



PLANIFICACIÓN FAMILIAR POST ABORTO: UN ELEMENTO CLAVE DE LA ATENCIÓN POST ABORTO

Declaración de consenso: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), La Confederación Internacional de Matronas (ICM), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Alianza Cinta Blanca, el Departamento Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), y Bill & Melinda Gates Foundation

01 de noviembre de 2013

Nos comprometemos y hacemos un llamado a todos los programas que prestan servicios post aborto a mujeres de todas las edades a que:

- Garanticen que la consejería y los servicios de planificación familiar voluntaria estén incluidos como un componente esencial de la atención post aborto en todas las circunstancias.
- Empoderen y atiendan a las mujeres de todas las edades que han tenido un aborto para prevenir embarazos no planeados y futuros abortos.
- Brinden información sobre el espaciamiento ideal entre embarazos para aquellas mujeres que desean un nuevo embarazo, con el fin de lograr beneficios claves de salud, tales como la reducción de las muertes maternas, neonatales e infantiles, y la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.

Reconocemos que la planificación familiar post aborto es una estrategia costoeficiente para ayudar a los países a alcanzar sus compromisos bajo el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5; FP2020; Una Promesa Renovada y la Sesión Especial VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Parteras (ICM), y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se han comprometido a colaborar plenamente para optimizar la oferta de planificación familiar post aborto, unidos a través de esta declaración a socios colaboradores para alcanzar el acceso universal a la planificación familiar voluntaria post aborto.

¿Qué es la planificación familiar post aborto y por qué es importante?

Se estima que cada año 44 millones de mujeres de todas las edades tienen un aborto inducido. Todas ellas necesitan información sobre planificación familiar y servicios de anticoncepción voluntaria. Desde 1994 todos los modelos de atención post aborto han incluido dos servicios esenciales: tratamiento, consejería y servicios de planificación familiar voluntaria.

A nivel global, cerca de **210 millones de mujeres quedan embarazadas cada año. De éstas:**

- **135 millones** tienen hijos nacidos vivos
- **80 millones** tienen embarazos no planeados
- **44 millones** tienen abortos inducidos, y de éstos casi **22 millones** son no seguros
- **31 millones** tienen abortos espontáneos (pérdida del embarazo) o muertes fetales
- **47,000 mujeres mueren** debido a abortos no seguros, lo que corresponde a cerca del 13% de todas las muertes maternas.^{1,2}

Los servicios de planificación familiar post aborto deben brindarse de manera inmediata tras un aborto inducido o espontáneo o del tratamiento de complicaciones, porque la fertilidad se restablece muy rápidamente. La anticoncepción voluntaria post aborto es recomendada para reducir embarazos no planeados y abortos repetidos, y para reducir el riesgo de resultados maternos y perinatales adversos debido a embarazos tras abortos inducidos o espontáneos (pérdida del embarazo).^{3,4}

¿Quién necesita planificación familiar post aborto?

Millones de mujeres no controlan las circunstancias bajo las cuales quedan embarazadas y cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, muchas buscan abortos seguros o inseguros. Con frecuencia, las mujeres que se someten a un aborto inducido han tenido otros abortos antes,^{5,6,7} y sin embargo muchas de estas mujeres no tienen acceso a anticonceptivos efectivos y no reciben de manera inmediata servicios de planificación familiar post aborto, a pesar de que están en riesgo de quedar embarazadas casi inmediatamente tras el procedimiento.⁸ En 12 países de Asia Central y Europa Oriental las tasas de aborto descendieron drásticamente con el aumento en el uso de anticonceptivos efectivos.⁹

Las mujeres que tienen abortos espontáneos también necesitan acceso a anticoncepción post aborto. Algunas mujeres desean quedar embarazadas nuevamente, y la evidencia reciente indica que un espaciamiento de seis meses entre un aborto espontáneo y un nuevo embarazo está asociado con resultados óptimos del embarazo.^{4,9}

¿Cuáles son los resultados de brindar servicios de planificación familiar post aborto?

Cuando la consejería y los servicios de planificación familiar son ofrecidos inmediatamente después de todos los tipos de tratamiento, y son brindados antes de que la mujer deje el establecimiento de salud, las tasas de aceptación de anticoncepción post aborto pueden incrementar rápidamente, de 0-10% antes de la intervención de un programa al 50-80% entre uno o dos años tras la implementación.^{3,10} La consejería y los métodos de anticoncepción deben estar disponibles en el tiempo y lugar en que las mujeres son atendidas.

Reduciendo los costos y optimizando el tiempo del personal

Brindar anticoncepción post aborto tiene sentido en términos financieros tanto para el individuo como para la institución, incluyendo el ahorro del tiempo del personal.¹¹ Por ejemplo, en Nigeria, donde el acceso al aborto seguro es muy limitado, el costo del tratamiento de complicaciones por aborto es cuatro veces mayor al costo de brindar servicios de planificación familiar para evitar estos abortos.¹²

Puntos claves de consenso

- A nivel global, uno de cada tres embarazos (75 millones) termina debido a un aborto inducido (44 millones), o a un aborto espontáneo o muerte fetal (31 millones).^{1,2}
- La demanda insatisfecha de planificación familiar es una de las principales causas del aborto inducido.^{5,6,9}
- Las mujeres que han tenido un aborto están en riesgo de quedar embarazadas casi inmediatamente.⁸
- Todas las mujeres que han tenido un aborto deben recibir consejería en planificación familiar voluntaria post aborto y se les debe ofrecer los servicios de planificación familiar en el establecimiento de salud, incluyendo una amplia gama de métodos.^{3,12,13,14}
- La planificación familiar post aborto tiene una alta aceptación (50-80%) cuando se ofrecen servicios de calidad antes de dar de alta.^{3,10,15,16}
- Garantizar el acceso universal a anticoncepción voluntaria post aborto debe ser una práctica estándar para médicos, enfermeras y parteras.¹³
- Los servicios organizados con el fin de garantizar el acceso a consejería en planificación familiar voluntaria y a métodos anticonceptivos puede ahorrar gastos, tiempo del personal, y vidas, y empodera a las mujeres a que decidan cuándo y si quieren tener hijos.^{11,12,17}
- FIGO, ICM, e CIE se han comprometido a colaborar plenamente a través de sus profesionales para optimizar la prestación de la atención post aborto.¹³
- Es necesaria la promoción y abogacía ante los responsables políticos y los gobiernos para asegurar servicios de planificación familiar post aborto de calidad, mejor distribución de las funciones dentro del equipo de proveedores, el fortalecimiento de la educación profesional y la reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar.¹³

Comprometiéndose a la acción para alcanzar el acceso universal a la planificación familiar post aborto

FIGO, ICM e CIE se han comprometido a garantizar que sus miembros aboguen por consejería y servicios de planificación familiar post aborto de alta calidad.¹³ Estos profesionales de la salud y las organizaciones aliadas que respaldan esta declaración reconocen la necesidad igualmente importante de la planificación familiar entre las mujeres en periodo post parto y están comprometidos con el fortalecimiento de los servicios de anticoncepción como una parte vital de la atención tanto en el periodo post parto como post aborto.^{3,18} La razón para ambos servicios viene

de la clara evidencia de que la planificación familiar y el espaciamiento entre embarazos reduce los embarazos no planeados y los abortos y disminuye la mortalidad y morbilidad entre mujeres, neonatos, infantes y niños.^{5,7,9,10,18,19}

“Si una mujer viene al hospital con un aborto [inducido] incompleto, ya le hemos fallado una vez en ayudarle a evitar un embarazo no deseado o a destiempo. Si deja el establecimiento de salud sin los medios para prevenir otro embarazo en el futuro que podría no ser deseado, le habremos fallado dos veces.”

—*Cynthia Steele Verme*
1994, *Consortio de Atención Post aborto (PAC), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), Cairo*

INTERVENCIONES REQUERIDAS

Organizar los servicios para resultados óptimos

Muchos enfoques institucionales han demostrado ser exitosos en la oferta de atención post aborto de calidad.^{3,15,16,20} Éstos incluyen:

- Hacer que las instituciones brinden un espacio adecuado para el cuidado post aborto, incluyendo tratamiento, consejería y servicios de anticoncepción antes de que las mujeres dejen el establecimiento de salud
- Garantizar que los métodos anticonceptivos y suministros estén presentes en el punto de servicio
- Usar parteras, enfermeras y personal auxiliar capacitado para brindar consejería a las mujeres
- Capacitar a médicos, parteras y enfermeras de manera conjunta como equipos para brindar atención post aborto, incluyendo el trabajo multidisciplinario en equipo, cuando la regulación local lo permita
- Documentar el desempeño, incluyendo el número y porcentaje de mujeres que reciben un método anticonceptivo antes de dejar el establecimiento de salud, según el método elegido
- Involucrar a los hombres en la toma de decisiones de planificación familiar brindando consejería en planificación familiar para parejas.

Brindar una amplia gama de métodos anticonceptivos para las clientes post aborto

Un programa efectivo debe garantizar un suministro adecuado y una amplia gama de métodos anticonceptivos en las salas de tratamiento, incluyendo métodos reversibles de corta duración y de larga duración. La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden iniciarse en el periodo inmediatamente después del aborto. La capacitación y empleo de más parteras y enfermeras en los servicios de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración y altamente efectivos, tales como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante hormonal, garantizando que tienen la facultad legal para brindar estos métodos, fortalecerá el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos.^{7,14}

Garantizar una consejería calificada

El periodo post aborto es un momento propicio para que los profesionales de la salud tengan un impacto significativo en los resultados de salud reproductiva.²¹ La consejería calificada es especialmente importante para las mujeres jóvenes cuya primera interacción con el sistema de salud puede ser para la atención post aborto. En África, el 25% de los abortos no seguros ocurren entre mujeres entre 15 y 19 años.²² Personal capacitado, incluyendo parteras, enfermeras y personal auxiliar, deben apoyar a las mujeres que se han sometido a un aborto inducido en el proceso para tomar de la mejor decisión para su salud y sus intenciones reproductivas.

Apoyar la continuación de la anticoncepción post procedimiento

Para fortalecer la continuación en el uso de los anticonceptivos, a las mujeres de todas las edades se les debe brindar un plan para obtener regularmente los anticonceptivos y/o para hacer visitas de seguimiento. Deben recibir instrucciones simples por escrito para el uso del método, con información concisa sobre los efectos secundarios y beneficios. Idealmente, esta información debe brindarse antes del inicio del tratamiento, especialmente teniendo en cuenta que el estrés, la sedación, y la anestesia pueden inhibir la comprensión y la memoria.

Promoción y liderazgo para el acceso universal a la planificación familiar post aborto

Un esfuerzo conjunto por parte de los profesionales de la salud, los responsables políticos, los donantes, las organizaciones religiosas, y los gobiernos puede garantizar prácticas óptimas de consejería y servicios de planificación familiar post aborto, incluyendo un adecuado trabajo multidisciplinario en equipo entre médicos, parteras y trabajadores comunitarios de la salud. Fortalecer los estudios de pregrado para médicos, parteras y enfermeras los preparará de una mejor manera para brindar consejería en anticoncepción y servicios integrados. Todos se benefician cuando mejora la calidad en la atención, las necesidades de planificación familiar son satisfechas, se ahorra tiempo del personal, los costos disminuyen, y se preservan vidas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th Edition*. Ginebra.
2. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw S, y Bankole A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 379(9816):625–632.
3. High Impact Practices in Family Planning (HIP). (2012). Postabortion family planning: strengthening the family planning component of postabortion care Washington, DC: USAID. Consultado en: www.fphighimpactpractices.org/resources/postabortion-family-planningstrengthening-family-planning-component-postabortion-care.
4. OMS. (2006). *Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005*. Ginebra.
5. Smith R, Ashford L, Gribble J, y Clifton D. (2009). *Family planning saving lives. 4th Edition*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
6. Jones RK, Singh S, Finer LB, y Frohwirth LF. (2006). *Repeat abortion in the United States*. Occasional Report 29. New York: Guttmacher Institute.
7. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, y Secura, GM. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 120(6):1291–1297.
8. Wilcox AJ, Dunson D, y Baird DD. (2000). The timing of the “fertility window” in the menstrual cycle: day-specific estimates from a prospective study. *BMJ* 321(727):1259–1262.
9. Westoff, CF (2005). *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies, No. 8. Princeton: Princeton University, and Calverton, MD: ORC Macro.
10. USAID. (2007). *What works: A policy and program guide to the evidence on family planning, safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions. Module 2: Postabortion care*. Washington, DC. Disponible en: www.postabortioncare.org/research/Compendium.pdf.
11. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, y Lucas H. (2008). *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: Evidence and estimation challenges*. IDS Research Report 59. Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex. Consultado en: www.ids.ac.uk/files/dmfile/RR591.pdf.
12. Lule E, Singh S, y Chowdhury SA. (2007). *Fertility regulation behaviors and their costs: Contraception and unintended pregnancies in Africa and Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: Banco Mundial.
13. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Parteras (ICM), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). (2009). *Family planning: a key component of post abortion care*. Washington, DC.
14. Roberts H, Silva M, y Xu S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception* 82(3):260–265.
15. Rasch V, Massawe S, Mchomvu Y, Mkamba M, y Bergstrom S. (2004). A longitudinal study on different models of post-abortion care in Tanzania. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 83(6):570–575.
16. Billings DL, Fuentes VJ, y Perez-Cuevas R. (2003). Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City. *Int Fam Plan Perspect.* 29(3):112–120.
17. Naciones Unidas. (1995). *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York. Consultado en: www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf.
18. Maternal and Child Health Integrated Program. (2012). *Statement for collective action for postpartum family planning*. Washington, DC. Consultado 5 Agosto 2013 en: <http://www.mchip.net/ppfp/>.
19. Rasch V, Huber D, y Akande EO. (2007). *Report of the Postabortion Care Technical Advisory Panel*. Washington DC: USAID.
20. Rasch V y Lyaruu M. (2005). Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Stud Fam Plann* 36(4):301–310.
21. Williamson LM, Parks A, Wight D, Petticrew M, y Hart GJ. (2009). Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 6:3 doi:10.1186/1742-4755-6-3. Consultado en: www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3.
22. Shah I y Ahman E. (2004). Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reprod Health Matters.* 12(24 Suppl):9–17. Consultado en: www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/Figures/figure_pg35.pdf, 16 septiembre 2013.

Recursos adicionales están disponibles en la página web de Atención Post Aborto (Postabortion Care), www.postabortioncare.org (disponible en inglés).