

Planificación familiar post aborto

¿Cuál es la práctica de planificación familiar comprobada en prestación de servicios en planificación familiar?

Ofrecer proactivamente asesoramiento y servicios voluntarios de anticoncepción en la misma instancia y en el mismo lugar donde las mujeres reciben atención post aborto en dependencias de salud.

Antecedentes

La atención post aborto (APA), que abarca el tratamiento de las complicaciones del aborto espontáneo o del aborto inducido, constituye una buena instancia para asesorar a las usuarias y ofrecerles anticoncepción voluntaria. Incluso si una mujer desea volver a quedar embarazada pronto, probablemente sería deseable que esperara seis meses para reducir las posibilidades de tener un recién nacido con bajo peso al nacer, un parto prematuro y anemia materna.^{1, 2} Todos los modelos de APA incluyen dos servicios esenciales: (1) tratamiento de las complicaciones de emergencia, y (2) asesoramiento sobre planificación familiar voluntaria que incluya el suministro de anticonceptivos.³ Los estudios de investigación y la información sobre la ejecución del programa muestran de manera sistemática que cuando se asesora a las usuarias y se les ofrece anticoncepción como parte de la atención post aborto, la mayoría de las mujeres optarán por salir de las dependencias llevando un método eficaz de planificación familiar (ver Figura 1).⁴

A pesar de esta evidencia y de décadas de inversiones para mejorar los programas de APA, los sistemas de salud siguen teniendo carencias. En Bangladesh, solo el 18% de todas las dependencias que brindan APA ofrecen rutinariamente métodos anticonceptivos a las usuarias.⁵ Asimismo, las usuarias que reciben un método anticonceptivo de su elección como parte de APA constituyen solo el 6% de las usuarias en Georgia, el 17% en Tanzania y el 26% en Pakistán.⁶⁻⁸ Además, los estudios realizados en Kenia y Nepal muestran que incluso habiendo servicios disponibles, la elección de métodos puede ser limitada.⁹⁻¹⁰ En Kenia, 9 de cada 10 usuarias post



Foto cortesía de: UNFPA

“Si la mujer que tratamos por complicaciones post aborto llegó a esa situación porque no pudo obtener anticonceptivos, le hemos fallado. Si se va a casa sin planificación familiar, le hemos fallado dos veces.”
– Verme, 1994

¹ Una revisión sistemática y un meta análisis sugieren que un intervalo de menos de seis meses después del aborto espontáneo no se asocia con resultados adversos.

² El meta análisis incluyó principalmente estudios realizados en países desarrollados.

aborto salieron de la dependencia de salud con un método, pero en realidad, lo que la gran mayoría llevaba era preservativos masculinos, debido a la escasa opción de anticonceptivos.⁹ El estudio también encontró importantes lagunas en la información que se proporcionaba a las usuarias, como la forma de usar el método correctamente y la información sobre los controles. En Brasil, solo un tercio de las usuarias post aborto informó haber recibido asesoramiento sobre anticoncepción y menos de 1 de cada 10 salieron de la dependencia de salud con un método anticonceptivo.¹¹

La planificación familiar post aborto es una de varias prácticas de alto impacto (PAI) en la planificación familiar identificadas por un grupo técnico asesor de expertos internacionales. Cuando se lleven a escala y se las institucionalice, las PAI maximizarán las inversiones en una estrategia integral de planificación familiar.¹² Por más información sobre otras PAI, consulte <http://www.fphighimpactpractices.org/es/overview/>.

Figura 1. Teoría del cambio de la planificación familiar post aborto

Contexto: Muchas mujeres consultan por servicios relacionados con el aborto inducido o el aborto espontáneo.



Se recomienda que los programas que implementan la planificación familiar post aborto incluyan los siguientes indicadores:

- Porcentaje de usuarias post aborto que recibieron asesoramiento sobre el retorno a la fertilidad y opciones de anticoncepción (desglosado por grupo de edad, <20 años frente a ≥20 años)
- Porcentaje de usuarias post aborto que salieron de las dependencias de salud con un anticonceptivo moderno (desglosado por tipo de método y grupo de edad, <20 años frente a ≥20 años)

¿Cuáles son los desafíos que enfrentan los países para los que les puede ayudar la planificación familiar post aborto?

La planificación familiar post aborto puede llegar a muchas mujeres y niñas que necesitan asesoramiento y servicios anticonceptivos. Los abortos inducidos y las pérdidas de embarazo (abortos espontáneos) son frecuentes. Juntos representan casi una cuarta parte de todos los embarazos en todo el mundo.¹³ A nivel mundial, el número de abortos

inducidos está creciendo; ha aumentado de 50,2 millones en 1990–1994 a 55,9 millones en 2010–2014. Casi la mitad de estos se consideran inseguros, y una cantidad abrumadora tienen lugar en los países en desarrollo.^{14, 15} Además, al tiempo que los abortos inducidos disminuyeron un 44% en las regiones desarrolladas (de 11,8 millones a 6,6 millones), aumentaron un 28% en las regiones en desarrollo (de 38,4 millones a 49,3 millones).¹⁵

La planificación familiar post aborto puede ayudar a los usuarios a lograr sus intenciones reproductivas y es probable que ahorre costos a las mujeres, las familias y el sistema sanitario. Tanto los individuos como los sistemas de salud soportan ingentes costos en el tratamiento de las complicaciones de abortos peligrosos. En muchos países africanos, una alta proporción (15% -30%) de los ingresos ginecológicos en el hospital se deben a complicaciones de abortos inducidos inseguros.¹⁶ El tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto puede consumir casi la mitad de los presupuestos de obstetricia y ginecología.¹⁶ Los costos podrían reducirse invirtiendo en mejorar el acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad y aumentando la conciencia sobre la fertilidad. Los abortos posteriores son frecuentes^{17, 18} e indican que el sistema de salud no facilitó el acceso a anticonceptivos eficaces y a información durante el primer encuentro de la mujer con la APA. Una revisión de varios países encontró que, en promedio, casi el 20% de las usuarias post aborto manifestaron haber tenido un aborto inducido previo.¹⁹ Además, más de la mitad de las usuarias post aborto expresaron interés por usar anticonceptivos, pero solo alrededor de un cuarto (27%) salió de la dependencia de salud con un método anticonceptivo. Proporcionar anticoncepción voluntaria a las mujeres que desean retrasar o limitar la maternidad costaría solo una fracción del promedio que se gasta en APA: en promedio, un año de servicios e insumos anticonceptivos modernos cuesta del 3% al 12% del costo de tratar a una paciente con APA.²⁰

Muchas usuarias post aborto y trabajadores de la salud no saben que las usuarias de servicios post aborto están en riesgo de embarazo casi enseguida después de un aborto. La fertilidad puede reinstalarse dentro de las primeras dos semanas siguientes a un aborto inducido o espontáneo del primer trimestre, dentro de las 4 semanas siguientes a un aborto o una pérdida espontánea del embarazo en el segundo trimestre,¹ y, en promedio, dentro de las tres semanas siguientes al aborto realizado con mifepristona o misoprostol.²¹ Sin embargo, un estudio transversal mostró que casi dos tercios de las mujeres que recibieron APA ignoraban cuándo se recupera la fertilidad después del aborto, y este mismo grupo no tenía la intención de usar anticonceptivos a pesar de que tres cuartas partes querían posponer la maternidad.²² Las mujeres que salen de una dependencia de salud sin comprender claramente su riesgo de embarazo tienen casi tres veces más probabilidades de tener otro aborto que las mujeres con conocimientos precisos.²³ La asesoría y los servicios oportunos de planificación familiar pueden ayudar a las mujeres a prevenir un embarazo no planificado ulterior y un posible aborto.

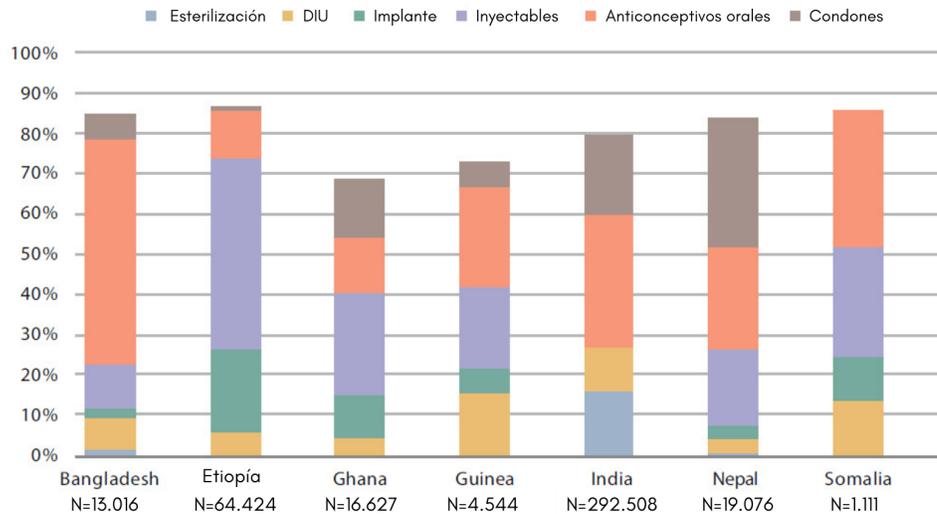
El aborto inseguro es un importante factor que contribuye a la morbilidad y mortalidad materna en los países en desarrollo, y la planificación familiar post aborto puede reducir los abortos posteriores. A nivel mundial, se estima que cada año ocurren 25 millones de abortos inseguros,²⁴ y entre 4,7% y 13,2% de las muertes maternas cada año pueden atribuirse a esa causa.²⁵ En los países en desarrollo se internan alrededor de 7 millones de mujeres cada año como resultado de abortos inseguros.¹⁵ Se estima que el costo anual del tratamiento de las complicaciones mayores del aborto inseguro asciende a 553 millones de dólares.²⁰ El aborto inseguro es la quinta causa directa de mortalidad materna relacionada con el embarazo.²⁵ La prevención del embarazo no deseado - incluso entre las usuarias de APA - es fundamental para reducir las consecuencias del aborto inseguro.

¿Qué evidencia hay de que la planificación familiar post aborto tenga un alto impacto?

Aun en contextos sumamente diferentes, los datos muestran consistentemente que cuando a las mujeres se les ofrece asesoramiento y servicios como parte de la APA la aceptación de la anticoncepción es alta. Un examen de la evidencia de los últimos 20 años concluyó: “La aceptación de la planificación familiar después del aborto suele aumentar rápidamente, por lo que se pueden reducir los embarazos no deseados y los abortos repetidos si se ofrecen distintos anticonceptivos gratuitos, como los métodos de acción prolongada en el punto de tratamiento...”⁴⁴ Estos hallazgos concuerdan con revisiones sistemáticas previas.²⁶ Las tasas de aceptación de anticonceptivos en los estudios de intervención a pequeña

escala oscilan entre el 25% y el 98%.^{27, 28} La Figura 2 presenta ejemplos que ilustran la aceptación voluntaria de anticonceptivos lograda en programas de prestación de servicios de rutina de gran escala cuando se disponía de servicios de planificación familiar post aborto de alta calidad.

Figura 2. Porcentaje de usuarias post aborto que abandonan las dependencias de salud con un método anticonceptivo moderno en países seleccionados que cuentan con servicios de planificación familiar post aborto de alta calidad



Fuente de información: Bangladesh, Etiopía, Ghana, yNepal; los datos fueron recogidos en dependencias de salud del sector público (apoyadas por ONG) entre 2011-2013.²⁹ En India, los datos se recogieron en dependencias de salud del sector público (apoyadas por ONG) entre 2011-2014.³⁰ En Somalia los datos se recogieron en dependencias de salud dirigidas por ONG en Puntland entre 2013-2015.³¹ En Guinea los datos se recogieron en dependencias de salud del sector público (apoyadas por ONG) en 2013.³²

La planificación familiar post aborto reduce las cifras de embarazos no planificados y de los abortos posteriores. Los estudios muestran que la prestación de servicios voluntarios de planificación familiar como parte de la APA puede aumentar el uso de anticonceptivos y reducir los abortos posteriores. En Zimbabue, las usuarias post aborto que fueron remitidas a un centro de salud materno-infantil cercano y a las que se cobró una tarifa nominal por anticoncepción tuvieron tres veces más probabilidades de presentar un embarazo no planificado en los 12 meses posteriores a un aborto que las usuarias post aborto a las que se les ofrecieron servicios de planificación familiar y métodos gratuitos en la misma dependencia.³³ Del mismo modo, en Georgia, los abortos múltiples fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres que no recibieron tratamiento de anticoncepción post aborto en la dependencia donde se administraba APA en comparación con las que sí lo recibieron.⁶

La planificación familiar post aborto se puede aumentar de escala y es sostenible, y la efectividad del programa puede aumentar con el tiempo. Los programas incluidos en la Figura 2 representan la aplicación a gran escala en contextos muy diferentes. La Figura 3 muestra datos de Perú, donde las instituciones han fortalecido el componente de planificación familiar de APA y han mantenido o mejorado estos logros mucho después de finalizada la asistencia técnica.³⁴ En particular, a los tres años de terminada la asistencia técnica, más del 80% de las usuarias post aborto recibieron un método antes de abandonar la dependencia de salud en comparación con poco menos del 60% durante el período de asistencia técnica. En Turquía se encontraron cifras similares.²⁸

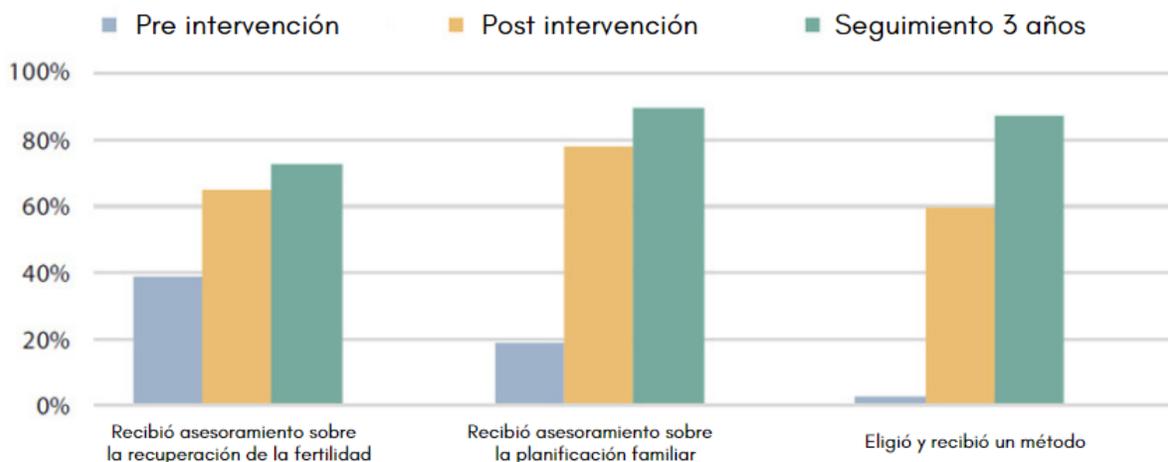
Cómo implementar: Pautas a partir de la experiencia de implementación

Ofrecer información y servicios a las mujeres en el mismo lugar y en la misma instancia en que reciben APA en las dependencias de salud resulta clave para la aplicación de servicios APA eficaces. Además, en sus programas, quienes ejecuten el plan deben considerar los elementos que se describe a continuación.

Encarar el estigma y las barreras sociales y comunitarias. Es frecuente que se estigmatice el aborto, particularmente en ambientes donde se le restringe legalmente. Consultar por complicaciones de un aborto o para elegir un método anticonceptivo puede ser particularmente difícil para quienes viven en esos contextos o para quienes tienen una autonomía limitada, porque el hecho de elegir un método implica que el aborto fue provocado.⁴ El ofrecer asesoramiento sobre planificación familiar y anticoncepción voluntaria a todas las usuarias que han tenido un aborto, tanto las que consultan por un aborto espontáneo como las que consultan por uno inducido, ayuda a reducir ese potencial estigma.

- **Involucrar a las comunidades y agentes comunitarios de salud.** En Kenia, al capacitar a los agentes comunitarios de la salud para que creen conciencia y cambien las actitudes de la comunidad sobre la APA, y para que asesoren a las mujeres sobre la planificación familiar, se logró aumentar tanto la cantidad de mujeres que usan los servicios de APA como la cantidad de mujeres que usan anticonceptivos. Según quienes ejecutaron el programa, la gran mayoría de las usuarias de APA fueron derivadas por agentes comunitarios de la salud. Un enfoque clave es hacer que las comunidades participen en el diálogo para definir la necesidad de los servicios de APA, para diseñar servicios de APA que se ajusten a la cultura de la comunidad y desarrollen la apropiación local que garantice el acceso equitativo y la calidad de la APA.³⁵⁻³⁷
- **Atraer redes de apoyo.** Muchas mujeres desean que su pareja, esposo u otra persona esté presente como apoyo cuando se las asesora sobre APA.⁴ Después de analizar las preferencias de la usuaria, se ha demostrado que la inclusión de seres queridos en el momento de dar el asesoramiento y las instrucciones clínicas mejora la adherencia a las instrucciones.³⁸

Figura 3. Resultados de la planificación familiar post aborto en Perú antes, durante y tres años después de la asistencia técnica



Fuente de datos: Benson y Huapaya (2002).³⁴

Ofrecer APA en las dependencias de atención primaria y permitir la incorporación del personal de enfermería y las parteras a la atención para ampliar el acceso y reducir los costos. Varios países, como Ghana, Kenia, Mozambique, Nepal, Senegal, Tanzania y Uganda, han demostrado que enfermeras y parteras capacitadas y competentes pueden brindar servicios de APA de manera segura.³⁹⁻⁴⁴ Políticas que lleven a compartir tareas, que amplíen el tipo de trabajadores de la salud que pueden brindar servicios de APA, como planificación familiar, pueden ahorrar costos al sistema de salud al reducir la carga de trabajo en las dependencias de atención terciaria.^{45,46} Varias asociaciones internacionales de profesionales de la salud están a favor de este enfoque.³ La colaboración y delegación de tareas con el personal de salud también puede generar ahorros para las usuarias aumentando la conveniencia de los servicios y facilitando su acceso. En áreas remotas o desatendidas a las mujeres les resulta más fácil acceder a parteras y enfermeras. Además, algunos estudios han demostrado que incorporar la planificación familiar como parte de los servicios de APA es más fácil en lugares donde las parteras están a cargo de todos los servicios de salud reproductiva.³⁹

Invertir en calidad. En Bangladesh, las usuarias que calificaron los servicios post aborto recibidos como de calidad media o alta fueron más propensas a declarar que usaban anticonceptivos tres meses después que las que calificaron sus servicios como de baja calidad.⁴⁷ He aquí algunos de los elementos de una atención de calidad:

- **Ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos.** Es probable que la oferta de una amplia gama de métodos, incluidos aquellos de acción prolongada, aumente la aceptación voluntaria de la planificación familiar.⁴ En Honduras, a los 20 meses de ampliar la gama de métodos anticonceptivos, el porcentaje de usuarias de APA que se fueron a su casa con un método aumentó de 13% a 54%.⁴⁸ En Camboya, la probabilidad pronosticada de que una usuaria saliera con un método anticonceptivo fue significativamente mayor en las dependencias sanitarias que ofrecen más de cuatro métodos que en las que ofrecen de uno a tres métodos (42% contra 18%, respectivamente).⁴⁹
- **Alentar y apoyar al personal de la salud para que traten a todas las usuarias con respeto.** Este apoyo a menudo incluye, entre otras cosas, la formación del personal y la aclaración de valores de forma tal de encarar sus posibles prejuicios. La capacitación debe reforzarse mediante una supervisión de apoyo, descripciones de los cargos, las directrices y políticas operativas y otros tipos de apoyo institucional.
- **Vincular a las usuarias a recursos que permitan un apoyo continuo.** Después de iniciar un método anticonceptivo, brindar a las usuarias información sobre dónde pueden acceder a un apoyo continuo y a reabastecerse, si es necesario. Ofrecer a las usuarias instrucciones escritas sobre cómo usar su método preferido para futuras referencias. Las [tecnología digitales](#), las líneas telefónicas directas y los agentes comunitarios de la salud pueden proporcionar más medios de apoyo a las usuarias. Al ofrecer apoyo de seguimiento, el personal de salud deben ser sensibles a las preferencias de la usuaria y respetar su privacidad. El brindar asesoramiento sobre planificación familiar en las visitas de control también es un factor importante que ayuda a reducir futuros abortos.^{33, 50}

Atender las necesidades de las usuarias de APA que padecen violencia de género. Múltiples estudios resaltan la relación entre la violencia de género y el mayor riesgo de aborto espontáneo y/o la mayor probabilidad de realizarse un aborto inducido.^{51, 56} Para atender estas necesidades particulares dentro de los servicios de APA hay que capacitar a los agentes de salud sobre cómo identificar a las sobrevivientes de violencia ejercida por su pareja íntima y de violencia sexual, y responder a sus necesidades, además de brindarles la atención clínica necesaria.^{32, 57}

Hacer que la anticoncepción sea gratuita o que esté incluida en el costo del tratamiento post aborto. En Burkina Faso, el costo de la anticoncepción post aborto es un importante obstáculo para muchas usuarias de APA.⁵⁸ Para las adolescentes y otras mujeres vulnerables, los costos contribuyen a que demoren su solicitud de APA y su acceso a la planificación familiar antes de darles el alta del establecimiento. En Senegal, la gestión de los pagos de las usuarias a menudo entraña procesos engorrosos, que obstaculizan el acceso.⁵⁹ En Tanzania, donde la APA y los servicios de planificación familiar son supuestamente gratuitos, el promedio total del costo que las usuarias de APA tenían que poner de su bolsillo superaba los 20 dólares (incluido el transporte y el tratamiento de las complicaciones, pero sin contar los costos de la anticoncepción).⁶⁰ En Rusia, el costo financiero de un aborto es sustancialmente menor que el costo anual de usar píldoras o condones.⁵⁰ Es probable que la anticoncepción gratuita, las exenciones de pago para las usuarias pobres y vulnerables, y la simplificación de los sistemas de pago hagan más equitativo el acceso a la anticoncepción para las usuarias de APA.

Garantizar el acceso equitativo a la anticoncepción post aborto, independientemente de:

- **La edad de la usuaria.** En Kenia se vio que era menos probable que las usuarias post aborto jóvenes, entre los 15 y 24 años de edad recibieran un método anticonceptivo, comparado con las usuarias adultas (35% contra 48%, respectivamente), y el 49% de las jóvenes declaró no usar anticonceptivos porque les preocupaba que les produjera infertilidad o efectos secundarios, o por falta de conocimiento, mientras que solo el 22% de las adultas declaraba esas razones.⁶¹ La capacitación especializada sobre APA amigable dirigida a las jóvenes mostró una mayor aceptación sostenida voluntaria de la anticoncepción entre mujeres jóvenes en Etiopía en comparación con la capacitación estándar.⁶² Varios países, como Angola y Etiopía, Ghana, Kenia, Mozambique, Nigeria, Tanzania y Uganda han evaluado la calidad de APA para usuarias más jóvenes, y se dispone de herramientas de evaluación.⁶³

- **Los contextos locales.** Las mujeres y las niñas que reciben ayuda humanitaria pueden correr un mayor riesgo de embarazo no deseado y aborto inseguro. Además, es posible que no puedan continuar usando su método anticonceptivo, ya que es posible que lo pierdan durante el desplazamiento. Es posible que las mujeres, las niñas y las parejas no deseen un embarazo durante una situación de crisis y prefieran esperar hasta recuperar la seguridad, que se aseguren sus medios de sustento y se estabilice su situación.⁶⁴ Hay estudios que documentan que aproximadamente una de cada cinco mujeres en situaciones humanitarias complejas ha sufrido violencia sexual; es probable que la cifra esté subestimada.⁶⁵ En Puntland, Somalia, un área en conflicto crónico, una ONG aplicó un paquete de intervenciones que incluía capacitación de proveedores basada en las competencias, participación comunitaria con líderes religiosos, uso regular de datos para la toma de decisiones y fortalecimiento de la cadena de suministro médico. El 98% de las usuarias de APA recibió asesoramiento sobre anticoncepción; 88% de ellas aceptaron un método anticonceptivo antes de dejar el establecimiento, lo que demuestra que aun en entornos políticamente inestables y culturalmente conservadores se pueden implementar servicios integrales de APA con éxito.³¹
- **El tipo de procedimiento de evacuación realizado.** Salvo escasas excepciones, tras una evacuación quirúrgica o médica para tratar las complicaciones se pueden ofrecer todos los anticonceptivos (véase el Cuadro 1). La mayoría puede iniciarse el mismo día del tratamiento. Sin embargo, la frecuencia con que se ofrece planificación familiar post aborto puede variar en función del procedimiento de evacuación uterina que recibieron las mujeres.^{4, 66} Es preciso ofrecer servicios de planificación familiar a todas las usuarias post aborto en la instancia en la que reciben la APA, como parte integral de la atención, independientemente de cuál haya sido el procedimiento de evacuación.⁶⁷

Cuadro 1. Métodos anticonceptivos para la atención post aborto

Los siguientes métodos se pueden comenzar inmediatamente:

- **Métodos hormonales:** implantes, inyectables mensuales, inyectables, píldoras anticonceptivas orales combinadas, píldoras de progestágeno solo, inyectables de progestágeno solo, parche combinado, píldoras anticonceptivas de emergencia.
- **Métodos de barrera:** condones masculinos o femeninos.
- **Dispositivos intrauterinos (DIU):** DIU que contienen cobre o que liberan levonorgestrel. Se pueden aplicar inmediatamente después del tratamiento de emergencia de las complicaciones si no hay infección, o cuando se descarta y resuelve la infección, y se ha curado la lesión – en caso de haberla. Sin embargo, la colocación del DIU después del tratamiento médico de las complicaciones de emergencia requiere que la paciente regrese para una consulta de control para garantizar el éxito del procedimiento de aborto.
- **Diafragmas, capuchones cervicales y anillo vaginal combinado:** estos métodos se pueden ofrecer luego de haber descartado una lesión, o tras haber curado cualquier lesión en el aparato genital.
- **Métodos permanentes:** ligadura de trompas o vasectomía (para su pareja). Se pueden ofrecer métodos permanentes después de que la usuaria haya tenido tiempo para descansar y recuperarse de cualquier sedación, y no esté estresada o con dolor. El personal debe asesorar a la usuaria con cuidado y asegurarse de mencionar los métodos reversibles disponibles.

Métodos que se inician más tarde:

- **Métodos de concientización sobre la fertilidad:** Método de los días estándar o método de los dos días. Se recomienda que las mujeres comiencen estos métodos recién cuando hayan recuperado sus patrones menstruales regulares.

Fuente: OMS (2018).¹

Herramientas y recursos

El curso de aprendizaje digital sobre atención post aborto (publicado en mayo de 2018) brinda una descripción general de la atención post aborto; incluye su definición, objetivos, justificación, mejores prácticas de programación, indicadores para seguimiento y evaluación, y una sólida base de evidencia que incluye los enfoques basados en la evidencia para fortalecer la planificación familiar post aborto. Se encuentra disponible en inglés en <https://www.globalhealthlearning.org/course/postabortion-care-pac>

La página de recursos de atención post aborto es una fuente integral de instrumentos básicos destinada a ayudar a los responsables de políticas, administradores de programas, personal clínico y donantes en el diseño, aplicación y evaluación de programas. Disponible en inglés y francés en: <http://www.postabortioncare.org/>

Planificación familiar: un Manual mundial para proveedores (edición 2018) incluye una sección sobre planificación familiar en la atención post aborto. Los usuarios pueden descargar archivos imprimibles o solicitar una copia del manual en <https://www.fphandbook.org/es/bienvenido-fphandbookorg>

Cita sugerida:

High Impact Practices in Family Planning (HIP). Postabortion family planning: a critical component of postabortion care. Washington, DC: USAID; 2019 mar. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificacion-familiar-post-aborto/>

Agradecimientos:

Esta reseña fue redactada por Erin Mielke, Douglas Huber, Carolyn Curtis, y Shawn Malarcher. Se trata de una actualización de una versión existente escrita por Julie Solo y Shawn Malarcher. Varias personas revisaron el documento y contribuyeron con comentarios útiles: Bethany Arnold, Michal Avni, Hashina Begum, Neelam Bhardwaj, Neeta Bhatnagar, Venkatraman Chandra-Mouli, Elaine Charurat, Arzum Ciloglu, Claudia Conlon, Sweta Das, Isha Datta, Rubee Dev, Erin Files Dumas, Christine Galavotti, Alison Gatto, Laura Ghiron, Kate Gilles, Roy Jacobstein, Antonella Francheska Lavelanet, Grace Lusiola, Sylvia Lynch, Cat McKaig, Alice Payne Merritt, Janet Meyers, Tembi Mugore, Poonam Muttreja, Jean Jose Nzau, Kim Ocheltree, Amelia Ngozi Odod, Japheth Ominde, Anne Pfitzer, May Post, Eric Ramirez, Laura Raney, Ruth Simmons, Sanghamitra Singh, Anand Sinha, Sara Stratton, Nandita Thatte, Caitlin Thistle, y Erick Yegon.

Esta reseña PAI cuenta con el respaldo de: EngenderHealth, FHI 360, FP2020, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Palladium, Pathfinder International, Consejo de población, Population Reference Bureau, Promundo US, Public Health Institute, Save the Children, *U.S. Agency for International Development, United Nations Population Fund, y University Research Co., LLC.

*USAID apoya el tratamiento de lesiones o enfermedades causadas por abortos legales o ilegales y brinda asesoramiento y opciones de planificación familiar voluntaria (atención postaborto o APA).

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud contribuyó a la elaboración del contenido técnico de las reseñas PAI; se los considera resúmenes de evidencia y experiencia de campo. Se recomienda utilizar estas reseñas junto con las herramientas y directrices en materia de planificación familiar de la OMS:

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/

Las PAI representan una alianza diversa, orientada a los resultados, abarcando una amplia gama de interesados y expertos. Por ende, su contenido no refleja necesariamente las opiniones de cada copatrocinador u organización asociada.