



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN COMPONENTE ESENCIAL DE LA ATENCIÓN POST-ABORTO

**Declaración de consenso: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Parteras (CIP) (International Confederation of Midwives, ICM), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), (International Council of Nurses, ICN), y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID**

Septiembre 25 de 2009

*“Si la mujer a la que atendemos por complicaciones post-aborto está ahí porque no pudo conseguir un método anticonceptivo, le hemos fallado. Si egresa sin un método de planificación familiar, le hemos fallado dos veces.” (1994, Consorcio de Atención Post-aborto [APA], Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [CIPD, El Cairo]).*

### ANTECEDENTES

De los 205 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, 80 millones no fueron planeados. De ellos, 42 millones son interrumpidos – 22 millones legalmente y 20 de manera ilegal.<sup>1, 2, 3</sup> El aborto inseguro es responsable de 13 por ciento de las muertes maternas que ocurren en el mundo, y en algunos países llega a constituir 25 por ciento de estas muertes.

Las mujeres suelen optar por la práctica de un aborto por razones que van desde el deseo de limitar el tamaño de sus familias, postergar el nacimiento o falla del método anticonceptivo, por falta de acceso a los métodos, o porque sufrieron una violación.<sup>4</sup> La causa principal del aborto inducido, sea legal o ilegal, es la necesidad insatisfecha de planificación familiar.<sup>5</sup> Las mujeres que se han sometido a un aborto inducido tienen mayor riesgo de repetir ese tipo de abortos.<sup>6</sup> Para ellas y para todas las mujeres, la planificación familiar debe ser voluntaria, estar fácilmente disponible y la información ofrecerse de forma concisa y completa.

### Puntos de consenso claves

- En el mundo, uno de cada tres embarazos – más de 70 millones – termina en un aborto, sea espontáneo o inducido.
- La necesidad no satisfecha de planificación familiar es una causa principal del aborto inducido.
- Las mujeres en post-aborto están en riesgo de repetir un embarazo en las dos o tres semanas que siguen al procedimiento.
- Todas las mujeres en post-aborto deberían recibir de manera voluntaria consejería en planificación familiar.
- Se les debería ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los de larga duración, acompañados de sencillas instrucciones escritas.
- La adopción de planificación familiar post-aborto es elevada si se ofrecen servicios de calidad antes del alta hospitalaria.
- Brindar acceso universal a servicios de planificación familiar post-aborto debe ser una práctica rutinaria de médicos, enfermeras y parteras.
- La reorganización de los servicios puede ahorrar costos, tiempo del personal y salvar vidas.
- El papel de los profesionales de la salud de la FIGO, la CIP y la CIE es crucial en la defensoría ante los gobiernos y quienes diseñan políticas, para asegurar servicios de planificación familiar post-aborto de calidad, compartir responsabilidades, fortalecer la educación profesional y mejorar los resultados en salud.

Son muchas las mujeres que no reciben servicios de planificación familiar inmediatamente después de un aborto, a pesar de que ya están en riesgo de embarazarse en las dos o tres semanas siguientes. Además, cada año 31 millones de mujeres sufren abortos espontáneos. Y aunque muchas de esas mujeres desean reemplazar con otro el embarazo perdido, los expertos recomiendan que postergando por seis meses un nuevo embarazo se obtienen los mejores resultados del embarazo siguiente.<sup>7</sup>

Es por ello que todas las mujeres deben recibir servicios de consejería y planificación familiar después de un aborto — espontáneo o inducido — sin importar el procedimiento o método de evacuación con el que se puso fin al embarazo.

### **En el periodo post-aborto, la adopción de la planificación familiar es elevada**

Cuando se ofrecen consejería y servicios de planificación familiar después de un tratamiento postaborto de cualquier tipo la aceptación es elevada. Numerosos estudios muestran que programas que incluyen actualización de los proveedores en tecnología anticonceptiva, reorganización de los servicios para permitir tanto la consejería post-aborto en planificación familiar, como el suministro de anticonceptivos antes del alta hospitalaria, y asegurar la disponibilidad continua de métodos en el punto de entrega de los servicios, las tasas de aceptación de la anticoncepción post-aborto pueden incrementarse rápidamente, de 0–10 por ciento antes de programas de intervención, hasta 50–80 por ciento entre el primer y segundo años después de su implantación.<sup>7</sup> Por esa razón, se requiere que los métodos de planificación familiar se suministren en el lugar donde se brindan los servicios post-aborto, antes de que la paciente deje la unidad médica.

### **Mujeres con necesidades apremiantes**

Con sus propias acciones, una mujer que se ha sometido a un aborto inducido evidencia qué tanto desea evitar un embarazo y el nacimiento de un hijo — algunas veces por enfrentarse al riesgo de morir. El personal de salud tiene la singular oportunidad y obligación de ofrecerle servicios eficaces de planificación familiar. Una consejería brindada con pericia a las mujeres jóvenes es especialmente importante, cuya primera interacción con el sistema de salud puede ocurrir en los servicios de atención post-aborto. Se requiere del apoyo de los proveedores hacia todas las mujeres que se han sometido a un aborto inducido, para permitirles tomar las mejores decisiones para su salud y las acciones adecuadas. El post-aborto es un periodo en que la mujer está vulnerable; ofrece a los profesionales de la salud la oportunidad de ejercer una importante influencia sobre el futuro de su salud reproductiva.<sup>8</sup>

### **Disminución en los costos y optimización del tiempo del personal**

Ofrecer planificación familiar post-aborto para prevenir la repetición de abortos es sensato en términos económicos, tanto para las personas como para las instituciones, incluyendo ahorro en tiempo de personal.<sup>9</sup> En Nigeria, por ejemplo, donde la disponibilidad de abortos seguros es muy limitada; los costos de atender las complicaciones del aborto superan cuatro veces los costos de brindar servicios de planificación familiar para prevenir tales abortos.<sup>10</sup> En 12 países de Asia Central y Europa Oriental, las tasas totales de aborto disminuyeron de forma dramática en la medida que se incrementaba el uso de métodos anticonceptivos eficaces.<sup>11</sup>

### **Visión en pro del acceso universal a la planificación familiar post-aborto**

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Parteras (CIP) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) nos comprometemos a asegurar, por lo que hace a la, que nuestros miembros aboguen por consejería y servicios de planificación familiar post-aborto de alta calidad. El acceso universal a la planificación familiar post-aborto y posparto es lógico y conveniente, y se le debe considerar un elemento importante de la atención, en base a la clara evidencia de que la planificación familiar y el espaciamiento entre embarazos reducen los embarazos no deseados y la necesidad de abortos, disminuyendo así la morbilidad y la mortalidad entre mujeres, neonatos, bebés y niños.

***Ofrecer acceso universal a la planificación familiar post-aborto debe ser una práctica de rutina de médicos, enfermeras y parteras en la atención a la salud pública y privada. Colaboraremos con todo el empeño de nuestras profesiones para optimizar el suministro de planificación familiar post-aborto.***

## **INTERVENCIONES REQUERIDAS**

### **Reorganizar los servicios**

Existe evidencia sólida de que la reorganización de los servicios para brindar tratamiento post-aborto y consejería y servicios de planificación familiar las 24 horas del día, siete días a la semana, aumenta la adopción de planificación familiar post-aborto. Los enfoques de entrega de los servicios que han resultado exitosos son diversos.<sup>3, 12, 13, 14</sup> Abarcan:

- a. Hacer que las institucionales dispongan de espacios separados para la atención post-aborto, que incluya consejería y servicios en planificación familiar para la mujer antes de su alta hospitalaria.
- b. Emplear a las enfermeras y al personal de guardia para brindar la consejería a las mujeres.
- c. Capacitar a médicos y parteras conjuntamente, como equipos, para ofrecer la atención post-aborto.
- d. Incluir a los hombres en la toma de decisiones relativa a la planificación familiar, brindando consejería en planificación familiar a las parejas.

### **Ofrecer una amplia gama de métodos de planificación familiar para las clientas de atención post-aborto**

Se requiere implantar sistemas eficaces que aseguren un abasto adecuado y una amplia gama de métodos anticonceptivos en las salas de tratamiento, que se incluyan tanto métodos de corta duración como de acción prolongada. El uso de la mayoría de los métodos de planificación familiar se puede iniciar en el post-aborto inmediato. La capacitación y empleo de un mayor número de parteras y enfermeras para suministrar los métodos de planificación familiar de acción prolongada fortalecerá el acceso a una amplia gama de métodos.

### **Consejería anticonceptiva para clientas que están recibiendo consejería y pruebas sobre el VIH posteriores al procedimiento**

En los lugares en donde la prevalencia del VIH o de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es elevada, la consejería y los servicios post-aborto deben vincularse con los programas de detección y tratamiento del VIH y de ITS, y debe incluir consejería sobre el condón.<sup>15</sup>

### **Continuación de la anticoncepción posterior al procedimiento**

Con el propósito de reforzar la continuación de la anticoncepción, se debe ofrecer a las mujeres un plan que les permita obtener suministro continuo de anticonceptivos y/o acceso a consultas de seguimiento. Se les deben proporcionar instrucciones escritas simples sobre el uso de sus métodos, junto con información concisa sobre sus beneficios y efectos secundarios más comunes.

### **El liderazgo de los profesionales de la salud incrementa el acceso a la planificación familiar post-aborto**

Los médicos, las parteras y las enfermeras juegan un papel especial en la defensa de las mujeres que han sufrido un aborto, y para asegurar que reciban servicios de planificación familiar post-aborto de calidad. Se requiere del liderazgo de la FIGO, la CIP y la CIE para asegurar prácticas óptimas de consejería y servicios de planificación familiar post-aborto, que abarcan la responsabilidad compartida entre médicos, parteras, enfermeras y trabajadores sanitarios comunitarios. Fortalecer en los médicos, las parteras y enfermeras la educación previa al servicio, los preparará para brindar una mejor consejería y servicios de planificación familiar. Los diseñadores de políticas y los gobiernos necesitan escuchar las voces de los profesionales de la salud y tomar en cuenta la evidencia que sustenta una mejor educación profesional, la reorganización de los servicios y la provisión de planificación familiar, especialmente en las mismas instalaciones en donde se brindan los servicios post-aborto. Cuando mejora la calidad de la atención, se preservan vidas, se ahorra tiempo de personal, los costos se reducen y todo mundo se beneficia.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth Edition*. Ginebra: OMS.
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, y Shah IH. 2007. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 370(9595):1338–1345.
3. Rasch V, Huber D, y Akande EO. 2007. *Report of the Postabortion Care Technical Advisory Panel*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).
4. Guttmacher Institute. 2007. *Facts About the Unmet Need For Contraception in Developing Countries*. New York.
5. Smith R, Ashford L, Gribble J, y Clifton D. 2009. *Family Planning Saves Lives. Fourth 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. 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. [www.infoforhealth.org/pac/research/CompendiumFPHIVSTI.pdf](http://www.infoforhealth.org/pac/research/CompendiumFPHIVSTI.pdf).
8. 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. [www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3](http://www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3).
9. 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 No. 59. University of Sussex, Brighton: Institute of Development Studies.
10. 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: World Bank.
11. Westoff CF. 2005. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies, 8. Calverton, MD: ORC Macro.
12. 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 83(6):570–575.
13. Billings DL, Fuentes VJ, y Perez-Cuevas R. 2003. Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City. *International Family Planning Perspectives*, 29(3):112–120.
14. Rasch V y Lyaruu M. 2005. Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Studies in Family Planning*, 36(4):301–310.
15. Rasch V, Yambesi F, y Massawe S. 2006. Postabortion care and voluntary HIV counselling and testing—an example of integrating HIV prevention into reproductive health services. *Tropical Medicine and International Health*. 11(5):697–704.

Para mayor información visite el sitio de Atención Postaborto: [www.postabortioncare.org](http://www.postabortioncare.org)  
(<http://www.infoforhealth.org/pac/>).

Este documento fue traducido e impreso por el RESPOND Project (Convenio cooperativo No. GPO-A-00-08-00007-00), con el apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) fue responsable de la revisión técnica de la traducción.