verse en la imposibilidad de absorber esta repentina sobrecarga de trabajo. Los administradores de los servicios de asistencia al aborto deberán ponerse de acuerdo con los de las clínicas de planificación familiar para que el personal esté informado de antemano sobre cualquier aumento del número de pacientes a fin de que todas las recién llegadas puedan recibir asistencia lo antes posible.

## 6.5 Personal

### 6.5.1 Distribución del personal

Para centrar bien la planificación familiar postaborto en el momento del tratamiento de emergencia del aborto, los administradores tendrán que decidir cuál de los siguientes grupos deberá encargarse de esa labor:

- el personal disponible para la asistencia de emergencia del aborto;
- personal suplementario que se consagre exclusivamente a la planificación familiar postaborto;
- asesores al servicio de la clínica de planificación familiar del establecimiento de salud; o
- personal voluntario debidamente adiestrado que esté dispuesto a consagrar su tiempo a las mujeres que han tenido un aborto.

El personal que trabaja en el sector de tratamiento del aborto puede estar en condiciones de atender las necesidades de planificación familiar postaborto, toda vez que está ya familiarizado con las circunstancias médicas y tiene conocimiento de la clientela. Sin embargo, antes de utilizar a ese personal para dispensar asesoramiento y servicios de planificación familiar habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- es posible que ese personal no pueda o no quiera aceptar nuevas responsabilidades;
- la renovación acelerada del personal puede dificultar la formación de un núcleo de personal adiestrado para dar asesoramiento sobre planificación familiar;
- los establecimientos que ofrecen tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto durante las 24 horas del día necesitarán formar más personal para aconsejar y orientar sobre planificación familiar; y
- el personal de los servicios de emergencia actúa con un criterio curativo y debe recibir orientaciones sobre los aspectos preventivos de la planificación familiar postaborto.

Los administradores pueden investigar también la posibilidad de utilizar personal prestado por otros servicios de la misma institución o de otras para que se encargue del asesoramiento sobre planificación familiar. Algunos hospitales, por ejemplo, cuentan con asesores de planificación familiar postparto en las salas de obstetricia que se encargan también de visitar a las mujeres que están recuperándose de un aborto. El personal con experiencia en el asesoramiento postparto deberá tener presente que las mujeres tratadas por complicaciones de un aborto no tienen las mismas necesidades clínicas y emocionales que las que han dado a luz, por lo que deberán darles un asesoramiento específico (véase la sección 1.6 y el cuadro 2).

Si se decide que el personal clínico de planificación familiar se encargue también del suministro de anticonceptivos después del aborto, los administradores de los servicios de tratamiento de emergencia tendrán que prever la necesidad de asesorar a las interesadas durante las horas en que la clínica está cerrada y durante los fines de semana o días de fiesta.

### 6.5.2 Actitudes del personal

Es posible que el personal encargado del tratamiento de emergencia del aborto no dé carácter prioritario a la planificación familiar postaborto, en detrimento de la comunicación que es indispensable para un buen asesoramiento. Los administradores deberán tomar las medidas indicadas en la sección 5.5.2 para resolver ese problema.

### 6.5.3 Supervisión del personal

El supervisor de los servicios de tratamiento de emergencia del aborto puede contribuir a que las mujeres que abortan reciban una asistencia de planificación familiar inmejorable en relación con los recursos existentes estableciendo un plan en el que se especifique claramente cómo se prestarán los servicios de anticoncepción postaborto y quiénes se encargarán de esa prestación. El administrador puede examinar la posibilidad de establecer un sistema de control de calidad para facilitar la supervisión. Además de aplicar las indicaciones que figuran en la sección 5.5.3, los administradores podrían realizar revisiones periódicas de las historias clínicas y los registros de actividades para determinar si la planificación familiar postaborto se efectúa correctamente.

## 6.6 Adiestramiento

Es posible que el personal de los servicios de tratamiento de emergencia del aborto no haya recibido jamás adiestramiento en materia de asesoramiento y métodos de planificación familiar; ahora bien, importa que esté bien informado sobre la planificación familiar en general y sobre las actividades de asesoramiento y anticoncepción postaborto. El personal que se encarga de estas últimas actividades necesita a su vez un adiestramiento especial para mejorar sus conocimientos teóricos y prácticos (véase la sección 5.6). Los administradores podrán recurrir a los programas públicos o privados de planificación familiar para organizar el adiestramiento inicial o permanente del personal de tratamiento de emergencia. En el manual sobre asistencia postaborto titulado *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care* (Postabortion Care Consortium, 1995) se dan normas clínicas y de gestión para mejorar la asistencia en los servicios de tratamiento de emergencia así como la vinculación de éstos con la planificación familiar.

## 6.7 Vigilancia y evaluación

La información necesaria para la labor de vigilancia y evaluación puede obtenerse (directamente o mediante ciertas modificaciones previas) de los registros de actividades, las estadísticas de servicio, los controles telefónicos, las gráficas y las listas de comprobación existentes (véase la sección 5.7).

Para vigilar la prestación de servicios de planificación familiar postaborto conviene llevar un registro de los servicios anticonceptivos prestados durante el tratamiento en el sector terapéutico. Si una mujer elige un método determinado de tratamiento, éste deberá constar en dicho registro. También puede ser útil anotar si la mujer ha utilizado ya algún método a fin de identificar posibles problemas atribuibles a un fallo de dicho método. La prestación deberá ser objeto de especial vigilancia, independientemente de que se asesore o no a la mujer y de que ésta acepte o no el método.

Los elementos de un buen servicio de planificación familiar postaborto deben servir de guía para organizar los servicios de evaluación (véase el capítulo 2). Siempre que sea posible, habrá que modificar los formularios de vigilancia o evaluación existentes para incluir en ellos una evaluación de cualquier

servicio prestado de planificación familiar postaborto. Para evaluar la aceptabilidad de los servicios habrá que prever entrevistas regulares con las pacientes. El personal clínico de planificación familiar podrá utilizarse para estas funciones y contribuir periódicamente a evaluar los servicios de planificación familiar prestados en el marco del tratamiento del aborto.

### 6.8 Vinculación y envío de casos

Si no se prestan servicios de planificación familiar en el sector de tratamiento del aborto, el administrador de éste deberá establecer protocolos de envío de casos para remitir las mujeres a un especialista o un establecimiento de los servicios de salud o de la comunidad en donde puedan recibir dicha asistencia. El personal asistencial debe tener muy en cuenta la necesidad de informarlas sobre los lugares a donde deban dirigirse para recibir asistencia ulterior (inclusive en caso de complicaciones) en relación con el uso de métodos a largo plazo o el reabastecimiento de material. Asimismo ha de procurar que no se sientan identificadas como mujeres que han tenido un aborto, a menos que esa información sea esencial para la asistencia ulterior. Importa especialmente evaluar las necesidades que puedan tener esas mujeres de otros servicios generales de salud a fin de darles toda la asistencia disponible y encaminarlas si es preciso a otras fuentes de asistencia apropiadas.

### 6.9 Costo

Los presupuestos de los hospitales suelen dividirse por departamentos, asignando a cada uno de éstos los fondos que necesite para la asistencia que presta. Si los servicios de planificación familiar y asesoramiento se presupuestan y costean en otro sector del establecimiento sanitario, es posible que un departamento de tratamiento de emergencia que desee facilitar también servicios de planificación familiar tropiece con dificultades para cubrir los gastos adicionales de personal y material anticonceptivo. Los administradores de servicios de tratamiento de emergencia del aborto tendrán que determinar cuáles son los gastos desatendidos en el presupuesto existente y negociar las rectificaciones necesarias con la administración del hospital y la clínica de planificación familiar. Por fortuna, cierto es que los servicios y el asesoramiento de planificación familiar postaborto no requieren una ampliación costosa de infraestructuras, suministros y personal, y basta a veces una inversión mínima para mejorar considerablemente los servicios disponibles.

Los administradores de los servicios de tratamiento de emergencia deben estar bien informados del costo de los anticonceptivos requeridos por las mujeres y procurar que cada mujer pueda obtener la información y los servicios que desee antes de abandonar el hospital. Hay varias soluciones para reducir el incremento futuro de gastos para las usuarias: facilitar a las tratadas por complicaciones del aborto un «cupón» de planificación familiar que les permita acudir más tarde al dispensario u obtener un método gratuitamente; y costear los gastos de transporte a las mujeres transferidas a otros establecimientos para que reciban servicios anticonceptivos.

Independientemente de que los servicios se faciliten en el marco del tratamiento de emergencia o en la clínica de planificación familiar del mismo hospital, al dar a las mujeres la posibilidad de obtener asesoramiento y métodos anticonceptivos antes de recibir el alta saldrán ganando tanto aquellas como el hospital.

## Bibliografía del capítulo 6

Abernathy, M. et al. *A Guide to Assessing Resource Use for the Treatment of Incomplete Abortion*. Carrboro, NC: IPAS, 1993.

Greenslade, F. et al. *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical & Programmatic Experience Worldwide*. Carrboro, NC: IPAS, 1993.

Greenslade, F. et al. Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion. *Advances in Abortion Care*, 4(1). Carrboro, NC: IPAS, 1994.

Liskin, L.S. Complications of Abortion in Developing Countries. *Population Reports*, Series F, 7(106), 1980.

Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de Bolivia. Diagnóstico de la Situación de la Salud Materno-Infantil. En Federación Internacional de Planificación de la Familia. Abortion - Cost of Illegality. *People*, 3(28), 1976.

Organización Mundial de la Salud. *Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: OMS, 1995.

Postabortion Care Consortium, Winkler et al., eds. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*, 4(1). Postabortion Care Consortium, 1995.



## CAPÍTULO 7

### SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

#### 7.1 Tipos de programas de planificación familiar

Es esencial que los programas de planificación familiar atiendan las necesidades de las mujeres que han tenido un aborto. Aunque los administradores de estos programas pueden recurrir a diversas medidas sencillas y económicas en favor de las mujeres que han recibido asistencia a este respecto, a menudo no existe una buena vinculación entre los servicios de asistencia al aborto y los de planificación familiar. Los administradores que optan por vincular esos servicios no tardan en darse cuenta de que no sólo prestan ayuda a un importante grupo de mujeres sino que mejora en consecuencia la calidad de sus programas.

En el cuadro 7 se exponen las características de los principales tipos de programas de planificación familiar, clasificados por orden descendente en función de su vinculación actual o potencial con los servicios de asistencia al aborto. En otros términos, los dispensarios de planificación familiar de los hospitales, los centros de atención primaria de salud y los dispensarios de planificación familiar de las ONG son los principales interesados en coordinar sus servicios con los de tratamiento del aborto. Por otra parte, aunque los servicios comunitarios y los programas de «comercialización social» brindan una buena base para reponer el material y los profesionales independientes pueden facilitar métodos permanentes o a largo plazo, unos y otros suelen ser más difíciles de vincular directamente a los servicios de asistencia al aborto. Por consiguiente, se detallará más la información sobre los tres medios de prestación mencionados inicialmente: los dispensarios de los hospitales, los centros de atención primaria de salud y los dispensarios de ONG.

Cuadro 7

Tipos de programas de planificación familiar

Ubicación y personal	Servicios disponibles	Métodos anticonceptivos normalmente disponibles
<b>Dispensarios de planificación familiar de los hospitales</b>		
<p>Ubicación: En hospitales del sector público o de otro tipo.</p> <p>Personal: Puede comprender enfermeras y enfermeras-parteras, asistentes sociales o asesores. La disponibilidad de médicos puede ser limitada</p>	<p>En general facilitan asesoramiento y servicios de planificación familiar en régimen ambulatorio.</p> <p>Pueden facilitar servicios ginecológicos (p. ej., detección del cáncer y de ETS).</p> <p>Pueden proporcionar servicios de planificación familiar postparto (p. ej., durante las visitas regulares del personal a las mujeres hospitalizadas).</p> <p>Pueden recibir casos enviados por establecimientos a nivel primario.</p>	<p>Métodos temporales (p. ej., preservativos, anticonceptivos orales e inyectables).</p> <p>Métodos permanentes y a largo plazo (p. ej., DIU, implantes de NORPLANT<sup>®</sup> y esterilización femenina).</p>
<b>Centros de atención primaria de salud</b>		
<p>Ubicación: En centros de atención primaria de salud del sector público.</p> <p>Personal: Puede comprender enfermeras o enfermeras-parteras y técnicos. No siempre se dispone de médicos, pero éstos pueden hacer visitas regulares (p. ej., semanales o mensuales)</p>	<p>Servicios de salud materno-infantil: (p. ej., puericultura, vacunaciones).</p> <p>Planificación familiar.</p> <p>Pueden facilitar métodos al personal de los servicios comunitarios.</p>	<p>Métodos temporales (p. ej., preservativos, anticonceptivos orales e inyectables).</p> <p>Pueden facilitar métodos a largo plazo (p. ej., DIU) durante las horas en que disponen de personal adiestrado y/o pueden enviar casos a otros establecimientos asistenciales.</p>

Ubicación y personal	Servicios disponibles	Métodos anticonceptivos normalmente disponibles
<b>Dispensarios de planificación de ONG</b> (p. ej., asociaciones de planificación familiar, otras organizaciones privadas).		
<p>Ubicación: En cualquier sitio, aunque en general en zonas urbanas.</p> <p>Personal: Personal paramédico, enfermeras y enfermeras-parteras para la mayor parte del trabajo; puede haber médicos disponibles.</p>	<p>Servicios de planificación familiar.</p> <p>Pueden prestar otros servicios de salud reproductiva (p. ej., cuidados prenatales y detección y tratamiento de ETS).</p> <p>Pueden recibir casos o enviarlos a otras instancias.</p>	<p>Métodos temporales (p. ej., preservativos, anticonceptivos orales e inyectables).</p> <p>Métodos permanentes o a largo plazo (p. ej., DIU, implantes de NORPLANT® y esterilización femenina o masculina).</p> <p>Pueden facilitar todos los métodos disponibles o enviar casos a otros establecimientos para ciertos métodos (p. ej., esterilización quirúrgica).</p>
<b>Servicios comunitarios</b>		
<p>Ubicación: El personal de los servicios comunitarios desempeña sus funciones en la comunidad, a menudo en el marco de un vasto programa público o privado.</p> <p>Personal: Miembros de la comunidad adiestrados para prestar ciertos servicios y dar asesoramiento.</p>	<p>Información sobre planificación familiar.</p> <p>Venta o aplicación de métodos temporales.</p> <p>Pueden prestar otros servicios de salud.</p>	<p>Métodos temporales (p. ej., preservativos, anticonceptivos orales e inyectables).</p> <p>Pueden enviar casos a otros establecimientos para la aplicación de métodos permanentes o a largo plazo.</p>
<b>Programas de comercialización social</b>		
<p>Ubicación: Despachos comerciales (p. ej., farmacias, tiendas); los programas suelen ser de ámbito nacional y se basan en investigaciones de comercialización sobre preferencias y capacidad adquisitiva de los consumidores.</p> <p>Personal: Farmacéuticos, personal comercial debidamente adiestrado.</p>	<p>Métodos de venta.</p> <p>En general facilitan información mediante carteles, folletos, prospectos en los envases, etc.</p>	<p>Métodos temporales (p. ej., preservativos, anticonceptivos orales e inyectables) si se dispone de personal debidamente adiestrado.</p> <p>Pueden enviar casos a los programas de planificación familiar para la aplicación de métodos permanentes o a largo plazo.</p>
<b>Profesionales independientes</b>		
<p>Ubicación: En general, zonas urbanas.</p> <p>Personal: Médicos, y en menor medida, enfermeras-parteras en práctica privada.</p>	<p>Los servicios prestados varían según el tipo de ejercicio profesional.</p>	<p>Los médicos pueden ofrecer una amplia gama de métodos o enviar casos a otras instancias para la aplicación de ciertos métodos.</p> <p>Las enfermeras-parteras adiestradas pueden aplicar todos los métodos y enviar casos a otras instancias.</p>

## 7.2 Qué pueden hacer los administradores de programas de planificación familiar

Los administradores de programas de planificación familiar pueden tomar diversas medidas para organizar o mejorar los servicios de planificación familiar postaborto. Algunos quizá necesiten familiarizarse con la prestación de servicios de aborto, bien porque deseen integrarlos en sus propios servicios o porque un centro de tratamiento del aborto les pida ayuda para establecer un servicio de planificación familiar postaborto. En este caso, deberán consultar los capítulos 6 y 8 además del presente capítulo.

### 7.2.1 Dispensarios de planificación familiar en los hospitales

Aunque en general el sector de planificación familiar está física y administrativamente separado del tratamiento de emergencia del aborto, la existencia de ambos tipos de servicios en un mismo hospital facilita su vinculación. Cuando las modalidades de distribución del personal lo permiten, la prestación del servicio de tratamiento de las complicaciones del aborto en el dispensario de planificación familiar representa una buena solución para poder garantizar que la paciente sale del establecimiento asistencial provista de los medios necesarios para evitar un ulterior embarazo no deseado.

El administrador del dispensario de planificación familiar puede hacer lo siguiente:

- dirigirse al servicio de tratamiento de emergencia del aborto para obtener personal;
- reunir personal pertinente de su dispensario y del servicio de tratamiento de emergencia del aborto para que examine la manera de prestar del modo más eficaz posible servicios de planificación familiar postaborto;
- establecer protocolos actualizados para los dos servicios precitados sobre los siguientes temas: métodos anticonceptivos postaborto, asesoramiento, envío de casos y gestión de los servicios;
- adiestrar al personal de ambos servicios en el uso de esos protocolos;
- identificar los obstáculos que dificultan la vinculación y buscar la manera de superarlos;
- designar a miembros del personal para que visiten regularmente los sectores de tratamiento y presten servicios de asesoramiento o de envío de casos; y
- recomendar a las mujeres hospitalizadas que recaben los servicios de la clínica de planificación familiar.

Conviene también que se entrevisten con las pacientes de aborto dadas de alta para evaluar sus necesidades en materia de planificación familiar postaborto. ¿Desea la paciente, por ejemplo, información sobre ciertos métodos y/o que se le indique dónde puede recibir asistencia en la comunidad? ¿Desea que su pareja esté presente en la sesión de asesoramiento? ¿Desea hablar de métodos anticonceptivos, antes o después del tratamiento? Si la paciente sabe leer y escribir, podrá rellenar un formulario o cuestionario sobre su experiencia del aborto y hacer sugerencias al respecto. El administrador deberá comunicar los resultados de estas entrevistas al personal del dispensario de planificación familiar y de la clínica de tratamiento de emergencia del aborto y servirse de ellos para determinar la manera más eficaz de prestar los servicios postaborto.

Asimismo habrá que facilitar a las pacientes el material informativo existente sobre planificación familiar, aleccionándolas sobre el empleo correcto de los métodos, las posibilidades que tienen de cambiar de método y las fuentes de anticonceptivos en su propia comunidad.

### 7.2.2 Centros de atención primaria de salud

A menudo constituyen el lugar más próximo al que pueden recurrir las mujeres para obtener servicios de planificación familiar o de puericultura. En cambio, es poco frecuente obtener en ellos tratamiento para las complicaciones del aborto. Por consiguiente, habrá que enviar a las mujeres que soliciten asistencia en relación con un aborto a clínicas u hospitales de un nivel más elevado, que no siempre prestan servicios de planificación familiar. Los administradores de los centros de atención primaria pueden:

- facilitar servicios y asesoramiento, según proceda, para el tratamiento del aborto incompleto sin complicaciones;
- adiestrar a miembros del personal sobre estabilización y envío de los casos más complicados a otros establecimientos;
- establecer protocolos clínicos y de gestión sobre planificación familiar postaborto;
- adiestrar al personal en la utilización de esos protocolos;
- facilitar servicios de planificación familiar; y
- establecer mecanismos de envío de casos para poder brindar otros métodos a la clientela.

También pueden facilitar a la clientela los folletos existentes sobre métodos anticonceptivos postaborto. El personal de los servicios comunitarios locales deberá recibir asimismo adiestramiento sobre las necesidades de las mujeres en materia de anticoncepción postaborto, aun cuando éstas se resisten en general a que el personal sepa que han abortado; así pues, importa preservar el carácter confidencial siempre que se remitan casos a otras instancias.

La inclusión del tratamiento de las complicaciones del aborto en la atención primaria de salud es uno de los procedimientos más eficaces para garantizar un tratamiento rápido de esas complicaciones y la prestación subsiguiente de servicios y asesoramiento sobre planificación familiar postaborto.

### 7.2.3 Dispensarios de planificación familiar de las ONG

Los dispensarios de las ONG ocupan una posición muy favorable para entrar en contacto con las mujeres que han tenido un aborto. Como a menudo tienen suficiente flexibilidad para aplicar métodos nuevos, pueden servir para demostrar cómo puede prestarse un servicio de calidad en materia de planificación familiar postaborto. Los administradores deberán tomar las siguientes medidas para llevar a la práctica un programa de este tipo:

- entrar en contacto con los servicios de tratamiento de emergencia del aborto y colaborar con su personal para establecer un programa de planificación familiar postaborto; y
- adiestrar al personal clínico en las modalidades de planificación familiar postaborto, inclusive el uso de métodos anticonceptivos apropiados para las mujeres que han abortado, así como sobre el asesoramiento de esas mujeres, el envío de casos a otros establecimientos y el carácter confidencial de los servicios.

Las actividades de colaboración entre el personal de tratamiento y el de planificación familiar comprenden lo siguiente:

- adiestramiento del personal de tratamiento de emergencia del aborto en materia de planificación familiar, tecnología anticonceptiva y técnicas de asesoramiento;
- vigilancia de las disponibilidades de métodos anticonceptivos temporales en los sectores de tratamiento del aborto a fin de que siempre haya un mínimo de existencias;
- cooperación en el establecimiento de protocolos clínicos y de gestión para la planificación familiar postaborto;
- designación de un agente de planificación familiar para que visite regularmente el sector de tratamiento de emergencia del aborto; y
- facilitar a las mujeres que han abortado cupones que les den derecho a recibir asistencia en los servicios de planificación familiar.

Además de estas medidas indispensables que deben tomar los administradores de las ONG para reforzar sus programas de planificación familiar postaborto, hay otras muchas que les permitirán dar más alcance o más eficacia al programa. Una de ellas es efectuar sencillas encuestas entre la clientela del dispensario de planificación familiar para determinar los tipos de servicios de aborto y de planificación postaborto que tienen más aceptación. Los resultados obtenidos podrán utilizarse para ampliar o modificar los servicios existentes.

Otra posibilidad es facilitar y promocionar servicios de planificación familiar postaborto para ciertos grupos que suelen estar desatendidos en los programas tradicionales de planificación familiar (p. ej., adolescentes, campesinas y mujeres VIH-positivas). Mediante encuestas comunitarias centradas en esos grupos pueden evaluarse sus necesidades en materia de planificación familiar postaborto y, en función de los resultados obtenidos, podrá prepararse un buen material de información, educación y comunicación (IEC).

Cabe también recurrir como alternativa a programas de extensión comunitaria. El administrador podrá entrar en contacto con las personas que practican abortos a título privado en la comunidad para hacerles ver la importancia de los servicios anticonceptivos y facilitarles, gratuitamente o previo pago, métodos que a su vez puedan facilitar más tarde a su clientela.

Por último, la difusión de modelos eficaces para prestar servicios de planificación familiar postaborto puede contribuir a mejorar *in situ* otros programas. La experiencia de las ONG que se interesan por la planificación puede ser también muy útil para mejorar los programas del sector público.

En los sitios donde el aborto sea legal, las ONG de planificación familiar podrán brindar a la población servicios de inducción del aborto y/o RM con garantías de seguridad. Otra opción importante es el tratamiento de las complicaciones del aborto, que puede facilitarse en todos los establecimientos asistenciales (Postabortion Care Consortium, 1995).

#### **7.2.4 Agentes de los servicios comunitarios**

Los agentes comunitarios constituyen una importante fuente de suministro de métodos temporales y de envío de casos. Los administradores de servicios comunitarios deben garantizar que:

- los agentes han sido adiestrados en materia de métodos de planificación familiar postaborto, asesoramiento y envío de casos a otras instancias; y

- los agentes están informados sobre los servicios de salud reproductiva existentes en las comunidades vecinas y en todos los niveles del sistema de salud, a fin de poder orientar a las mujeres hacia el tipo de servicio que necesiten.

Los agentes comunitarios y sus supervisores deberán también formular sus propias metas de calidad (por ejemplo, utilizar correctamente los métodos y hacer frente a los efectos secundarios). Los administradores deberán centrar el adiestramiento y la supervisión de este personal en el tipo de ayuda que necesiten las mujeres y las parejas para utilizar eficazmente el método elegido, lo cual exige una buena información sobre reabastecimiento de material en el ámbito local.

### **7.2.5 Programas de comercialización social**

Los administradores de programas de comercialización social pueden ampliar la cobertura incluyendo en ellos a las mujeres que han tenido un aborto. A este respecto, deberán incluir como mínimo en dichos programas lo siguiente:

- información sobre planificación familiar postaborto en el material de publicidad y propaganda comercial; y
- adiestramiento de farmacéuticos, empleadas de firmas comerciales, etc. en relación con las necesidades de planificación familiar en las mujeres que han tenido un aborto.

Si se concede la atención debida al uso correcto de los anticonceptivos y al tratamiento de los efectos secundarios se ayudará a las usuarias de cualquier método a evitar los embarazos así como a perseverar en el empleo del método elegido.

Los responsables de los programas de comercialización social pueden tratar asimismo de entrar en contacto con los administradores de servicios de tratamiento de emergencia del aborto para hacerles ver dónde pueden obtener métodos adecuados en el seno de la comunidad, incluso a través de fuentes comerciales. Estas fuentes podrán figurar asimismo en la información que se facilite a la clientela.

### **7.2.6 Profesionales independientes**

Figuran en este grupo los tocoginecólogos, los médicos generales, las enfermeras-parteras y otros profesionales. Todos ellos deben tratar de familiarizarse con los problemas clínicos sociales, etc. de las mujeres que han tenido un aborto, recurriendo para ello a las asociaciones profesionales de médicos o enfermeras. Los agentes asistenciales independientes pueden asimismo informar a los servicios de emergencia del sector público sobre sus posibilidades de prestar servicios de planificación familiar postaborto a las clientas que se les envíen.

## **7.3 Locales**

Tanto en las clínicas hospitalarias de planificación familiar como en los centros de atención primaria de salud y en los dispensarios de planificación familiar de las ONG suele haber un espacio para la aplicación de métodos, constituido por un almacén de anticonceptivos y de material de educación sanitaria y una sala de reconocimiento para la inserción de los DIU y/o de los implantes de NORPLANT®. También puede haber un local para la esterilización quirúrgica. Muchos establecimientos tienen también un lugar reservado para el asesoramiento.

Los anticonceptivos se deben almacenar en un lugar seguro. Sin embargo, el administrador debe tener presente que si solamente una persona tiene acceso al almacén, el material anticonceptivo puede ser inasequible cuando esa persona falta (por ejemplo, en los fines de semana). Así pues, habrá que llegar a un equilibrio entre la seguridad y la disponibilidad permanente del material.

## **7.4 Equipo, suministros y material**

En las clínicas de planificación familiar no es preciso alterar apenas el equipo y los suministros para brindar un servicio postaborto. En cambio, la inclusión de servicios de aborto legal y de tratamiento del aborto incompleto requiere un instrumental apropiado. En los documentos y publicaciones de la OMS que se enumeran al final de este capítulo figuran listas de equipo e instrumental.

## **7.5 Circulación de la clientela**

Es probable que el personal de planificación familiar que facilita métodos anticonceptivos haya atendido ya (incluso sin saberlo) a mujeres que han tenido un aborto. Ahora bien, los administradores de servicios de planificación familiar que deseen ampliarlos para incluir el tratamiento del aborto incompleto y/o la inducción del aborto, siempre que la ley los autorice, tendrán que introducir algunas modificaciones. El análisis de la circulación de la clientela según lo indicado en el capítulo 5 les ayudará a incorporar sin problemas el tratamiento del aborto a su programa de planificación familiar.

En algunos servicios de tratamiento de emergencia del aborto que cuentan con una clientela muy numerosa se establecen listas de espera a fin de practicar las intervenciones de evacuación una o dos veces al día. Esta solución no es ideal, ya que demora la asistencia y puede aumentar el riesgo de complicaciones; por desgracia, es la elegida por ciertos hospitales. Si el dispensario de planificación familiar convoca seguidamente a las mujeres que han abortado para asesorarlas y prestarles los servicios correspondientes, puede producirse en determinados momentos un aumento brusco de la clientela que el administrador deberá tener en cuenta. Es posible además que las clientas no quieran que se las pueda identificar como pertenecientes al «grupo postaborto», en cuyo caso el administrador deberá ensayar diversas fórmulas para que esas mujeres puedan inscribirse en las listas del dispensario sin detrimento de la confidencialidad.

## **7.6 Personal**

### **7.6.1 Distribución del personal**

Para llegar a las mujeres que han tenido un aborto a través de los servicios existentes, los administradores deberán identificar todos los medios posibles de facilitarles en cualquier momento asesoramiento y servicios de planificación familiar postaborto. Esto exige que el personal esté bien equipado para prestar esos servicios. Los dispensarios de planificación familiar suelen limitar su horario de trabajo durante los fines de semana y muchas veces cierran por la noche o durante los fines de semana y días festivos. En cambio, el tratamiento de emergencia del aborto se practica durante las 24 horas del día. Los administradores deberán procurar que todas las mujeres que soliciten asistencia en caso de aborto puedan recibir asesoramiento sobre planificación familiar postaborto, así como métodos anticonceptivos y asistencia en otros establecimientos, sean cuales fueren el momento y el lugar en que soliciten esos servicios. Por ejemplo si una enfermera o un asesor de un dispensario hospitalario de planificación familiar sólo puede visitar el sector de tratamiento de emergencia en los días laborables, el administrador deberá tomar medidas para que el personal que se ocupa del tratamiento de emergencia del aborto por las noches y durante los fines de semana reciba el adiestramiento preciso y se encargue de prestar servicios de planificación familiar postaborto durante esas horas. A la inversa, si un dispensario de planificación familiar decide prestar servicios de tratamiento del aborto pero sólo está abierto durante los días laborables, el administrador deberá prever el envío a otro establecimiento de las mujeres que requieran un tratamiento de emergencia los días de cierre.

En los establecimientos que decidan prestar nuevos servicios, el administrador tendrá que ocuparse también de la distribución del personal si entre las prestaciones previstas figuran la planificación familiar postaborto y/o el aborto. Es posible que deseen encomendar a ciertos miembros del personal los servicios de asesoramiento, designando incluso a los suplentes que deban asumir esa función durante las

vacaciones o en los casos de baja por enfermedad. Así, por ejemplo, las enfermeras de un dispensario hospitalario de planificación familiar que asesoran regularmente a las pacientes en la clínica de tratamiento de emergencia del aborto tendrán que programar estas visitas a fin de poder entrar en contacto con todas las pacientes (o con el mayor número posible cada vez) sin desatender su trabajo en el dispensario.

Los administradores de los dispensarios hospitalarios de planificación familiar deben tener presente que la inclusión de la planificación postaborto aumentará el volumen de trabajo de todo el personal afectado. Si, por ejemplo, un asesor visita regularmente el servicio de urgencias para aconsejar a las pacientes en los casos de aborto, su ausencia del dispensario entrañará una sobrecarga de trabajo para el personal restante. Cabe aplicar tres estrategias para superar esta dificultad: 1) descargar ciertas responsabilidades entre otros miembros del personal; 2) solicitar personal suplementario; o 3) buscar la manera más eficaz de entrar en contacto con las mujeres (p. ej., sesiones de información en grupo).

El número de abortos tratados es mínimo en muchos establecimientos asistenciales (p. ej., hospitales de distrito o centros rurales de salud), y a menudo no pasa de uno o dos casos por semana. Sin embargo, cualquiera que sea la cifra, la planificación familiar postaborto debe considerarse como una importante prioridad del personal de planificación familiar en relación con la asistencia al aborto.

### **7.6.2 Supervisión del personal**

Independientemente de cómo se presten los servicios de planificación familiar, es esencial supervisar al personal con frecuencia. Una supervisión que atribuya gran valor a los servicios de planificación familiar postaborto y que transmita esos valores al personal garantizará probablemente un servicio regular de la máxima calidad. En la sección 5.5.3 se dan más indicaciones a este respecto.

### **7.7 Adiestramiento**

Como la planificación familiar postaborto constituye a menudo un nuevo componente de los programas de planificación familiar, los administradores tendrán que prever sesiones de readiestramiento, centradas en ciertos puntos básicos y en la resolución de problemas comunes a toda la clientela. Asimismo tendrán que prever un adiestramiento en planificación familiar postaborto para todos los nuevos miembros del personal que inicien sus actividades. El personal de las clínicas que incluyen en sus programas nuevos servicios relacionados con el aborto necesitará un adiestramiento clínico, administrativo y de asesoramiento en relación con la inducción del aborto y/o el tratamiento de emergencia de las pacientes. En la sección 5.6 se da más información sobre este adiestramiento.

### **7.8 Vigilancia y evaluación**

Los administradores deben estar informados de la variedad de técnicas aplicables para evaluar la calidad de los servicios. Habrá que modificar los formularios y procedimientos de vigilancia regular a fin de incluir en ellos el seguimiento de las mujeres que han abortado. Las evaluaciones periódicas deben comprender una evaluación de la planificación familiar postaborto. Si se inicia un nuevo servicio de tratamiento o de aborto inducido voluntario, habrá que establecer mecanismos para vigilar y evaluar la calidad de las prestaciones.

### **7.9 Vinculación y envío de casos**

La complejidad de los problemas de salud de la mujer pueden exigir el envío de casos a otros servicios. Esta práctica debe ser parte integrante del asesoramiento postaborto, pero a menudo suscita dificultades. Hay que enseñar al personal de planificación familiar a identificar las necesidades de sus clientas, especialmente en materia de salud reproductiva, y a enviarlas a los servicios comunitarios pertinentes. Esto último sólo puede hacerse correctamente si los agentes de salud están informados sobre las

instancias exteriores a que pueden recurrir y tienen tiempo para averiguar qué necesidades o preocupaciones tiene la paciente.

### **7.10 Costo**

Los administradores de servicios privados (p. ej., dispensarios de ONG) deben cerciorarse de que las mujeres pueden sufragar sin problemas la asistencia al aborto y los servicios de planificación familiar postaborto. En algunos establecimientos se han establecido tarifas móviles a fin de poder basar los honorarios en el poder adquisitivo de la clienta, mientras que en otros se costea en parte la planificación familiar mediante la prestación de toda clase de servicios de salud reproductiva.

Los administradores de los dispensarios de planificación familiar pueden tropezar con dificultades para obtener fondos adicionales que les permitan costear los nuevos servicios de planificación familiar postaborto. Así ocurre sobre todo en los programas del sector público con presupuestos limitados.

Sin embargo, la inclusión de las pacientes de aborto en los programas de planificación familiar en curso no debe entrañar gastos importantes en ningún establecimiento; de hecho, una proporción considerable de las clientas ha tenido ya algún aborto o lo tendrá en el futuro. Por otra parte, al mejorar las disponibilidades de planificación postaborto mejora también la calidad global de los programas de planificación familiar. Por último, tanto al sistema de salud como a la sociedad en general les cuesta menos facilitar servicios anticonceptivos que tratar las complicaciones del aborto.

### **Bibliografía del capítulo 7**

Organización Mundial de la Salud. *Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*, Ginebra: OMS, 1995.

Postabortion Care Consortium, Winkler et al., eds. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*, 4(1). Postabortion Care Consortium, 1995.

## CAPÍTULO 8

### SERVICIOS DE INDUCCIÓN DEL ABORTO Y DE REGULACIÓN MENSTRUAL

#### 8.1 Servicios de inducción del aborto

En casi todos los países el aborto inducido tiene indicaciones legales que, de hecho, son muy variables: mientras que algunos países sólo autorizan el aborto cuando está en peligro la vida de la mujer, otros toleran la inducción en los embarazos resultantes de una violación o un incesto y/o en caso de anomalías fetales probables. En ciertos países la legislación autoriza el aborto por razones generales de salud, fallo de un tratamiento anticonceptivo, razones socioeconómicas y/o simple solicitud de la mujer. Dentro del marco legal en que desarrollen sus actividades, los agentes de salud están obligados a prestar asistencia al aborto con toda clase de garantías. Los administradores pueden consultar a este respecto el boletín técnico *Early Abortion Services: New Choices for Providers and Women*, publicado por los IPAS, para informarse sobre las tecnologías actuales en materia de prestación de servicios (Winkler et al., 1996).

En algunos establecimientos, el personal de inducción del aborto puede desinteresarse de las medidas preventivas, en particular la planificación familiar. Sin embargo, tanto los administradores como el personal asistencial tienen la obligación de velar por que las mujeres asistidas para poner fin a un embarazo se beneficien de esa planificación. Ahora bien, ni la inducción del aborto ni la planificación familiar deben tener carácter coactivo. Tampoco los servicios de inducción del aborto deben supeditarse en ningún caso a que la mujer acepte un método anticonceptivo o la anticoncepción en general.

#### 8.2 Servicios de regulación menstrual (RM)

Incluso aunque no esté confirmado el embarazo, muchas mujeres recurren a la regulación menstrual (RM) por el temor de estar embarazadas. Por consiguiente, hay ciertas analogías entre la RM y el aborto inducido. Tanto los administradores de servicios de RM como su personal deben cerciorarse de que las mujeres obtienen el medio de evitar un ulterior embarazo no deseado en el marco de la asistencia que se les presta.

#### 8.3 Oferta de servicios

El asesoramiento previo al aborto, que ofrece a la mujer la posibilidad de tomar una decisión sobre el aborto con pleno conocimiento de causa, es parte integrante de los servicios de inducción del aborto y RM. Los administradores deben cerciorarse de que el personal se hace cargo de la necesidad de incluir los servicios y el asesoramiento sobre planificación familiar como un elemento esencial de todos los servicios de inducción del aborto y RM. Como tanto el aborto inducido como la RM son opcionales en la mayor parte de los casos, durante la inducción del aborto y el tratamiento de sus complicaciones hay más oportunidades de brindar servicios de planificación familiar. Como las mujeres no suelen sentirse mal ni se encuentran bajo sedación profunda en el curso de esas intervenciones, ofrecen un terreno muy receptivo para el asesoramiento. No es raro que la mujer elija antes de la intervención el método anticonceptivo, que se le podrá facilitar tras el aborto inducido o la RM.

El hecho mismo de que una mujer con un embarazo no deseado solicite el aborto inducido indica que está profundamente interesada en regular su propia fecundidad. Sin embargo, tanto en los embarazos no deseados como en los planificados, la mujer puede encontrar dificultades para decidir qué procedimiento anticonceptivo le conviene más, sobre todo si se trata de un método a largo plazo. Por consiguiente, el asesor de planificación familiar deberá tener presente esta situación emocional así como la importancia de que la mujer elija el método libremente y con conocimiento de causa.

Las circunstancias que inducen a la mujer a poner fin a un embarazo o a solicitar la RM pueden influir también en la elección ulterior del método anticonceptivo. Así pues, los administradores deberán instar a

los asesores a que tengan en cuenta la situación particular de cada mujer con miras al aborto inducido o a la RM. Cuando falla el método anticonceptivo, por ejemplo, la mujer necesitará que en el marco de la inducción del aborto le aclaren cualquier idea errónea sobre el método que está utilizando, examinen sus razones en caso de que desee continuar con él o, si procede, la ayuden a encontrar otro más apropiado. Ahora bien, si un embarazo actual o futuro puede poner en peligro su vida, habrá que dar otro enfoque al asesoramiento sobre planificación familiar, ya que lo que necesita la mujer es un método anticonceptivo eficaz que la proteja de nuevos riesgos para su salud. Por último, si los servicios de inducción del aborto o RM se prestan en un contexto que no prevea sistemáticamente la asistencia ulterior en materia de planificación familiar, habrá que enviar a la paciente a algún establecimiento donde pueda reabastecerse de material anticonceptivo y recibir asistencia ulterior.

#### **8.4 Locales**

Los servicios de inducción del aborto y RM pueden programarse de antemano, por lo que probablemente permitirán evitar el hacinamiento de casos y aprovechar mejor el espacio disponible que los de tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto. Los centros de inducción del aborto deben fomentar por igual el respeto a la clientela y al procedimiento (Hern, 1990). No es necesario prever un local separado para el asesoramiento, pero se necesita un espacio independiente, por pequeño que sea, para que la mujer pueda expresarse a gusto sobre sus necesidades en materia de anticoncepción. Las instalaciones necesarias para prestar servicios de planificación familiar en un centro de inducción del aborto son las mismas que en otros establecimientos asistenciales. Ciertos métodos a largo plazo (p. ej., DIU o implantes de NORPLANT®) pueden aplicarse en el mismo lugar de la intervención. En el caso de otros métodos (p. ej., píldoras y preservativos), habrá que prever espacio para mantener una reserva de anticonceptivos y material educativo apropiado.

#### **8.5 Equipo, suministros y material**

El equipo y los suministros requeridos para facilitar servicios de planificación familiar tras un aborto inducido no difieren de los que se necesitan en otros establecimientos asistenciales. Los administradores deberán adoptar las medidas necesarias para que en el establecimiento donde se prestan servicios de inducción del aborto y RM se disponga también de una gama de anticonceptivos y material educativo apropiado.

#### **8.6 Circulación de la clientela**

En general, las intervenciones de inducción del aborto o de RM se practican previa cita. Las intervenciones programadas de antemano permiten actuar con más flexibilidad en lo referente al asesoramiento sobre planificación familiar. Los administradores de estos servicios deberán tener en cuenta lo siguiente:

- cuando las intervenciones se practican previa cita, habrá que prever un espacio de tiempo suficiente antes y después de la intervención para asesorar a las pacientes;
- el asesoramiento sobre planificación familiar debe acompañar siempre a los servicios de inducción del aborto o RM;
- en el medio hospitalario quizá haya que enviar a las pacientes a otro departamento del hospital en donde se les pueda dar asesoramiento sobre planificación familiar; y
- si es posible, habrá que coordinar los servicios de inducción del aborto a fin de que las pacientes puedan recibir servicios de planificación familiar el mismo día y en el mismo lugar o en sus inmediaciones.

Algunos establecimientos sólo prestan servicios de inducción del aborto o RM en ciertos días de la semana. En tales casos puede ser suficiente contar con asesores de planificación familiar en esos días. Al igual que en otros establecimientos, un excelente procedimiento para entrar en contacto con la clientela es celebrar sesiones de información para grupos limitados, asociadas al asesoramiento individual.

En los hospitales u otros establecimientos que brindan una amplia gama de servicios de salud reproductiva a otros tipos de pacientes, cabe incluir la inducción del aborto y la RM (si no están prohibidas por la ley) en los programas existentes. Estos programas deben planificarse con todo detalle a fin de identificar el momento más oportuno para prestar servicios y asesoramiento sobre planificación familiar.

## **8.7 Personal**

### **8.7.1 Distribución del personal**

Para que la planificación familiar coincida oportunamente con la inducción del aborto o la RM, los administradores tendrán que optar por:

- emplear el personal existente para prestar servicios en relación con el aborto;
- recurrir al personal de un dispensario de planificación familiar; o
- contratar personal suplementario para que se ocupe exclusivamente de la planificación familiar postaborto.

En las clínicas que se especializan en la inducción del aborto y/o la RM suele haber personal con experiencia de planificación familiar que se encarga del asesoramiento postaborto. El personal que aconseja a las pacientes que deciden solicitar un aborto puede facilitarles también servicios y asesoramiento sobre planificación familiar. En algunos casos, el personal que participa directamente en la intervención puede aconsejar a las pacientes en materia de planificación familiar postaborto. En las clínicas de planificación familiar que prestan también servicios de inducción del aborto y RM debe haber personal adiestrado para el asesoramiento sobre planificación postaborto.

En cambio, en los hospitales que prestan servicios de inducción del aborto no siempre se dispone de asesores expertos en planificación familiar. Los asesores de servicios de inducción del aborto y RM deben ponerse de acuerdo con el personal que se encarga de la planificación familiar en el hospital para que no se dé de alta a ninguna mujer sin que haya recibido asesoramiento sobre planificación familiar postaborto. Cabe llegar a un acuerdo en virtud del cual el personal de un dispensario de planificación familiar visite los servicios de inducción del aborto o RM para asesorar a las pacientes durante los días de la semana o las horas del día en que se programen estas intervenciones.

### **8.7.2 Supervisión del personal**

Todos los protocolos de prestación de servicios de planificación familiar postaborto deben comprender una cláusula por la que se excluya que la inducción del aborto esté supeditada a la aceptación de un método de planificación familiar por la mujer. No basta con que ésta firme un formulario de consentimiento para garantizar que ha optado por el método libremente y con conocimiento de causa. Importa pues que los administradores supervisen la labor de sus subordinados para cerciorarse de que a la mujer se le ha ofrecido una información suficiente al mismo tiempo que la posibilidad de decidir con toda libertad.

La prestación de servicios de inducción del aborto suscita a menudo controversias que dan lugar a una renovación acelerada del personal. Para resolver este problema, los administradores pueden:

- organizar seminarios de perfeccionamiento profesional para ayudar a los miembros del personal a soportar las tensiones inherentes a su trabajo;
- instituir un sistema de rotación a fin de que los miembros del personal se liberen periódicamente de las tensiones propias de su función; y
- aplicar medidas de seguridad apropiadas para proteger al personal.

### **8.8 Adiestramiento**

Todo el personal requiere un adiestramiento inicial y un readiestramiento en materia de planificación familiar básica y postaborto, técnicas de asesoramiento y envío de casos a otras instancias. Además, los nuevos miembros del personal deberán recibir formación sobre las políticas y los procedimientos del hospital o la institución en relación con los servicios y el asesoramiento sobre planificación familiar postaborto (National Abortion Federation, 1988).

Las mujeres que solicitan un aborto inducido o servicios de RM pueden experimentar diversas reacciones emocionales, desde el alivio al desconsuelo. Importa que el personal sepa responder adecuadamente, para lo cual conviene darle una formación en materia de asesoramiento en situaciones críticas (véase el capítulo 4).

### **8.9 Vigilancia y evaluación**

Al igual que cualquier establecimiento asistencial, la vigilancia permanente del asesoramiento y de los servicios de planificación familiar postaborto prestados en un centro de inducción del aborto o de RM puede servir para enseñar al personal a mejorar su programa. La vigilancia permanente, basada en el acopio sistemático de datos básicos a partir de registros de actividades, gráficos individuales, observación de la labor de asesoramiento, entrevistas con la clientela y debates del personal sobre problemas pendientes, es absolutamente esencial.

Los administradores pueden hacer también una evaluación global de los servicios de planificación familiar prestados en el marco de la inducción del aborto, recabando la ayuda del personal de un dispensario de planificación familiar; también pueden aplicarse las estrategias de evaluación utilizadas por las organizaciones interesadas en mejorar la asistencia al aborto. Como indicadores de la eficacia del asesoramiento pueden utilizarse las tasas de aceptación de anticonceptivos y de perseverancia en el uso obtenidas en el momento de la observación. Ahora bien, estos indicadores no deben usarse para establecer cuotas o incitar a los asesores a coaccionar a la clientela para que acepte los anticonceptivos. Las entrevistas con las pacientes para conocer sus impresiones sobre la calidad de los servicios constituyen un importante elemento para la evaluación global.

### **8.10 Vinculación y envío de casos**

Para comprobar si la mujer persevera en el uso del método o lo modifica o interrumpe por su propia cuenta, el administrador deberá cerciorarse de que funciona correctamente el sistema de envío de casos a los servicios locales de planificación familiar y a otros establecimientos asistenciales de salud reproductiva.

En general, el asesoramiento en el momento del aborto inducido tiene unas perspectivas limitadas. Sin embargo, la mujer puede abrigar preocupaciones no resueltas (p. ej., sobre el aborto, el uso de anticonceptivos o su sexualidad) que exigen un asesoramiento a más largo plazo. Las mujeres que han

tenido que abortar a consecuencia de una violación o un incesto pueden necesitar un seguimiento psicológico más intensivo que otras que también han tenido abortos. Así pues, el personal de salud deberá estar en condiciones de remitir esos casos a un servicio apropiado.

### **8.11 Costo**

La prestación de servicios de planificación familiar en conjunción con un aborto inducido es rentable como procedimiento de ayuda a las pacientes. Para la mujer, la planificación familiar facilitada en el momento de la intervención suprime la necesidad de volver al establecimiento asistencial para elegir un anticonceptivo. Muchas clínicas han establecido una tarifa única para el aborto en la que se incluye el costo del método anticonceptivo, reconociendo así la importancia de los servicios de planificación familiar en la asistencia al aborto inducido (Margolis et al., 1974).

### Bibliografía del capítulo 8

Hern, W. *Abortion Practice*. Filadelfia, Pennsylvania: J.B. Lippincott Company, 1990.

Margolis, A. et al. Contraception after Abortion. *Family Planning Perspectives*, 6:56, 1974.

National Abortion Federation. *Standards for Abortion Care*. Washington, D.C.: National Abortion Federation, 1988.

Winkler, J., Blumenthal, P.D. y Greenslade, F.C. Early Abortion Services: New Choices for Providers and Women. *Advances in Abortion Care*. Carrboro, NC: IPAS, 1996.

## CAPÍTULO 9

### POLÍTICA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSTABORTO

#### 9.1 Función de las autoridades políticas

Aunque este libro se centra en las prácticas de gestión de la planificación familiar postaborto en diferentes contextos asistenciales, no estará de más advertir que tanto los administradores como sus subordinados podrán aplicarlas y mantenerlas con más facilidad si se ven respaldados por una política que promueva la asistencia al aborto con garantías de seguridad y, por supuesto, la planificación familiar postaborto (IPAS, 1996). Los responsables políticos deberán debatir sin pérdida de tiempo las normas en rigor y reformar aquellas que coarten la capacidad de la mujer para obtener un servicio de planificación familiar postaborto de la máxima calidad.

Independientemente del contexto social o jurídico de ese debate, las autoridades políticas podrían empezar ya por introducir algunas reformas en la planificación familiar postaborto que contribuyan a mejorar la asistencia sanitaria global de la mujer. Un primer paso indispensable es el reconocimiento del vínculo esencial existente entre la salud femenina y la asistencia postaborto y el concepto de que los servicios de asistencia al aborto serán incompletos sin una planificación familiar eficaz. Muchas de las reformas necesarias no exigen grandes inversiones de capital. Con un desembolso mínimo se puede delimitar el espacio, garantizar la intimidad y cooperar con los servicios de planificación familiar existentes. Otras reformas pueden requerir mayores gastos; entre ellas destaca la del adiestramiento del personal, que puede obligar a coordinar los servicios en todos los niveles del sistema de salud.

También se necesita respaldo político para autorizar a los agentes de salud del nivel más bajo a prestar, una vez adiestrados, cuidados de emergencia en los casos de aborto. Cada año mueren innumerables mujeres de complicaciones del aborto por no haber tenido acceso a un tratamiento seguro y oportuno. La descentralización de esos servicios hasta el nivel común (p. ej., reduciendo el tiempo de desplazamiento de las mujeres y mejorando las posibilidades de asistencia ulterior) contribuirá en gran medida a reducir la morbilidad y la mortalidad maternas causadas por el aborto. El proceso de descentralización favorecerá también la vinculación de los servicios de planificación familiar con los de asistencia de emergencia al aborto, ya que en general las mujeres reciben asesoramiento y servicios de planificación familiar en el ámbito comunitario y no en lejanos hospitales del nivel terciario.

Un tercer sector que incumbe a los responsables políticos es la reforma de la normativa que veda a las mujeres el acceso a los servicios que necesitan (p. ej., prohibición de suministrar anticonceptivos a los jóvenes). Estas políticas son particularmente onerosas para las mujeres jóvenes que han hecho patente sus necesidades de planificación familiar arriesgándose a un aborto sin garantías de seguridad, rebelándose así contra la falta de medios que les permitan evitar futuros embarazos no deseados. Todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil u origen étnico, deben tener acceso a la información y los servicios de planificación familiar, y así lo deben reflejar las políticas en vigor. Por último, los responsables políticos deberán respaldar la labor de los administradores y del personal que se ocupan de la asistencia al aborto.

#### 9.2 Función de los administradores

Los administradores de programas deben considerarse parte interesada en el movimiento que persigue esas reformas. Aunque no sean precisos cambios políticos previos para modificar los servicios en el sentido que aquí se sugiere, la labor del administrador se verá muy facilitada si cuenta con un buen respaldo político. Por otra parte, los administradores de programas están bien situados para dar orientaciones a las autoridades políticas, pues conocen los problemas que plantea la prestación de estos servicios y las reformas que se necesitan para superar esos obstáculos.

### Bibliografía del capítulo 9

IPAS. *Initiatives in Reproductive Health Policy*, 1(2). Carrboro, NC: IPAS, 1996.

**Anexo 1**  
**Métodos anticonceptivos aplicables tras un aborto (por orden de eficacia)**

SITUACIÓN CLÍNICA DE LA MUJER	ADVERTENCIAS SOBRE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
<b>SIN COMPLICACIONES</b>	<p>Iniciar <b>sin demora</b> el empleo del método. La mayor parte de los métodos se pueden aplicar inmediatamente. Tras un aborto sin complicaciones, pueden utilizarse sin ninguna restricción médica los siguientes métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DIU (de cobre o levonorgestrel)</li> <li>píldoras (combinadas o de progestógeno solo)</li> <li>inyectables (combinados o de progestógeno solo)</li> <li>implantes de NORPLANT®</li> <li>métodos de barrera (diafragma, casquete cervical, espermicida, preservativos)</li> <li>esterilización femenina o masculina</li> </ul> <p><b>Esperar</b> a que se restablezca el ciclo menstrual normal antes de iniciar la planificación natural de la familia (ritmo, abstinencia periódica).</p>
<p><b>INFECCIÓN (confirmada o presunta)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• signos de aborto inducido sin garantías de seguridad ni de higiene, o</li> <li>• signos o síntomas de sepsis o infección, o</li> <li>• imposibilidad de excluir la infección</li> </ul>	<p>Aplazar la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta haber excluido o curado la infección. Administrar un método a corto plazo y convocar a la mujer para más tarde o enviarla a otra instancia asistencial.</p> <p>Examinar la posibilidad de utilizar otro método.</p>
<p><b>TRAUMATISMO genital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perforación uterina</li> <li>• traumatismo genital o cervical grave</li> <li>• quemaduras químicas</li> </ul>	<p>Aplazar la esterilización femenina hasta que esté curado el traumatismo. Si se requiere para ello una intervención quirúrgica abdominal y ésta no entraña un riesgo adicional, podrá practicarse al mismo tiempo la esterilización. Aplazar la inserción de un DIU hasta que esté enteramente cicatrizada la perforación uterina o cualquier otra lesión grave. Aplicar un método a corto plazo y convocar a la paciente para más tarde o enviarla a otra instancia asistencial.</p> <p>Las lesiones de la vagina o del cérvix pueden limitar el empleo de métodos femeninos de barrera y espermicidas.</p> <p>Examinar el posible empleo de otro método.</p>
<p><b>HEMORRAGIA Y ANEMIA GRAVE</b></p> <p>Hay que aplazar la planificación familiar hasta que haya cesado la hemorragia.</p>	<p>Aplazar la esterilización femenina por el riesgo de que acentúe la pérdida de sangre. Administrar un método a corto plazo y convocar a la paciente para más tarde o enviarla a otra instancia asistencial.</p> <p>En las mujeres con anemia grave habrá que tener en cuenta la posibilidad de que un DIU de cobre aumente la pérdida de sangre.</p> <p>Examinar el posible empleo de otro método.</p>
<p><b>ABORTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE</b></p> <p>Si hay un trastorno grave de la coagulación, que pueda hacerse patente en una amenaza de aborto, puede ser necesario un tratamiento especial antes de la intervención quirúrgica.</p>	<p>Aplazar el uso o la colocación de un diafragma o casquete cervical durante seis semanas.</p> <p>Puede ser más difícil localizar las trompas de Falopio si la intervención de esterilización femenina se practica antes de que el útero haya vuelto a su posición pregravídica.</p> <p>Los DIU insertados inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre pueden dar una tasa más alta de expulsión.</p> <p>Examinar el posible empleo de otros métodos.</p>

Fuente: Leonard y Winkler, Postabortion Family Planning: A Woman's Informed Choice Today Can Prevent an Unwanted Pregnancy. *Advances in Abortion Care* 6(1), IPAS, (en prensa).

**Anexo 2**

**Factores en la elección individual de la planificación familiar postaborto<sup>1</sup>**

<b>Establecimiento asistencial, agente y capacidad de la comunidad</b>	<b>Advertencias</b>	<b>Recomendaciones</b>
<p><b>Posibilidad, lugar y privacidad para el asesoramiento y la elección ponderada del método</b></p>	<p>En los servicios de urgencias puede ser difícil garantizar la privacidad y la elección ponderada por la gran concurrencia y las prisas.</p> <p>No administrar nunca un método permanente o a largo plazo sin haber asesorado convenientemente a la interesada.</p>	<p>Prever tiempo y espacio apropiado para el asesoramiento en privado.</p> <p>Si no es posible asesorar convenientemente a la interesada, proponerle un método temporal (anticonceptivos orales, preservativos, espermicidas, métodos de barrera o inyectables), y <b>ADEMÁS</b></p> <p>Enviarla a otra instancia asistencial para que la asesoren sobre otros métodos.</p>
<p><b>Elección de métodos anticonceptivos</b></p>	<p>No limitar la oferta de métodos. Si se limita la gama de métodos disponibles se priva a algunas mujeres de los más apropiados o de sus métodos preferidos.</p>	<p>Precisar la oferta de métodos disponibles. Combatir los prejuicios del personal asistencial a favor o en contra de ciertos métodos facilitándole información sobre el uso apropiado de todos ellos.</p>
<p><b>Vinculación con los servicios comunitarios de planificación familiar</b></p>	<p>Tener presentes las posibilidades de acceso de la mujer a la asistencia ulterior y al reabastecimiento de material cuando se recomiende cualquier método</p>	<p>Cerciorarse de que los asesores y proveedores están bien informados sobre los servicios de planificación familiar existentes en toda la circunscripción.</p> <p>Establecer vínculos entre los servicios de planificación familiar o entre éstos y los de asistencia al aborto con miras a la transferencia de casos de unos a otros.</p>

<sup>1</sup>Tomado, con adaptaciones de: Leonard, A.H. y Ladipo, O.A. Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care* 4(2). Carrboro, North Carolina: IPAS, 1994.

**Anexo 3**  
**Tasas de fracasos de los métodos anticonceptivos (Estados Unidos)**

Método	% de mujeres que tienen un embarazo accidental en el primer año de uso		% de mujeres que han utilizado de modo continuo el método durante un año <sup>3</sup>
	Uso típico <sup>1</sup>	Uso perfecto <sup>2</sup>	
Azar	85	85	
Espermicidas	21	6	43
Abstinencia periódica	20		67
Calendario		9	
Ovulación		3	
Temperatura		2	
Postovulación		1	
Coito interrumpido	19	4	
Casquete cervical			
Multíparas	36	26	45
Nulíparas	18	9	58
Esonja			
Multíparas	36	20	45
Nulíparas	18	9	58
Diafragma	18	6	58
Preservativo			
Femenino	21	5	56
Masculino	12	3	63
Píldora	3		72
Progestina sola		0,5	
Combinada		0,1	
DIU			
T de Progesterona	2,0	1,5	81
T de cobre 380A	0,8	0,6	78
LNg 20	0,1	0,1	81
Depo-Provera	0,3	0,3	70
NORPLANT® (6 cápsulas)	0,09	0,09	85
Esterilización femenina	0,4	0,4	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100

- <sup>1</sup> En el caso de parejas típicas que empiezan a utilizar un método (no necesariamente por primera vez), porcentaje de las que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no han dejado de utilizar el método por alguna otra razón.
- <sup>2</sup> En el caso de parejas que empiezan a utilizar un método (no necesariamente por primera vez) y que lo aplican *perfectamente* (es decir, según lo recomendado y sin interrupción), porcentaje de las que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no han dejado de emplear el método por alguna otra razón.
- <sup>3</sup> En el caso de parejas que tratan de evitar el embarazo, porcentaje de las que siguen usando un método al cabo de un año.

Tomado, con adaptaciones de: Hatcher et al. *Contraceptive Technology*, 16ª ed. revisada. Nueva York: Irvington Publishers, Inc., 1994 y Trussel et al. *Contraceptive Failure in the United States: An update. Studies in Family Planning*, 21(12):52, 1990.

#### Anexo 4

#### **Lista de comprobación para evaluar y supervisar las aptitudes de asesoramiento**

La siguiente lista puede servir para que el asesor se evalúe así mismo o como referencia para que un observador externo evalúe las aptitudes de asesoramiento. Este último deberá tener experiencia en la aplicación de las técnicas de asesoramiento. La lista se podrá modificar y adaptar según el plan de adiestramiento que se haya seguido.

#### **Para enjuiciar la capacidad de escucha, el evaluador observará si el asesor:**

- Recibe a las clientas en un lugar reservado y cómodo.
- Las acepta tal y como son, dándoles un tratamiento personalizado.
- Escucha lo que dicen las clientas y cómo lo dicen; observa el tono de voz, las palabras que usan, sus expresiones faciales y sus gestos.
- Se pone en lugar de la clienta cuando la escucha.
- Sabe guardar silencio para que la clienta tenga tiempo de pensar, formular preguntas y expresarse.
- Escucha atentamente a la clienta en vez de pensar en lo que va a decir a continuación.
- Repite ocasionalmente lo que se ha dicho para cerciorarse de que queda claro para ambas partes.
- Permanece sentado en posición cómoda, evita cualquier movimiento que pueda distraer la atención y mira directamente a la clienta.

#### **Para enjuiciar la capacidad de interrogar, el evaluador observará si el asesor:**

- Utiliza un tono de voz que revela interés, comprensión y afabilidad.
- Formula cada vez una sola pregunta y espera la respuesta.
- Formula preguntas que incitan a la clienta a expresar sus necesidades.
- A fin de facilitar la comunicación, formula preguntas generales a las que no se puede contestar simplemente por «sí» o «no».
- Emplea expresiones tales como «ya, ya», «¿y entonces?» o «¡ah!» para incitar a la clienta a seguir hablando.
- Evita ciertas expresiones tajantes como «¿por qué?» que pueden hacer pensar a la clienta que la está enjuiciando.
- Formula la misma pregunta de diferentes modos para cerciorarse de que la clienta ha comprendido bien.

Tomado, con adaptaciones, de: Lettenmaier, C. y Gallen, M. Why Counselling Counts. *Population Reports*, Series J, No. 36, 1987.

## **Anexo 5**

### **Sugerencias para observar las sesiones de asesoramiento**

#### **Antes de proceder al asesoramiento**

1. El número de observadores no debe pasar de uno (o, como máximo, de dos) en cualquier sesión de asesoramiento. A menudo conviene ampliar la observación a varias sesiones para observar la interacción con diferentes clientas.
2. El administrador o supervisor debe informar de antemano al asesor de que va a ser sometido a observación durante la sesión de asesoramiento, explicándole las razones (p. ej., prestarle apoyo y asistencia técnica; identificar necesidades adicionales de adiestramiento o asistencia; ver cómo se puede integrar mejor o repetir en otros programas el asesoramiento, etc.). Es preferible no presentar la observación como una prueba de la capacidad o el trabajo del asesor sino como una ocasión de conocer los sectores y competencias que conviene mejorar, a fin de prestar apoyo y asistencia, y/o de responder a las preguntas formuladas.
3. El observador debe advertir al asesor que haga caso omiso de su presencia durante la sesión, ya que tendrán ocasión de comentarla cuando la clienta se haya marchado.

#### **Durante el asesoramiento**

1. El observador (o el asesor) deberá pedir permiso a la clienta para observar el desarrollo de la sesión, explicándole las razones de su presencia (p. ej., tratar de mejorar los servicios o el asesoramiento en la clínica) y garantizándole que todo lo que suceda durante la sesión se considerará confidencial.
2. El observador deberá esforzarse en pasar inadvertido durante la sesión de asesoramiento (p. ej., sentándose en un lugar alejado de la pareja asesor-clienta). No deberá interrumpir la sesión a menos que se presente incorrectamente una información vital o sobrevenga una situación difícil. En la mayor parte de los casos, lo mejor es que el observador no intervenga, ya que esto podría socavar la confianza y el crédito del asesor ante la clienta.
3. Aunque puede usarse la lista de comprobación como recordatorio visual de los conocimientos o aptitudes de asesoramiento que hay que evaluar, el observador debe abstenerse de escribir durante la observación. El hecho de tomar notas durante la sesión de asesoramiento puede ser una fuente de nerviosismo tanto para el asesor como para la clienta, aparte de impedir que el observador adquiera una perspectiva global de lo que está sucediendo. El observador podrá dejar constancia de sus impresiones después de la sesión.

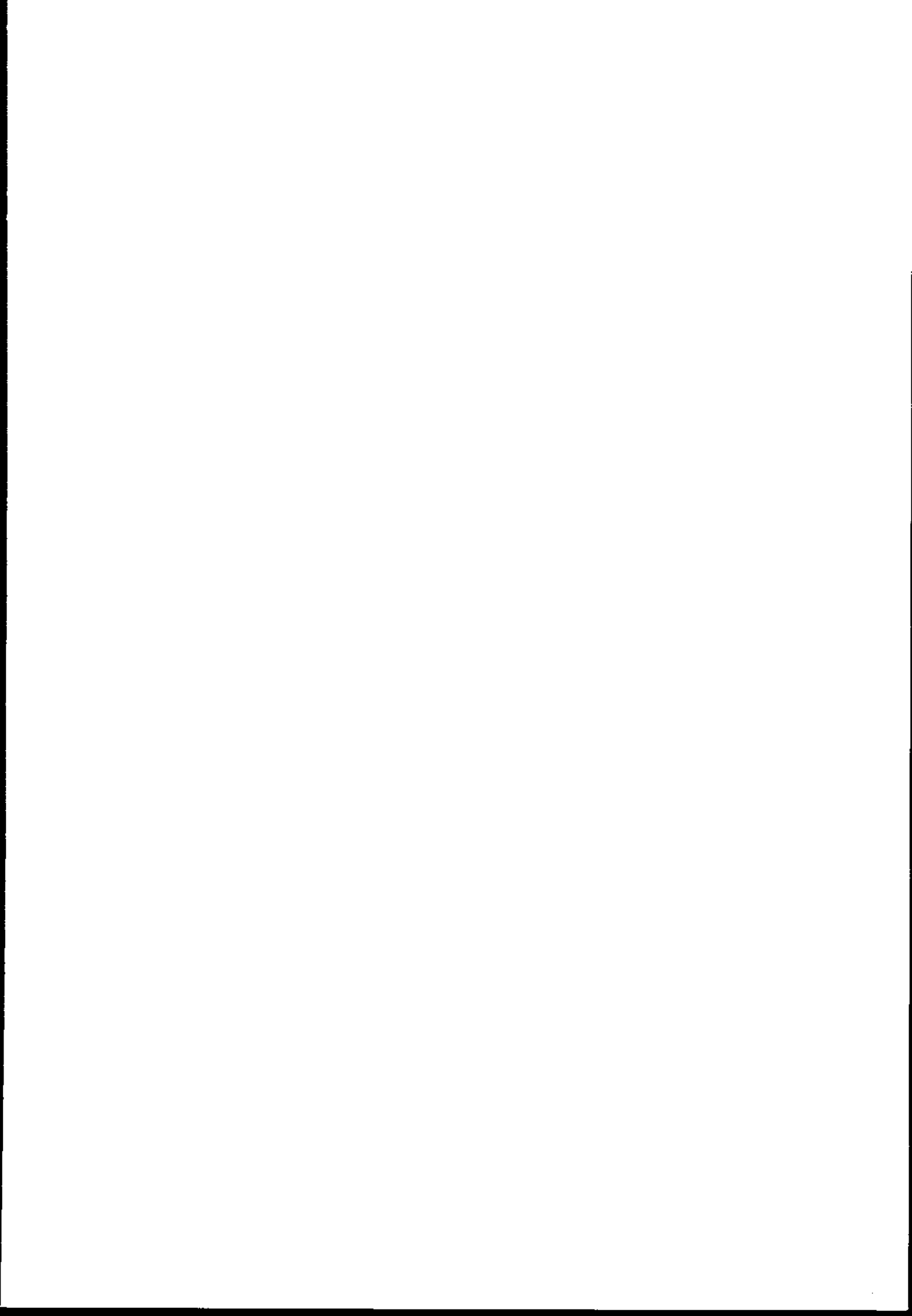
#### **Después de la sesión de asesoramiento**

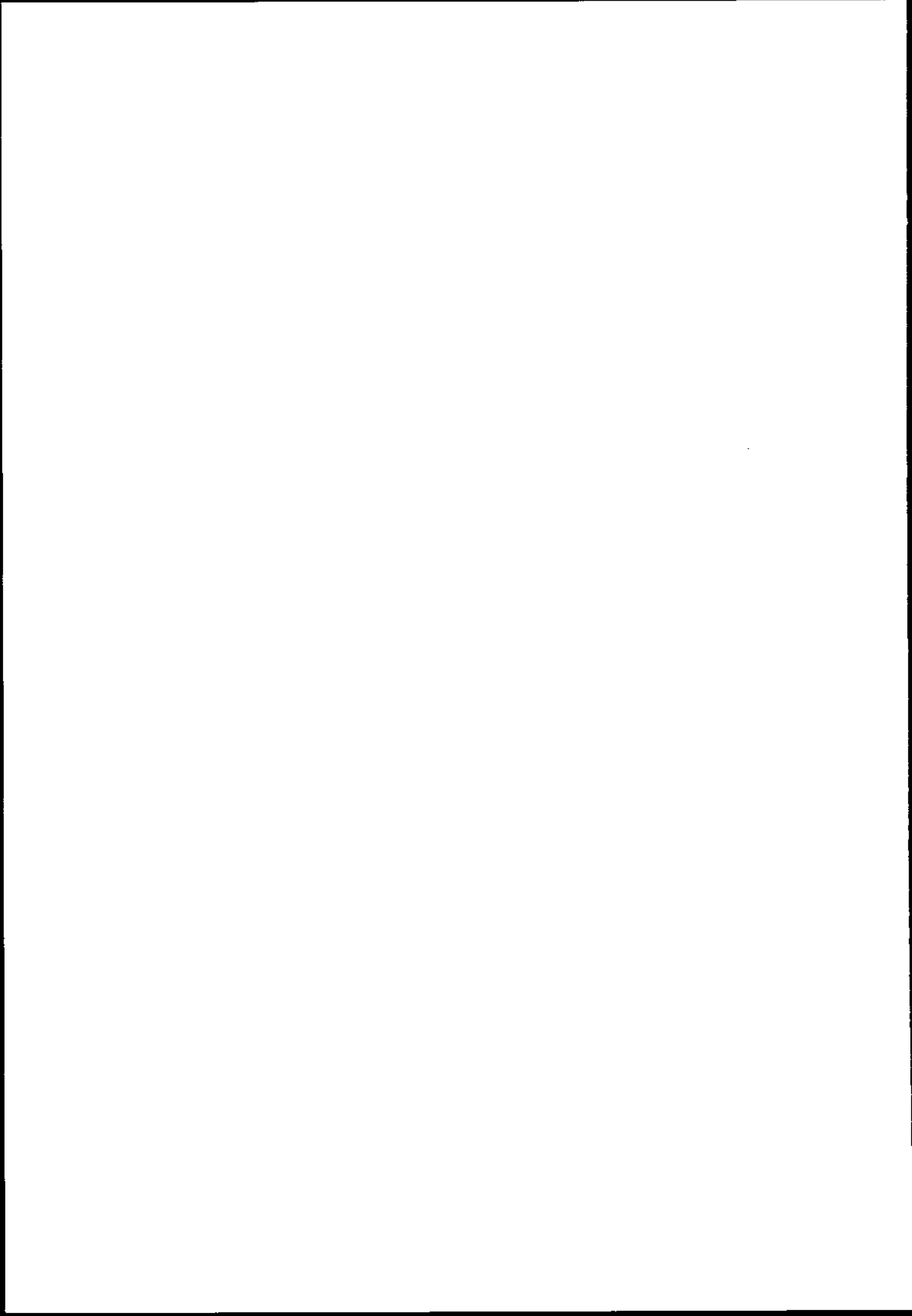
1. El observador debe empezar por preguntar al asesor qué opina sobre la sesión. A continuación, corroborará la respuesta de éste con algunos comentarios elogiosos sobre las aptitudes y los conocimientos de que haya hecho gala, así como con sugerencias sobre posibles mejoras. Si los asesores necesitan actualizar su información técnica, se les podrá facilitar documentación adecuada o indicarles dónde pueden encontrarla.
2. La observación permite también intercambiar opiniones con los asesores sobre otros elementos que influyen en su labor. ¿Se sienten comprendidos y apoyados por los demás miembros del personal? ¿Tienen alguna sugerencia que hacer sobre posibles mejoras, ampliaciones o integración del asesoramiento? ¿Necesitan algún apoyo complementario, por ejemplo en materia de información o adiestramiento? ¿Cuáles son las dificultades con que se enfrentan y cómo creen que podrían superarlas?.

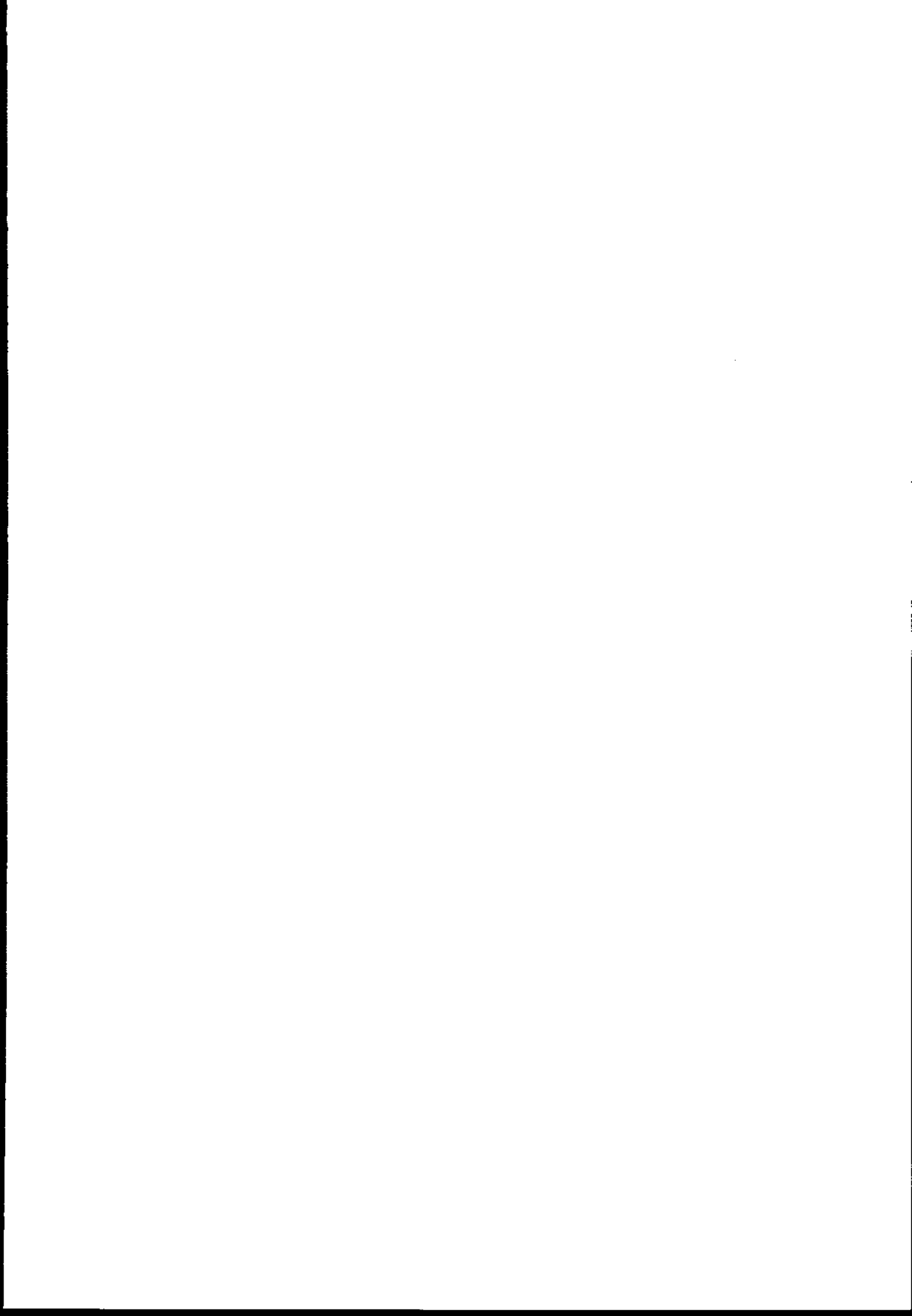
### **Conviene tener presente que ...**

La presencia de un observador durante el asesoramiento puede resultar incómoda tanto para el asesor como para la clienta. Ésta puede estar menos dispuesta a hablar de cosas que ya son de por sí muy íntimas. El asesor puede ponerse nervioso si se siente vigilado, preguntándose para qué puede servir la observación. A fin de tranquilizar tanto a las clientas como a los asesores, los observadores deberán explicarles con respeto y delicadeza cuál es la función que les incumbe, haciéndoles ver que se trata más de aprender de los asesores y de las clientas que de enjuiciarles o de darles lecciones.

Fuente: Verme, C.S. "Observation as an Approach to Evaluating Counselling (adapted)." A Workshop to Build Better Counselling Evaluation for Family Planning Providers. Baltimore, Maryland: 31 de marzo - 1 de abril de 1992.







# Obras de consulta sobre planificación familiar

**Anticonceptivos de barrera y espermicidas: su uso en la planificación de la familia.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 356101 4. Fr.s. 15,-/US\$13,50; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 10,50.

**Anticonceptivos inyectables: su uso en la planificación de la familia.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 354402 0. Fr.s. 21,-/US\$18,90; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 14,70.

**Beneficios de la planificación familiar para la salud.** Publicado también en francés e inglés. WHO/FHE/FPP/95.11.

**Esterilización femenina: Lo que deben saber los agentes de salud.** Publicado también en francés e inglés. WHO/FHE/FPP/94.2 Rev.1.

**Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 354434 9. Fr.s. 41,-/US\$36,90; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 28,70.

**Estrategia de base comunitaria para la distribución de anticonceptivos: guía para administradores de programas.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 354475 6. Fr.s. 32,-/US\$28,80; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 22,40.

**Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar: criterios de elegibilidad médica para el uso de los anticonceptivos.** Publicado también en francés e inglés. Fr.s.20 precio en los países en desarrollo: Fr.s. 14,.

**Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility.** WHO/MCH/90.1

**Lactancia natural y espaciamiento de los embarazos. Nociones indispensables para el agente de salud.** Publicado también en francés e inglés. WHO/MCH/FPP 88.1

**Natural family planning: A guide to provision of services.** Publicado también en francés e inglés. Fr.s. 16; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 11,20.

**Norplant contraceptive subdermal implants: managerial and technical guidelines.** Publicado en francés e inglés. Fr.s. 16; precio en los países en desarrollo: Fr.s.20.

A menos que se indique lo contrario, todas las obras mencionadas pueden obtenerse gratuitamente de:  
Organización Mundial de la Salud  
1211 Ginebra 27, Suiza  
Tel. 41 22 791 21 11  
Fax 41 22 791 07 46  
Télex 27821

**Planificación natural de la familia: lo que deben saber los agentes de salud.** Publicado también en francés e inglés. WHO/FHE/FPP/93.2 Rev.1

**Para ayudar a elegir un método anticonceptivo apropiado: lo que deben saber los agentes de salud.** Publicado también en francés e inglés. WHO/MCH/FPP/93.3.

**Dispositivos intrauterinos: Directrices técnicas y de gestión para servicios asistenciales.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 354497 7. Fr.s. 54,-; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 37,80.

**Pautas técnicas y de gestión para servicios de vasectomía.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 354218 4. Fr.s. 22,-/US\$19,80; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 15,40.

**Parteras tradicionales. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF.** Publicado también en francés e inglés. ISBN 92 4 356150 2. Fr.s 9; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 6,30.

**Vasectomía: lo que deben saber los agentes de salud.** Publicado también en francés e inglés. WHO/FHE/FPP/94.3 Rev. 1.

# Obras de consulta sobre maternidad sin riesgo

**Antenatal care and maternal health. How effective is it? A review of the evidence.**

WHO/MSM/92.4. Publicado en francés e inglés. Fr.s. 15; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 10,50

**Care in normal birth: a practical guide.**

WHO/FRH/MSM/96.24. Publicado en francés e inglés. Fr.s. 10.

**Care of mother and baby at the health centre: a practical guide.**

WHO/FHE/MSM/94.2. Publicado en francés e inglés. Fr.s. 10.

**Clinical management of abortion complications: a practical guide.**

WHO/FHE/MSM/94.1. Publicado en francés e inglés. Fr.s. 10.

**Coverage of maternity care - a listing of available information.**

WHO/RHT/MSM/96.28

**Detecting pre-eclampsia: a practical guide.** Using and maintaining blood pressure equipment.

WHO/MCH/MSM/92.3 Fr.s. 10.

**El logro de la salud reproductiva para todos. La función de la OMS.**

WHO/FHE/95.6 Publicado también en árabe, chino, francés, inglés y ruso.

**Essential elements of obstetric care at first referral level.**

WHO 1991 ISBN 92 4 1544244. Fr.s. 14; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 9,80. Publicado en francés e inglés.

**Essential newborn care. Report of a Technical Working Group.**

Trieste, abril de 1994. WHO/FRH/MSM/96.13. Publicado en francés e inglés.

**Home-based maternal records: Guidelines for development, adaptation and evaluation.**

WHO/FRH/MSM/96.13. Publicado en francés e inglés. Fr.s. 20; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 14

**Hypertensive disorders of pregnancy : report of the WHO/MCH Interregional Collaborative Study.** Febrero de 1991. WHO/MCH/91.4.

**Management of the sick newborn. Report of a Technical Working Group.**

Ankara, junio de 1995. WHO/FRH/MSM/96.12

**Maternal and perinatal infections: a practical guide.**

WHO/MCH/91.10. Fr.s. 15; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 10,50

**Measuring reproductive morbidity - Report of a Technical Working Group, August 1989.**

WHO/MCH/90.4.

A menos que se indique lo contrario, todas las obras mencionadas pueden obtenerse gratuitamente de:  
Organización Mundial de la Salud  
1211 Ginebra 27, Suiza  
Tel. 41 22 791 21 11  
Fax 41 22 791 07 46  
Télex 27821

**Midwifery education - Action for Safe Motherhood. Report of a collaborative pre-congress workshop.**

Kobe, Japan, octubre de 1990. WHO/MCH/91.3.

**Midwifery practice: measuring, developing and mobilizing quality care.**

Vancouver, 1993. WHO/FHE/MSM/94.13

**Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood inc countries: a practical guide.**

WHO/FHE/MSM/94.11. Publicado en francés e inglés. Fr.s. 15; precio en los países en desarrollo: Fr.s. 10,50

**Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF.**

WHO/FRH/MSM/96.11. Publicado en francés e inglés.

**The prevention and treatment of obstetric fistulae - Report of a technical working group, April 1989.**

WHO/FHE/89.5.  
**The risks to women of pregnancy and childbearing in adolescence.** Bibliografía. WHO/MCH/89.5.

**Unsafe abortion - Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data.** WHO/RHT/MSM/97.16

Las complicaciones del embarazo y de parto causan cada año la muerte de medio millón de mujeres aproximadamente. También mueren anualmente más de cuatro millones de recién nacidos, en su mayor parte a consecuencia de embarazos y partos mal atendidos. Otros muchos millones de mujeres y niños sufren durante toda su vida las consecuencias de esta situación.

Los abortos sin garantías de seguridad y sus complicaciones constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad maternas. El acceso a los métodos anticonceptivos y su uso correcto pueden contribuir a evitar embarazos no deseados y a reducir las graves.

La Organización Mundial de la Salud está tratando de aliviar esta carga que pesa sobre las mujeres, los niños y las familias mediante su programa de salud reproductiva.

El objetivo global de este programa de la OMS es reforzar la capacidad de los países para que ofrezcan a todas las personas la posibilidad de promover y proteger su salud y la de sus parejas en el ámbito sexual y reproductivo y tengan acceso a servicios apropiados de salud reproductiva siempre que los necesiten. Para ello se han establecido cuatro objetivos programáticos, que servirán de guía a la OMS en sus actividades de salud reproductiva y garantizarán a todas las personas el derecho a:

- 1) desarrollarse de manera saludable y madurar en el terreno sexual y poder tener relaciones sexuales equitativas y responsables y una vida sexual plena;
- 2) tener el número de hijos que deseen sin riesgos ni problemas de salud, cuando así lo decidan;
- 3) evitar las enfermedades, afecciones y discapacidades relacionadas con la vida sexual y la reproducción y recibir asistencia adecuada cuando proceda; y
- 4) no ser víctimas de actos violentos u otras prácticas en relación con la vida sexual y la reproducción.

Para recibir más información sobre la División de Salud de la OMS, diríjense a:

División de Salud Reproductiva (Apoyo Técnico)  
Organización Mundial de la Salud  
1211 Ginebra 27  
Suiza