

Parte III.I

Atención Postaborto

- La condición legal del aborto
- La situación de las políticas sobre el aborto
- Tasa de abortos (TA) y tasa total de abortos (TTA)
- Total de ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con el aborto
- Número/porcentaje de PES que ofrecen servicios de atención postaborto, por tipo de establecimiento y distribución geográfica
- Número/porcentaje de especialistas médicos con capacitación en atención postaborto (APA), por tipo de especialidad y distribución geográfica
- Porcentaje de PES que ofrecen servicios de atención postaborto que cumplen con el estándar de calidad establecido
- Número/porcentaje de PES que ofrecen planificación familiar a las pacientes que reciben atención postaborto

Las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo son una de las principales causas de morbilidad materna en los países en desarrollo y han sido reconocidas por la comunidad internacional como un problema muy importante de la salud pública. En el transcurso los últimos años, los Ministerios de Salud, las ONG, los organismos internacionales de salud reproductiva y las organizaciones donantes han incrementado sus esfuerzos para mejorar el acceso a la atención postaborto de alta calidad (APA). La APA generalmente abarca el tratamiento clínico de las complicaciones del aborto incompleto, consejería y suministro de anticonceptivos (para evitar la repetición de abortos) y, en algunos lugares, sistemas de referencia a otros servicios de salud reproductiva. La APA también incluye educación comunitaria para mejorar la salud reproductiva y para reducir la tasa de embarazos no deseados y la necesidad de recurrir al aborto.

Con la excepción de algunos pocos países, el aborto inducido es legalmente permitido en casi todos los países del mundo bajo una o varias circunstancias, por ejemplo: Para salvar la vida de la mujer; en casos de violación o incesto; para proteger la salud física o mental de la mujer; o para satisfacer ciertas necesidades socioeconómicas. La mayoría de los programas que reciben el apoyo de donantes, incluidos los que reciben asistencia de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), prohíbe promover el aborto como método de planificación familiar. Este *Compendio* centra su atención en el uso de indicadores para monitorear y evaluar la atención postaborto.

La mayoría de los indicadores de otras secciones del *Compendio* tiene una clara “dirección deseada.” Por ejemplo, en la prevención del VIH, lo que se desea lograr es un mayor uso de condones y menor incidencia de infecciones por VIH. En contraste, una mayor utilización de los servicios de atención postaborto es un indicador un tanto ambiguo de la eficacia de los servicios. Un buen programa de atención postaborto puede atender un **mayor** número de casos a corto plazo y este incremento podría indicar la mejora en los servicios conlleva

a que más mujeres con complicaciones los acuden, o bien que el número de abortos en circunstancias inadecuadas en la comunidad ha aumentado. (Uno esperaría que, con el tiempo, a medida que las mujeres comiencen a practicar la anticoncepción de manera más eficaz, la atención postaborto o por aborto inducido disminuya). Por todas estas consideraciones, el mejor indicador de una atención postaborto eficaz es el aumento de la disponibilidad y de calidad de estos servicios, y no el aumento de su utilización.

Como comentario final, uno de los indicadores de esta sección del *Compendio*—la tasa de abortos—puede servir para otros fines, además de evaluar la atención postaborto. Uno de los principales objetivos de muchos programas de planificación familiar y salud reproductiva es reducir la tasa de abortos, brindando servicios de planificación familiar para prevenir los embarazos no deseados (Westoff y Bankole, 2001). La reducción de las tasas de aborto puede indicar que hay mejoras en el acceso y la calidad de atención de los servicios de planificación familiar; aunque esta puede quedarse rezagada si las mujeres están motivadas a limitar su fecundidad, pero no usan todavía ningún tipo de anticoncepción.

La comunidad que trabaja en salud reproductiva tiene menos experiencia en usar y poner a la prueba los indicadores de esta sección que la mayoría de los indicadores de otras secciones del *Compendio*. Sin embargo, a medida que surgen nuevas iniciativas de APA, la responsabilidad de tener que rendir cuentas es tan grande para esta área como para las otras áreas de salud reproductiva. De tal manera que presentamos varios indicadores con el ánimo de estimular el diálogo e identificar los indicadores que resulten ser más útiles para los gerentes de los programas que trabajan en este campo.

Desafíos Metodológicos para Evaluar la APA

Idealmente, los evaluadores querrían monitorear la atención postaborto utilizando indicadores como la

disponibilidad y la calidad de la atención, la tasa y el número de casos atendidos por complicaciones relacionadas con el aborto, la adopción de planificación familiar por las pacientes postaborto, el número de abortos realizados en condiciones inadecuadas, los abortos repetidos y el número y el tipo de referencias a otros servicios de salud reproductiva. Por último, los evaluadores y los investigadores también querían evaluar el impacto del mejoramiento de estos servicios en la morbilidad materna. Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo, esta información apenas existe. La mayoría cuenta con poca infraestructura para la evaluación y se enfrentan con necesidades urgentes de la provisión de los servicios que suelen ser más prioritarias que el monitoreo, la evaluación y la transmisión precisa de información.

- **Por lo general, es difícil recolectar datos sobre las tendencias y las consecuencias del aborto y sobre la incidencia de abortos en condiciones de riesgo.**

En algunas encuestas de salud reproductiva a nivel nacional (por ejemplo, la DHS y la RHS), se han incluido preguntas relacionadas con el aborto, comprobando que, en la mayoría de casos, los datos obtenidos tienen poca fiabilidad. Resulta particularmente difícil obtener información con relación al riesgo de abortos en condiciones inadecuadas o de alto riesgo entre algunas poblaciones vulnerables, como las adolescentes y las mujeres refugiadas o internamente desplazadas, ya que es probable que ellas no soliciten atención dentro del sector público, o que tengan acceso limitado a los servicios. Por lo tanto, en los datos que están disponibles no se incluye a estos grupos y sería particularmente útil saber un poco más sobre el uso de anticonceptivos, la magnitud y las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo entre estos grupos en particular.

- **En lugares en los que existen sistemas para monitorear los programas de salud reproductiva, se suelen excluir los elementos relacionados con la atención postaborto.**

Por ejemplo, en muchos países, los sistemas de suministros y logística, o las lista de los suministros médicos, incluyen insumos relacionados con todos los aspectos de la salud reproductiva, pero es muy raro que lleven cuenta de las adquisiciones y del uso del instrumental para la aspiración manual endouterina

(AMEU) que se usa para atender las complicaciones del aborto.

- **A veces es difícil obtener siquiera un simple recuento del número de establecimientos públicos y privados que ofrecen APA.**

Muchos establecimientos evitan sistemáticamente reportar el número de casos tratados por complicaciones del aborto, para evitar la atención de las autoridades superiores, o para mantener el anonimato de las pacientes implicadas, bajo la creencia errónea que la APA es ilegal. Para terminar de complicar la situación, los casos relacionados con abortos suelen clasificarse como hemorragias o infecciones, dificultando así que se identifiquen como casos relacionados con el aborto.

- **En muchos países, el sector privado atiende las complicaciones del aborto, pero no se dispone de mucha información sistemática al respecto.**

En efecto, es probable que los proveedores que ofrecen este servicio no lo publiquen abiertamente. La escasez de datos fiables, tanto de los servicios del sector público como de los del sector privado, representa un serio impedimento para el proceso del monitoreo y la evaluación y, en la mayoría de los países, será necesario que los evaluadores hagan esfuerzos conjuntos para mejorar la recopilación de los datos.

- **También es difícil recopilar información sobre la calidad de la atención con relación al aborto.**

Idealmente, los evaluadores querían recolectar los datos sobre la técnica utilizada para la evacuación endouterina, la duración de la estadía de la paciente, la idoneidad de la consejería sobre anticoncepción postaborto, la entrega de algún método y el nivel de satisfacción de la paciente, entre otros. En efecto, existen metodologías e instrumentos para recolectar datos para evaluar la calidad de la atención (una vez se han identificado los establecimientos que proveen estos servicios y se obtiene su autorización para evaluarlos). Aún así, se quiere respetar la confidencialidad de la paciente y el trauma psicológico que esta pueda estar sufriendo, por lo que puede ser más difícil aplicar las técnicas disponibles para evaluar la calidad de la atención postaborto que otros servicios más rutinarios de la salud reproductiva (como la Evaluación de la Provisión de Servicios [EPS] o la Investigación Rápida de la Calidad

para planificación familiar, que se describen en la Parte II.H.2 del *Compendio*). A la vez, se hace más difícil evaluar estos servicios debido al carácter de constante emergencia de los mismos y a la relativa poca frecuencia con que ingresan pacientes para APA, comparado al volumen de consultas para planificación familiar o para los partos en las maternidades. Para concluir, la mayoría de los sistemas de salud en los países en desarrollo no cuentan con normas ni protocolos para la atención postaborto y los lineamientos internacionales que actualmente existen son limitados y han tenido poca difusión (OMS, 1995b; Rogo, Lema y Rae, 1999).

- **Pocas veces es factible definir el impacto del aborto en condiciones de riesgo dentro de la morbimortalidad materna.**

Los programas de salud reproductiva trabajan para salvar las vidas y proteger la salud de las mujeres que tienen abortos en condiciones de riesgo. Sin embargo, estos se enfrentan a dos tipos de desafíos para rastrear el impacto que tiene el aborto en condiciones de riesgo en la morbimortalidad materna. El primer desafío se refiere a tratar de medir el aborto con la debida precisión; el segundo, a medir la mortalidad y la morbilidad maternas con precisión y a asignarles su causa, incluido el aborto en condiciones de riesgo. (Para una

descripción más completa de los desafíos metodológicos para medir la mortalidad materna se refiere a los lectores a la Parte III.D). En resumen, es difícil medir la morbilidad y la mortalidad materna y es más difícil aún definir el impacto del aborto en condiciones de riesgo, o de las intervenciones para reducirlos, en estos dos resultados. La OMS es el principal organismo que proporciona estimaciones de la mortalidad materna y de la participación del aborto en condiciones de riesgo en estos resultados, a nivel regional y mundial, aunque los cálculos de la incidencia del aborto en condiciones de riesgo no se han actualizado recientemente (OMS, 1998c).

Los programas pueden abordar algunos de los desafíos del monitoreo y la evaluación de esta área en el corto plazo, destinando más recursos financieros y humanos para la recopilación y el análisis de los datos. Los indicadores que se presentan a continuación se han desarrollado como punto de partida hacia ese esfuerzo. La manera de enfrentar los otros desafíos identificados dependerá de la evolución de las tendencias en el ámbito más general de las políticas, de las prácticas médicas y de las actitudes culturales que definen la manera en que los sistemas de salud responden al aborto en condiciones de riesgo.

LA CONDICIÓN LEGAL DEL ABORTO

Definición

Las restricciones legales que establecen las circunstancias bajo las cuales una mujer puede interrumpir un embarazo en una forma legal

Un país puede tener cinco posibles niveles de restricción en las leyes sobre el aborto (CRLP, 1999):

- 1) Se permite el aborto sin ninguna restricción en cuanto a las razones;
- 2) Se permite el aborto con base en algunos aspectos socioeconómicos (estas leyes permiten tomar en consideración los recursos económicos, la edad, el estado civil y el número de hijos vivos que la mujer tiene);
- 3) Se permite el aborto para proteger la salud mental, la vida y la salud física de la mujer (la interpretación de “salud mental” puede variar de país en país, pero puede abarcar, por ejemplo, el trauma psicológico que una mujer sufre al ser violada o la abrumadora presión provocada por circunstancias socioeconómicas);
- 4) Se permite el aborto para proteger la vida y la salud física de la mujer (estas leyes podrían permitir el aborto por razones de salud, requiriendo que la amenaza del daño ocasionado a la salud sea muy seria o permanente); y
- 5) Se permite el aborto únicamente para salvar la vida de la mujer o el procedimiento está totalmente prohibido.

Datos Requeridos

El texto de las leyes vigentes

Fuente(s) de Datos

Los códigos penales, los códigos de salud y los informes de las organizaciones de derecho internacional que monitorean la situación del aborto (por ejemplo, el sitio de Internet del Centro Legal para los Derechos Reproductivos y las Políticas Públicas: www.crlp.org)

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es medir el grado en el que una mujer tiene acceso al aborto en condiciones seguras y a la atención postaborto en un país específico. Sin embargo, las leyes sobre el aborto, aunque muy importantes, son solamente uno de los factores que influyen en el acceso a la atención. Más importante que las leyes mismas pueden ser otros factores, como las diversas políticas y la manera en que éstas se implementan. (Ver el siguiente indicador, **Condición de las Políticas sobre el Aborto**.) Además, aunque en casi todos los países se permite por lo menos una razón para interrumpir legalmente el embarazo, es probable que los servicios para abortos inducidos no estén disponibles en la medida que la ley lo permite.

Implicaciones de Género de este Indicador

Cada año ocurren aproximadamente 20 millones de abortos en condiciones de riesgo, lo cual contribuye a un 13 por ciento de la mortalidad materna, es decir, a unas 76,000 muertes al año (Ipas, 2000). La gran mayoría de las muertes relacionadas con el aborto ocurren en países en los que el aborto es ilegal o en los que el aborto es legal pero su condición y el acceso al mismo son tan poco conocidos que las mujeres todavía recurren al aborto en condiciones de riesgo (como en la India). La mortalidad materna se ha reconocido como un problema urgente de equidad de género y derechos humanos y los planes de acción de numerosas conferencias y convenciones internacionales han hecho llamados para disminuir la tasa de mortalidad materna. Sin embargo, esto se hace difícil si no se pone atención al número de víctimas que ocasiona el aborto en condiciones de riesgo. En los lugares en los que el aborto es ilegal, el acceso a la atención postaborto de alta calidad, incluido el acceso a la planificación familiar, es de crítica importancia.

LA SITUACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE EL ABORTO

Definición

El ambiente de las políticas con relación al aborto

Las políticas se definen por la inclusión de leyes sobre el aborto, pero también por las regulaciones, los lineamientos, las provisiones financieras y las prácticas habituales que afectan la entrega de servicios de aborto y la atención postaborto. Dichas políticas pueden existir en forma escrita u oral (por ejemplo, en los lineamientos informales) y pueden aclarar la forma en que se deben operar y proveer los servicios del programa en los sistemas de salud.

Los evaluadores pueden calificar las políticas sobre la atención del aborto en términos de cuatro niveles de restricción:

- 1) Políticas que favorecen una amplia disponibilidad de atención postaborto con pocas restricciones para su acceso;
- 2) Políticas que permiten la atención del aborto con algunas cláusulas restrictivas;
- 3) Políticas que restringen en gran medida el acceso a la atención del aborto; y
- 4) Políticas que prohíben los servicios de atención del aborto, excepto en situaciones relativamente extraordinarias.

De la misma manera, los evaluadores pueden clasificar el nivel de apoyo a la atención postaborto conforme a cuatro niveles de apoyo:

- 1) Las políticas son muy favorables al tratamiento de las complicaciones del aborto, incluidas las complicaciones del aborto ilegal;
- 2) Las políticas son moderadamente favorables a la atención postaborto;
- 3) Prácticamente no existen políticas que conciernen la atención postaborto y la atención que se ofrece es *ad hoc* y muy variable; y
- 4) Políticas que limitan el acceso de las mujeres a la atención postaborto.

Datos Requeridos

La información sobre las políticas actuales

Fuente(s) de Datos

Los códigos penales; los estatutos especiales; las sentencias de los tribunales; las regulaciones de salud pública y los códigos administrativos; los estándares médicos y de enfermería; los protocolos de los establecimientos de atención de la salud

Nota: Mientras que algunas políticas se expresan por escrito y reciben amplia difusión, otras se desarrollaron informalmente y se implementaron en los establecimientos de salud por costumbre. Para definir qué políticas de tipo informal prevalecen en un ámbito geográfico en particular, se puede entrevistar a los proveedores de salud y a los administradores.

Propósito y Temas a Considerar

Para obtener una primera indicación del entorno de las políticas con relación al aborto, se pueden revisar las leyes que abordan específicamente las situaciones en que se le permite a una mujer someterse a un aborto, según las circunstancias de su embarazo. Hoy en día, un 62 por ciento de la población mundial vive en 64 países en los que el aborto es legalmente permitido, sin ninguna restricción en cuanto a la razón o con base en amplias circunstancias socioeconómicas. El 38 por ciento restante vive en países donde hay diversos grados de restricción (CLPR, 1999).

No obstante, las leyes sobre el aborto o la atención postaborto pueden ser bastante engañosas en cuanto a lo que las autoridades realmente toleran o promueven, lo que podría ser más restrictivo o menos restrictivo que lo que las leyes mismas puedan señalar. En algunos países, la “regulación menstrual,” o el aborto temprano cuando el embarazo aún no ha sido confirmado, está oficialmente sancionado y se encuentra ampliamente disponible, a pesar de que la ley escrita sea muy restrictiva con relación al “aborto.” En otros países, se permite el aborto bajo diversas circunstancias, pero las

políticas restringen el acceso a él en gran medida. Por todo esto, para determinar cuál es la verdadera política nacional con relación al aborto, es necesario profundizar más allá de las regulaciones oficiales.

Es probable que haya políticas creadas e implementadas por una serie de instituciones y personas (por ejemplo, los proveedores de servicios clínicos, el personal de salud administrativo, las asociaciones profesionales o las autoridades judiciales) y que éstas sean diferentes según el área geográfica o que varíen dependiendo del establecimiento o del sistema de salud. Además, es probable que no haya un dictamen formal respecto a las políticas que tienen impacto en los servicios de aborto y en la atención postaborto y que éstas se vayan formulando y poniendo en práctica conforme lo exijan las circunstancias o propósitos específicos.

Entre los ejemplos que ilustran el contenido de las políticas con relación al aborto, figuran:

- Las circunstancias bajo las cuales se permite a una mujer someterse a un aborto, incluidos su edad, su estado civil, las circunstancias del embarazo y las semanas de gestación;
- Los tipos de establecimientos de salud autorizados para realizar abortos inducidos o para proveer atención postaborto;
- Los tipos de profesionales de la salud autorizados para realizar abortos inducidos o para brindar atención postaborto;
- El financiamiento para los servicios relacionados con el aborto (por ejemplo, la disponibilidad de subsidios públicos para los servicios, las tarifas escalonadas, los requisitos para que las pacientes compren los medicamentos y los suministros);
- Las esperas, las firmas de los proveedores, el consentimiento del cónyuge o de los padres y otros requisitos del procedimiento previo a la provisión del servicio; y
- Los tipos de instrumental clínico y los medicamentos aprobados.

Indicador

TASA DE ABORTOS (TA) Y TASA TOTAL DE ABORTOS (TTA)

Definición

La tasa de abortos es el número de abortos inducidos que ocurrieron en un período de referencia específico (por ejemplo, un año) por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (de 15-44 o 15-49 años de edad).

La tasa de abortos (TA) se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de abortos}}{\text{Total de la población de mujeres entre 15-44 años (o entre 15-49 años) a la mitad del período}} \times 1000$$

La tasa total de abortos (TTA) es el número de abortos que una mujer tendría durante toda su vida si persistieran los niveles actuales. Este riesgo durante todo el curso de la vida es una medición de cohortes que puede calcularse haciendo mediciones por periodos de tiempo (tasas de aborto por edades específicas) o que puede aproximarse multiplicando la tasa de abortos por el número de años que dura el período reproductivo (30-35 años) (Bertrand y Tsui, 1995). Por lo tanto, la tasa total de abortos se calcula de la siguiente manera:

$$\text{TAR} = 35 \times \text{tasa de aborto}$$

En la que:

35 = # de años que dura el período reproductivo

Datos Requeridos

El número de abortos inducidos que ocurrieron en un año o período de referencia específico; la población computada o estimada a la mitad del período para el mismo período de referencia

Fuente(s) de Datos

Los datos sobre los abortos ocurridos: En los lugares en los que las leyes sobre el aborto son liberales, es

probable que las estadísticas oficiales proporcionen las cifras más exactas; sin embargo, en los lugares en los que se restringe el aborto, los datos pueden ser menos precisos, pero se pueden obtener estimaciones a través de encuestas con los proveedores, de encuestas a nivel de la población, de estudios hospitalarios, o combinando todas estas fuentes.

La información sobre la población de mujeres entre 15-49 años de edad se suele obtener con base en los datos de los censos, o de proyecciones hechas a partir de los censos.

Propósito y Temas a Considerar

Las tasas y las razones son las medidas más comunes para calcular la incidencia de la práctica del aborto, siendo ambas estadísticas indispensables para documentar la incidencia de abortos a lo largo del tiempo y del espacio. La tasa de abortos es una herramienta útil para evaluar los servicios anticonceptivos, ya sea para establecer una línea de base o para medir el progreso alcanzado. La tasa de abortos refleja la eficacia del método anticonceptivo y la del usuario, así como el acceso a los servicios. Para evaluar los proyectos de demostración o los efectos de los distintos componentes de un programa por aparte, esta tasa es menos útil que los datos obtenidos a nivel del establecimiento u otro tipo de datos.

Varios factores afectan la tasa de abortos: 1) La proporción de mujeres que quedan embarazadas en un año; 2) la posibilidad de que un embarazo sea no deseado; y 3) la posibilidad de que un embarazo no deseado sea interrumpido. Por consiguiente, el incremento del uso eficaz de la anticoncepción y, por ende, la disminución del número de embarazos no deseados, puede reducir la tasa de abortos y tiene, además, el potencial de disminuir la fecundidad. Por otro lado, si el número de embarazos permanece constante, pero hay más embarazos no deseados que llegan a su término normal, la tasa de abortos disminuirá también, con el posible efecto de incrementar la fecundidad.

La tasa total de abortos es tan fácil de entender como la tasa global de fecundidad, siendo ambas estadísticas muy eficaces para fines de comparación. La ventaja de la TTA es que toma en cuenta las probabilidades que una mujer tiene de quedar embarazada y de interrumpir su embarazo durante todo el ciclo de su vida reproductiva. Al igual que con la tasa de abortos, una TTA alta puede indicar una serie de factores, incluidas la disponibilidad y la calidad de los servicios de anticoncepción (o la falta de ellos), así como una alta prevalencia del uso de métodos anticonceptivos tradicionales en un país específico.

Para documentar a los grupos que están en mayor riesgo de recurrir a un aborto, puede ser útil establecer la tasa de abortos por rangos de edades específicas (tal como los jóvenes de 15-19 o de 15-24 años de edad).

Sin embargo, las tasas y las razones suelen estar comprometidas en términos de precisión. Tal como se mencionó antes, los datos de los países en los que se restringe el aborto tienden a ser imprecisos. En estas circunstancias, puede ser necesario ajustar los datos para

compensar por el sub-reportaje, por la clasificación errónea o por las condiciones socioeconómicas que reflejan el nivel de seguridad de los abortos clandestinos y las probabilidades de que una mujer que tiene complicaciones a consecuencia de un aborto inducido solicite y reciba atención.

La investigación realizada ha demostrado que las mujeres no siempre informan acerca de su experiencia con el aborto, aún en los ámbitos que son menos restrictivos; por lo que, en los lugares en que la mujer puede enfrentarse con represalias judiciales o con graves daños físicos o psicológicos, es menos probable aun contar con datos precisos sobre la incidencia del aborto. A lo largo de los años, los investigadores han explorado diferentes métodos para recopilar la información delicada y de naturaleza personal, con poca o ninguna amenaza para los sujetos de la investigación. Los últimos esfuerzos realizados por la Encuesta Nacional sobre el Crecimiento Familiar en los Estados Unidos, incluyen las entrevistas asistidas por computadora para maximizar la privacidad de las personas encuestadas.

Indicador

TOTAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ABORTO

Definición

La cantidad total de los ingresos a un establecimiento de salud por complicaciones relacionadas con el aborto durante un período de referencia (por ejemplo, un año)

Este indicador incluye las complicaciones que resultan del aborto espontáneo (pérdidas) y del aborto inducido.

Las complicaciones postaborto incluyen la hemorragia; la infección local o sistémica; las lesiones en el tracto genital y en los órganos internos y las reacciones tóxicas o químicas debido a los intentos de provocarse un aborto; o al aborto realizado en condiciones de riesgo. Este indicador no incluye las secuelas a largo plazo (incapacidad física, dolor, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad secundaria o mayores tasas de embarazos ectópicos).

Datos Requeridos

Los recuentos de las mujeres que ingresan a un establecimiento de salud para recibir tratamiento por complicaciones relacionadas con el aborto durante un período de referencia

Fuente(s) de Datos

Los estudios especiales o las estadísticas del servicio de los establecimientos que brindan atención de las complicaciones del aborto

Nota: En los países en desarrollo, las complicaciones del aborto se pueden tratar en diferentes sitios dentro de los hospitales, como la sala de ginecología, la sala de emergencias o la sala de operaciones, por lo que la recopilación de los datos debe incluir los ingresos a todos estos lugares.

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador monitorea cambios en el tipo de casos y tiene importantes implicaciones administrativas. Los evaluadores y los gerentes también lo pueden utilizar para llevar un control del uso de los recursos y de las necesidades de las mujeres con complicaciones del aborto. El indicador también tiene implicaciones con

relación a las políticas, ya que sirve para evaluar el costo del aborto en condiciones de riesgo, o del aborto inducido, para los hospitales o para el sistema nacional de salud. El número de ingresos por complicaciones del aborto ofrece los denominadores para otros indicadores útiles, tales como el porcentaje de pacientes de APA menores de 20 años o el porcentaje de pacientes de APA con una gestación de hasta 12 semanas. Sin embargo, puede ser que el cálculo de porcentajes no sea exacto debido al bajo número de ingresos por complicaciones del aborto en ciertos establecimientos, como los centros de salud.

Por ejemplo, en Perú, actualmente se están haciendo esfuerzos para mejorar la calidad de la información sobre los casos de APA que atiende el sector público en los centros de salud y en los hospitales de un estado. El proceso consiste en usar un formulario estándar con el historial clínico de cada paciente que recibe APA en el establecimiento, el cual debe ser completado por el proveedor del servicio con la información de unos cuantos indicadores clave, como el diagnóstico, la edad de la paciente, la técnica utilizada para la evacuación y el tiempo de embarazo. Los proveedores de los establecimientos están acostumbrados a llenar formularios similares para los partos, por lo que han adoptado este otro formulario sin mayores problemas. El personal tiene la responsabilidad de captar la información de una fuente de datos para cada establecimiento y el Ministerio de Salud la debe poner en disponibilidad para el uso a nivel local, a nivel regional o a nivel nacional. El Ministerio de Salud e Ipas^{NT} están evaluando este proyecto piloto para su posible expansión a otros estados de Perú y, con el tiempo, a otros países.

^{NT} Ipas es una ONG internacional que trabaja para reducir la tasa de muertes y lesiones relacionadas con el aborto.

Este indicador incluye tanto las complicaciones por abortos inducidos como por abortos espontáneos. Aunque sería interesante diferenciar entre los dos tipos para calcular el número de abortos inducidos, muchas veces es difícil obtener este tipo de información. Por ejemplo, muchas personas cuestionan la ética de preguntar a las jóvenes si han tenido un aborto en los ámbitos que tienen fuertes restricciones legales, por lo que, en este tipo de entorno, la evidencia clínica suele ser inconclusa. Además, los informes pueden estar muy sesgados, ya que, aunque los proveedores del servicio estén bastante seguros de que la complicación proviene de un aborto inducido, optan por no reportarlo en los registros así, debido a las restricciones sociales o legales del entorno. Esta omisión da por resultado los datos potencialmente engañosos en cuanto al número de abortos espontáneos frente al número de abortos inducidos.

Los evaluadores han intentado varios enfoques para tratar de diferenciar entre los abortos espontáneos y los inducidos, desde hacerle una serie de preguntas a las pacientes, hasta usar multiplicadores con base en la ocurrencia biológica de abortos espontáneos o multiplicadores con base en opiniones expertas sobre la proporción de ingresos hospitalarios por las complicaciones del aborto inducido.

Este indicador permite calcular los niveles del aborto inducido en los países en los que está restringido, para lo cual los investigadores han utilizado datos sobre los ingresos hospitalarios relacionados con el aborto. Utilizando una variedad de multiplicadores específicos para la región o para el país, los evaluadores pueden extrapolar el número de ingresos hospitalarios a consecuencia del aborto para calcular el número de abortos entre la población. Estos multiplicadores varían según las restricciones legales y sociales del entorno y según la disponibilidad de abortos inducidos por proveedores capacitados, procedimientos realizados por proveedores clandestinos, disponibilidad de usar antibióticos y condición socioeconómica de las mujeres que tienen los abortos. Los investigadores sugieren utilizar diversos métodos de cálculo con distintos multiplicadores para abordar las dudas relacionadas con el uso de estos multiplicadores (Singh y Wulf, 1994).

La mejor manera de recolectar datos para este indicador es llevar a cabo estudios especiales en los establecimientos específicos (por ejemplo, en los hospitales de las áreas urbanas). Por ejemplo, en un estudio realizado en un hospital de Nigeria, se demostró que más del 75 por ciento de los ingresos hospitalarios ginecológicos se debían a causas relacionadas con el aborto (Rogo, Lema y Rae, 1999).

Entre los posibles indicadores, figuran:

- El porcentaje de casos de complicaciones obstétricas atendidos en los establecimientos de atención al aborto; y
- El porcentaje de mujeres atendidas con APA que mueren en los establecimientos de salud.

Indicador

NÚMERO/PORCENTAJE DE PES QUE OFRECEN SERVICIOS DE ATENCIÓN POSTABORTO, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Definición

La cantidad total y el porcentaje de los puntos de entrega de servicios (PES) que ofrecen servicios de atención postaborto (APA) por tipo de establecimiento (por ejemplo, centro de salud, hospital de distrito, médico privado) y situación geográfica

Los puntos de entrega de servicios deben incluir a los servicios del sector público y a los del sector privado.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de PES de un tipo en particular que proveen servicios de APA en un área específica}}{\text{\# total de PES de ese tipo en la misma área}} \times 1000$$

La atención postaborto consiste en:

- El tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto espontáneo o del aborto inducido en condiciones de riesgo;
- Consejería y servicios de planificación familiar; y
- Vinculaciones a la atención integral de salud reproductiva.

Muchas veces, la necesidad de informar a la comunidad para reducir la necesidad de recurrir al aborto y para mejorar la salud reproductiva se considera como un cuarto elemento de la atención postaborto.

Datos Requeridos

La cantidad total de establecimientos que ofrecen servicios de APA, por tipo de establecimiento y por situación geográfica; la cantidad total de establecimientos que ofrecen atención del parto, por tipo de establecimiento y por situación geográfica

Fuente(s) de Datos

Los registros del programa nacional; los registros de las ONG y de las instituciones privadas; las entrevistas con los proveedores y la observación de los servicios

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es medir el grado de disponibilidad de servicios de APA en un país específico. Todos los países deberían de tener la capacidad de monitorear la disponibilidad de los servicios de APA para tratar las complicaciones del aborto, pero en los países en que se restringe el aborto los evaluadores pueden enfrentar dificultades para obtener la información precisa de todos los establecimientos que ofrecen este tipo de servicios. Los proveedores (particularmente los del sector privado), pueden estar menos dispuestos a admitir que ofrecen este tipo de servicios, debido al estigma asociado con el aborto y al deseo de proteger la privacidad de sus pacientes, aun en los países en los que las leyes sobre el aborto tienen menos restricciones.

Idealmente, la información recopilada para este indicador puede servir para monitorear otros indicadores importantes, como el porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de APA en una región específica o en un nivel de atención específico (por ejemplo, en los centros de salud, en los hospitales de distrito y en los hospitales terciarios). Otro indicador relacionado es el número, el tipo y la distribución geográfica de los PES que tienen suministros, equipo y transporte para servicios de atención postaborto.

Cuando hay estimaciones de la población disponibles, la información que se obtiene para este indicador puede ayudar a definir si el número y el tipo de establecimientos que ofrecen estos servicios son adecuados para la población que atienden. Los indicadores que desarrolló UNICEF, la OMS y el FNUAP para monitorear el acceso a la atención obstétrica de emergencia pueden servir de guía para esto.

Indicador

NÚMERO/PORCENTAJE DE ESPECIALISTAS MÉDICOS CON CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN POSTABORTO (APA), POR TIPO DE ESPECIALIDAD Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Definición

La cantidad total y el porcentaje de especialistas médicos que han recibido capacitación en APA, por tipo de especialidad y situación geográfica

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de médicos de una especialidad en particular, que ejercen en una área específica, capacitados en APA}}{\text{\# total de proveedores de dicha especialidad ejerciendo en el área (por ejemplo, distrito)}} \times 1000$$

Datos Requeridos

El número de especialistas médicos con capacitación en APA, por especialidad y situación geográfica; la cantidad total de proveedores, por especialidad y por la situación del lugar donde ejercen

Fuente(s) de Datos

Los registros del programa nacional; los registros del programa de las ONG o de las instituciones privadas; los expedientes de la institución que da capacitación (por ejemplo, los registros de la facultad de medicina o de la facultad de obstetricia)

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es medir el grado en que se capacita en APA a los especialistas médicos, lo que a su vez influye en la disponibilidad de dichos servicios.

Si se dispone de denominadores clasificados por especialidad, los datos obtenidos para este indicador se

pueden usar para definir el porcentaje del tipo de proveedores capacitados en un país específico; por ejemplo, el porcentaje de obstetras y ginecólogos, de médicos generales o de enfermeras-obstetrices que han recibido capacitación en APA.

La atención postaborto consiste en:

- Tratamiento de emergencia de las complicaciones del aborto espontáneo o del aborto inducido en condiciones de riesgo;
- Consejería y servicios de planificación familiar; y
- Vinculaciones a la atención integral de la salud reproductiva.

Una limitación de este indicador se relaciona con el monitoreo del seguimiento a los profesionales que aplican los conocimientos adquiridos en su práctica profesional. La capacitación de los proveedores suele darse en ámbitos como los hospitales de capacitación; pero, una vez se ha asignado a los proveedores a sus respectivos cargos, puede ser que enfrenten desafíos para poner en práctica las habilidades adquiridas. Puede ser difícil para los evaluadores hacer un monitoreo rutinario y definir si las personas capacitadas están aplicando las habilidades aprendidas durante la capacitación, y cómo las están poniendo en práctica.

Entre otros indicadores relevantes, pueden figurar:

- El número y el porcentaje de facultades de medicina y de enfermería que incorporan la APA en su currículo; y
- El número y el porcentaje de especialistas médicos capacitados en APA durante su capacitación pre-servicio y en-servicio

Indicador

PORCENTAJE DE PES QUE OFRECEN SERVICIOS DE ATENCIÓN POSTABORTO QUE CUMPLEN CON EL ESTÁNDAR DE CALIDAD ESTABLECIDO

Definición

En la Tabla III.I.1 aparece un marco de los elementos fundamentales necesarios para ofrecer servicios de atención postaborto de buena calidad (Leonard y Winkler, 1991 e Ipas/PRIME, 1998). Este marco ha sido elaborado por Ipas y sirve de guía para la creación y la utilización de los indicadores para monitorear y evaluar la calidad de la atención postaborto. A continuación, se presenta una lista de los componentes más importantes de la atención postaborto:

- Tecnologías apropiadas para la evacuación endouterina;
- Desempeño técnico en los servicios de APA;
- Interacción entre la paciente y el proveedor;
- Información y consejería sobre APA; y
- Disponibilidad de equipo, suministros y medicamentos.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de PES que ofrecen servicios de APA satisfaciendo un estándar de calidad específico}}{\text{\# total de PES que ofrecen servicios de APA}} \times 1000$$

Datos Requeridos

Las calificaciones obtenidas a través de los instrumentos creados para la recopilación de los datos para evaluar la calidad de los servicios en cada uno de los establecimientos de una red; para el denominador, un recuento de los PES que ofrecen servicios de APA

Fuente(s) de Datos

Las listas de verificación; la observación de los servicios, entrevistas informales con pacientes y proveedores; revisión de los registros del establecimiento, como la bitácora de la sala de cirugía para hacer un monitoreo rutinario o para supervisar la calidad de los servicios de APA

Así también, las auditorías del establecimiento, las entrevistas con pacientes y la observación de la

interacción entre la paciente y el proveedor para los estudios especiales más detenidos.

Propósito y Temas a Considerar

Aunque significa un desafío medir la calidad de los servicios, los gerentes y los evaluadores pueden usar los indicadores señalados en este *Compendio*, además de otros recursos, para evaluar rutinariamente sus propios programas. El tipo de servicios disponibles varía según el nivel del establecimiento dentro del sistema de salud; para que la mujer tenga acceso a la atención de emergencia dentro de un lapso de tiempo establecido; y a una distancia razonable de su hogar, recomendamos luchar por la descentralización de los servicios de APA dentro del sistema de atención.

Los investigadores han realizado varios proyectos de investigación operativa con relación a la APA en América Latina y África, asegurándose de que haya consentimiento informado y de que se guarde confidencialidad de las pacientes en los estudios sobre servicios relacionados con el aborto, con lo que se ha logrado documentar cambios en la calidad de la atención después de introducir intervenciones de APA dentro de variados entornos de salud.

La complejidad de la provisión de servicios clínicos requiere el monitoreo de numerosos aspectos de la atención. Por ejemplo, las prácticas adecuadas para la prevención de infecciones exigen que los proveedores sigan una serie de pasos en el proceso de la atención clínica. En la Tabla III.I.1 se presentan posibles indicadores para medir cada uno de los componentes clave de la APA, los cuales varían en su formato y necesitan ser sometidos a pruebas adicionales para definir cuáles son los medios más útiles y válidos para evaluar la calidad de los servicios. Tanto los gerentes como el personal de salud deben definir cuál es la mejor manera de medir el desempeño de sus programas. Dos de las referencias consultadas sugieren utilizar las listas de verificación para muchos de los indicadores que se presentan en la Tabla III.I.1. (Otsea et al., 1999; Population Council, 2000).

Tabla III.I.1 Posibles Indicadores para los Componentes Clave de la Calidad de la APA

Indicador	Auditoría al Estable- cimiento	Observa- ción	Entrevista con el Proveedor	Entrevista de Salida a Clientes	Estadísticas de los Servicios
Tecnologías Apropriadas					
• Disponibilidad de tecnologías seguras y eficaces para la evacuación endouterina	✓	✓			
Desempeño Técnico					
• Disponibilidad de proveedores capacitados en APA	✓	✓	✓		
• Adhesión a las prácticas actuales/ actualizadas para la evacuación endouterina		✓	✓		
• Porcentaje de pacientes idóneas (con embarazos de 12 semanas o menos) que han sido atendidas con AMEU		✓			✓
• Adhesión a las prácticas actuales/ actualizadas para la prevención de infecciones (precauciones universales)		✓	✓		
• Adhesión a las prácticas actuales/ actualizadas para el manejo del dolor		✓	✓		
• Existencia de un entorno higiénico para la entrega de servicios	✓	✓			
• Promedio de tiempo desde que la paciente llega al establecimiento de salud hasta que recibe el tratamiento		✓		✓	
• Mecanismo para la estabilización, referencia y transporte de pacientes con graves complicaciones del aborto	✓		✓		
Interacción entre la Paciente y el Proveedor					
• Resguardo de la confidencialidad en los expedientes de la paciente y en la información que se intercambia entre los proveedores y las pacientes		✓	✓		
• Respeto a las necesidades de privacidad de la mujer durante el tratamiento	✓	✓		✓	
• Adhesión a las prácticas de consentimiento informado en las decisiones de las pacientes		✓		✓	
Información y Consejería					
• Porcentaje de pacientes que reciben información sobre su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, cuidados necesarios para el seguimiento y complicaciones pos-tratamiento		✓		✓	

Tabla III.I.1 Posibles Indicadores para los Componentes Clave de la Calidad de la APA

Indicador	Auditoría al Estable- cimiento	Observa- ción	Entrevista con el Proveedor	Entrevista de Salida a Clientes	Estadísticas de los Servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de las pacientes de APA que reciben consejería en PF, que incluya por lo menos la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El embarazo puede ocurrir inmediatamente; ▪ El uso de un método anticonceptivo puede retrasar un embarazo subsiguiente si la mujer desea un método; y ▪ El lugar donde la mujer puede obtener un método anticonceptivo. 		✓		✓	
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes de APA que desean recibir un método anticonceptivo al momento del tratamiento y que reciben la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de la situación personal de la mujer; ▪ Opciones anticonceptivas; ▪ Uso del método; ▪ Efectos secundarios del método seleccionado; y ▪ Opciones para el reabastecimiento. 		✓		✓	
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes de APA que reciben un método anticonceptivo antes de irse del establecimiento de salud 		✓		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes de APA en riesgo de contraer ITS/VIH que son referidas para pruebas y consejería 		✓		✓	
Equipo, Suministros y Medicamentos					
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de suministros, equipo y medicamentos para la evacuación endouterina, incluidos los materiales para la prevención de infecciones y el manejo del dolor 	✓		✓		
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de la gama completa de métodos anticonceptivos 	✓		✓		

Indicador

NÚMERO/PORCENTAJE DE PES QUE OFRECEN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LAS PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN POSTABORTO

Definición

La cantidad total y el porcentaje de PES que ofrecen consejería y métodos de planificación familiar a las pacientes de atención postaborto

El numerador incluye a todos los PES que ofrecen planificación familiar a una mujer después de tratar las complicaciones del aborto. El denominador incluye el número total de PES que ofrecen APA en un país específico.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de PES que ofrecen consejería y métodos de planificación familiar a las pacientes que reciben atención postaborto}}{\text{\# total de PES que ofrecen servicios de APA}} \times 1000$$

Datos Requeridos

Recuentos del número total de centros/ hospitales que ofrecen APA y la cantidad total de centros/hospitales que ofrecen rutinariamente planificación familiar a las mujeres que han recibido servicios de APA

Fuente(s) de Datos

Las estadísticas de los servicios; las entrevistas con proveedores y pacientes; la observación de los servicios; las entrevistas con pacientes y la observación directa de los servicios (preferible); las entrevistas con los proveedores (útiles); los diarios y los expedientes de las pacientes (potencialmente útiles pero muchas veces incompletos o poco precisos)

Propósito y Temas a Considerar

El período de recuperación después de la APA presenta una buena oportunidad para los proveedores de ofrecer una atención reproductiva integral.

Los proveedores deben ofrecer consejería sobre planificación familiar después de proveer servicios de atención postaborto, porque las mujeres pueden recuperar su fecundidad tan sólo 14 días después de un aborto y antes de la siguiente menstruación. Antes de abandonar el establecimiento de salud, toda mujer que ha sido atendida por complicaciones del aborto debe estar consciente de lo siguiente: El uso de un método anticonceptivo puede retrasar un embarazo subsiguiente, si la mujer desea utilizarlo, ya que un nuevo embarazo puede ocurrir de inmediato. Los métodos de PF deben estar disponibles en el lugar y la consejería que se debe dar a las mujeres que escogen un método al momento que se les atiende debe incluir lo siguiente: Evaluación de la situación personal de la mujer, opciones anticonceptivas (casi todos los métodos pueden comenzar a usarse inmediatamente después del procedimiento de APA), modo de uso del método, efectos secundarios del método seleccionado y opciones para su reabastecimiento. En los países que tienen una incidencia de ITS/VIH/SIDA alta, los proveedores deben recomendar la doble protección (Ipas, 1999).

Entre otros posibles indicadores, figuran:

- El porcentaje de pacientes de APA que reciben consejería en planificación familiar al momento del servicio;
- El porcentaje de pacientes de APA que aceptan un método anticonceptivo al momento de recibir el servicio; y
- El porcentaje de pacientes de APA en riesgo de contraer ITS/VIH que son referidas para pruebas y consejería.