

# Percepciones de las clientas sobre la calidad de atención del programa de aborto legal del sector público en la Ciudad de México

**CONTEXTO:** Se legalizó el aborto durante el primer trimestre en la Ciudad de México en 2007. Se sabe muy poco sobre las percepciones de las clientas de los servicios de aborto disponibles en las instituciones del sector público.

**MÉTODOS:** Se midieron las percepciones de la calidad de atención en 402 mujeres de 18 años o mayores, que habían tenido un aborto en una de tres instituciones públicas en la Ciudad de México en 2009. Se evaluaron seis aspectos de la calidad de atención (interacción clienta-personal, provisión de información, competencia técnica, servicios de anti-concepción postaborto, accesibilidad y ambiente de la institución). También se llevó a cabo un análisis de regresión logística ordinal para identificar cuáles aspectos eran importantes para las mujeres en la evaluación general de la atención.

**RESULTADOS:** En general, las clientas otorgaron altas calificaciones a los servicios, con un promedio de 8.8 de 10. En análisis multivariados, las calificaciones generales fueron más altas en mujeres que dijeron que el médico las hizo sentir cómodas (razón de momios, 3.3), la recepcionista fue respetuosa (1.7), el personal tuvo cuidado de proteger su privacidad (2.5), había recibido suficiente información sobre el autocuidado en casa después del aborto y sobre las emociones postaborto (1.9 y 2.0, respectivamente), así como que sintieron confianza en las habilidades técnicas del médico (2.5). Las calificaciones del horario del sitio como muy conveniente (2.4), el tiempo de espera como aceptable (2.8) y el hecho de que las instituciones estaban muy limpias (1.9), estuvieron asociadas con altas calificaciones en general. En general, en comparación con las mujeres que ya habían dado a luz, aquellas que no lo habían hecho dieron a los servicios una calificación más baja (0.6).

**CONCLUSIÓN:** Los esfuerzos para mejorar las experiencias de las pacientes de los servicios de aborto deben enfocarse en la interacción clienta-personal, provisión de información, accesibilidad del servicio, competencia técnica y el ambiente de la institución. El factor más importante parece ser el hecho de si el médico hace sentir cómoda a la mujer durante su visita.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2012, pp. 21–32, doi: 10.1363/SP02112*

Por Davida Becker,  
Claudia Díaz-  
Olavarrieta,  
Clara Juárez,  
Sandra G. García,  
Patricio Sanhueza y  
Cynthia C. Harper

En el momento en que se realizó este artículo, Davida Becker era becaria postdoctoral, Centro Bixby para la Salud Reproductiva Global de la Universidad de California en San Francisco, EEUU. Claudia Díaz-Olavarrieta es investigadora y Clara Juárez es investigadora, ambas en el Instituto Nacional de Salud Pública, Tlalpan México DF. Sandra García es directora de la oficina de México del Population Council, Coyoacán México DF. Patricio Sanhueza es coordinador de salud reproductiva, Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal en México DF. Cynthia C. Harper es profesora adjunta del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Ciencias de la Reproducción, Centro Bixby para la Salud Reproductiva Global de la Universidad de California en San Francisco, EEUU.

El aborto inducido es común en México, pero históricamente ha puesto las vidas y la salud de las mujeres en riesgo, porque generalmente se lleva a cabo de manera clandestina en condiciones inseguras.<sup>1</sup> Entre 1990 y 2005, las complicaciones relacionadas con el aborto fueron la quinta causa principal de mortalidad materna a nivel nacional y la tercera causa principal en la Ciudad de México específicamente.<sup>2</sup> En 2006, un estudio a nivel nacional calculó la tasa de hospitalización por el tratamiento de complicaciones causadas por el aborto inducido en 5.7 por cada 1,000 mujeres de 15–44 años de edad, un aumento del 6% respecto de la tasa registrada en 1990.<sup>3</sup>

Las leyes de aborto de México varían por estado, pero en la mayoría de los estados el aborto es ilegal salvo en muy pocas circunstancias, como cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro o si un feto tiene malformaciones genéticas serias. La única circunstancia en la que el aborto es legal en todos los estados de México es cuando un embarazo es el resultado de una violación.<sup>4</sup> Incluso cuando el aborto es permitido legalmente, puede ser difi-

cil para una mujer obtener los servicios debido a los obstáculos burocráticos, la falta de conocimiento de la ley, o el hecho de que el proveedor se niegue a realizar un aborto legal.<sup>1,4,5</sup>

Al reconocer la ilegalidad del aborto como causa de procedimientos inseguros que provocaron altos niveles de mortalidad y morbilidad materna,<sup>6</sup> en 2007 la legislatura de la Ciudad de México despenalizó el aborto durante el primer trimestre de embarazo. La legislatura también tomó medidas para garantizar que los servicios de aborto fueran accesibles para las mujeres, independientemente de su capacidad de pago; la ley estipuló que en los hospitales públicos que forman parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, los servicios de aborto se proporcionen de manera gratuita para las residentes de la Ciudad de México y con una escala móvil de tarifas para las residentes de otros estados.<sup>4</sup>

No obstante, esta progresista legislación puede no ser suficiente para garantizar el acceso de las mujeres a servicios confidenciales de alta calidad. Por ejemplo, en India,

donde el aborto ha sido legal desde 1971, los estudios indican que los servicios sin la debida licencia siguen siendo una fuente importante de atención del aborto para la población, especialmente en las áreas rurales, debido al acceso limitado a los servicios de aborto legal y la mala calidad de estos servicios.<sup>7</sup> Como consecuencia, se calcula que los abortos inseguros en India contribuyen con el 8% del total de muertes maternas, según un estudio nacional realizado entre los años 2001 y 2003.<sup>8</sup> De manera similar, en Sudáfrica, donde el aborto ha estado disponible legalmente desde 1997, también siguen ocurriendo abortos ilegales. Algunas investigaciones que examinan las razones por las que las mujeres en Sudáfrica buscan los abortos ilegales citan la falta de información sobre la ley de aborto y los servicios disponibles, así como el temor a ser tratadas de mala manera por parte del personal que trabaja en las instituciones que proveen servicios de aborto legal.<sup>9</sup>

La Organización Mundial de la Salud recomienda que se estudien las perspectivas de las clientas sobre la calidad de los servicios como parte del monitoreo y la evaluación de rutina de los servicios de aborto,<sup>10</sup> dado que pueden estar vinculadas con resultados importantes.<sup>11</sup> Por ejemplo, una baja aceptación de los servicios legales puede ocasionar que las mujeres busquen atención con proveedores poco seguros o que practiquen la autoinducción del aborto, lo que puede resultar en morbilidad y mortalidad relacionadas con el procedimiento. La calidad del servicio también puede influir en algunos factores tales como la buena disposición de las clientas a regresar a los servicios y a practicar la anticoncepción postaborto; e, incluso, puede influir en los resultados de salud de las clientas.<sup>12</sup>

Si no reciben suficiente información durante su visita, las clientas pueden no conocer cuáles son las complicaciones a las que tienen que estar atentas o qué opciones de anticonceptivos están disponibles para ellas.<sup>13</sup> Si no reciben una buena atención, posiblemente no regresen a las visitas de seguimiento. Además, las clientas pueden compartir sus experiencias negativas con amigas y familiares, a través de lo cual crean una reputación negativa para los servicios en la comunidad.<sup>9</sup> Algunos estudios sobre las mejoras de calidad en la atención postaborto han encontrado que las intervenciones para mejorar la consejería sobre anticoncepción que ofrecen los proveedores de servicios de aborto pueden producir en las mujeres aumentos en la aceptación de la anticoncepción y reducir el aborto repetido.<sup>14,15</sup>

La investigación para monitorear la implementación y el impacto de la reforma de 2007 puede proporcionar información esencial a la Secretaría de Salud de la Ciudad de

México, así como a otros países que consideran reformas similares en las políticas.\* Aunque investigaciones previas han examinado las experiencias de las mujeres con la atención del aborto y postaborto en México, se han llevado a cabo pocos estudios posteriores a la reforma.<sup>16,17</sup> Estudios previos realizados en México que investigaron el acceso al aborto legal en casos de embarazo resultado de una violación, revelaron que el proceso para obtener un aborto legal era excesivamente burocrático y requería demasiado tiempo. Además, las mujeres generalmente estaban expuestas a información errónea y trato sentencioso durante el proceso, tanto por parte de los proveedores de atención médica, como de los funcionarios públicos que estaban a cargo de la aprobación de los abortos legales; algunas mujeres informaron que hubo intentos de disuadirlas de tener un aborto.<sup>5,18,19</sup>

Otros estudios realizados en México que han investigado las experiencias de las mujeres con respecto a la atención postaborto antes de la reforma reciente, han encontrado problemas con la accesibilidad de los servicios, la información que recibieron las mujeres durante las visitas, el suministro de anticonceptivos, el trato personal por parte de los funcionarios y el respeto demostrado hacia la privacidad de la mujer.<sup>12,20,21</sup> Por ejemplo, un estudio realizado en la Ciudad de México, que comparó diferentes modelos de atención postaborto en seis hospitales que forman parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reveló que entre el 6% y 32% de las mujeres atendidas no recibieron orientación sobre algún método anticonceptivo. Además, menos de la mitad de las mujeres recibieron información sobre las complicaciones potenciales posteriores al procedimiento y sobre el autocuidado en el hogar.<sup>12</sup>

En el estudio actual, buscamos conocer las perspectivas de las clientas sobre la calidad de atención en el programa de aborto legal del sector público de la Ciudad de México, tras la legalización del aborto de primer trimestre. Investigaciones anteriores han encontrado que la satisfacción de la paciente con respecto a la atención durante el aborto está vinculada a factores relacionados con la calidad del servicio, tales como el trato personal de las clientas por parte de los empleados de las instituciones de salud<sup>22-24</sup> y la información provista,<sup>22,25</sup> así como con algunos factores demográficos y sociales de las clientas tales como la edad, la paridad, el estado civil y la escolaridad.<sup>22,25,26-28</sup> También, se han vinculado algunos aspectos de la visita a la institución de salud con la satisfacción respecto a la atención del aborto; específicamente, el tipo de procedimiento, la edad gestacional, el tipo de centro de atención y si las clientas son capaces de elegir el tipo de procedimiento de aborto.<sup>24,27,29,30</sup> En nuestro estudio, nos basamos en la hipótesis de que la evaluación general de la mujer respecto a la atención durante el aborto sería en función de la calidad de la atención recibida; factores demográficos y sociales, y las características de la visita para recibir el servicio de aborto; entre ellas, el tipo de procedimiento, el centro de atención y si se ofreció a las clientas diferentes opciones de procedimientos.

\* Se ha producido una reacción violenta contra esta ley en muchos estados mexicanos y es poco probable que se realicen reformas en las políticas de aborto similares en el futuro cercano, en otros estados. A partir de la aprobación de la reforma en 2007, 17 de los 31 estados de México han aprobado enmiendas a las constituciones estatales que definen a un huevo fertilizado como una persona con derecho a protección legal; y otros estados se están moviendo en esta dirección (fuente: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Reformas constitucionales que protegen la vida desde la concepción/fecundación, 2008-2011, <<http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=70>>, acceso el 29 de junio de 2011).

## MÉTODOS

### Características y procedimientos del estudio

Realizamos nuestra investigación en tres instituciones del sector público que ofrecen servicios en la Ciudad de México. El programa de aborto legal en la Ciudad de México sólo opera en las instituciones del sector público administradas por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México,\* que ofrecen servicios médicos a la población sin cobertura de seguro privado y de bajos ingresos. Las tres instituciones son hospitales o centros de salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En el momento en que se realizó nuestro estudio, 13 instituciones del sector público proporcionaban servicios de aborto.<sup>31</sup> Seleccionamos las instituciones de nuestro estudio para reflejar las tres clases de instituciones del sector público en la que se encuentran disponibles los servicios de aborto: un hospital general, un hospital de maternidad y un centro de atención primaria de la salud. En cada categoría, seleccionamos la institución con el volumen más alto de servicios que podría participar. Para una categoría, la institución con el volumen más alto no pudo participar, entonces seleccionamos la institución con el segundo volumen más alto. Las estadísticas de servicios de 2009 indican que el número total de mujeres que recibieron abortos legales en las tres instituciones de nuestro estudio fue ligeramente superior a 1,000 mujeres en el hospital general, cerca de 2,000 mujeres en el hospital de maternidad y más de 7,000 mujeres en el centro de atención primaria de la salud. En conjunto, las tres instituciones representan el 61% de todos los abortos realizados en el sector público en 2009. El cuarenta y tres por ciento de todos los abortos se realizó en el centro de atención primaria de la salud, que es la institución con el mayor volumen.<sup>31</sup> El hospital de maternidad y el centro de atención primaria de la salud están ubicados en la misma delegación administrativa de la ciudad, aproximadamente a una cuadra de distancia uno del otro; el hospital general está ubicado en una delegación diferente en el sudoeste de la ciudad.

Todas las instituciones ofrecen procedimientos de aborto tanto médico como quirúrgico. Los procedimientos quirúrgicos típicamente se llevan a cabo mediante aspiración manual endouterina o aspiración eléctrica endouterina; una cantidad relativamente reducida de procedimientos se realiza mediante legrado. Los abortos basados en la administración de medicamentos se realizan con un régimen de solamente misoprostol.<sup>†</sup> El protocolo para un aborto con medicamentos consiste en dos dosis de 800 mcg de misoprostol administradas por vía oral con una diferencia de cuatro o seis horas; siendo la primera dosis administrada en la institución y la segunda en el hogar.<sup>32</sup> Las mujeres que se someten a un aborto con medicamentos también reciben un folleto con instrucciones sobre el modo de tomar las píldoras en el hogar y qué hacer en caso de complicaciones. A las clientas del aborto con medicamentos se les programa una visita de seguimiento, normalmente 15 días después de haber tomado la primera dosis, para confirmar que se haya completado el procedimiento. En el

caso de un procedimiento incompleto, se entrega a la mujer otra dosis de misoprostol o se le practica un aborto quirúrgico en la institución.

El tipo de procedimiento abortivo que recibe la mujer está típicamente basado en la edad gestacional, determinada por ultrasonido. La Secretaría de Salud generalmente ofrece a las mujeres que presentan un embarazo de menos de nueve semanas de gestación, abortos mediante la administración de medicamentos y a aquellas con una gestación de 9 a 12 semanas, abortos quirúrgicos<sup>33</sup> (los abortos con medicamentos tienden a ser más eficientes y menos costosos, dado que requieren menor tiempo de intervención del personal y no requieren el uso de una sala de operaciones). Aunque este es el protocolo oficial, hay diferencias entre los proveedores según la forma como determinan el tipo de procedimiento de aborto y, en algunas circunstancias, se ofrece a las mujeres una selección de procedimientos. A todas las mujeres atendidas se les proporciona consejería, que incluye información sobre el procedimiento de aborto, los efectos secundarios potenciales y las opciones de métodos anticonceptivos.

El protocolo para proporcionar el servicio de aborto es similar en las tres instituciones del estudio, pero el formato de la consejería difiere en cierto modo. En el hospital de maternidad y el centro de atención primaria de la salud, las mujeres que buscan un aborto reciben consejería tanto grupal como individual; sin embargo, en el hospital general, toda la consejería se realiza de manera individual. En las instituciones donde se ofrece orientación grupal, ésta se utiliza para brindar información a las mujeres sobre el procedimiento de aborto y los métodos de planificación familiar. Las instituciones también varían con respecto al modo de integración de los servicios de aborto. En el centro de atención primaria de la salud, el servicio de aborto cuenta con un espacio separado y exclusivo, mientras que en los hospitales, el servicio de aborto se proporciona dentro de la sección de ginecología y obstetricia del hospital, en un espacio compartido con otros servicios.

Realizamos nuestro estudio con una muestra de mujeres que recibieron servicios de aborto en cualquiera de los centros de estudio, entre septiembre y diciembre de 2009. Las mujeres elegibles para participar en el estudio tenían 18 años de edad o más y buscaban tener un aborto en el primer trimestre de embarazo. La recolección de todos los datos se llevó a cabo mientras las mujeres permanecían en las instituciones de salud. Las mujeres que recibían procedimientos quirúrgicos se reclutaron el día del aborto, después de completar su cita, pero antes de dejar la institución. Las mujeres que recibieron los abortos con medi-

\* El programa no opera en otras instituciones del sector público de la Ciudad de México que reciben financiación federal, por ejemplo, las instituciones del IMSS y el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado. Estos proveedores del sector público son responsables de proporcionar atención médica a los empleados del sector público y privado.

† La mifepristona se registró en México a principios de 2011 y aún no se utiliza para realizar abortos con medicamentos en el sector público. La Secretaría de Salud recientemente completó un estudio de viabilidad para determinar si se podría utilizar un protocolo con mifepristona en el futuro.

camentos se reclutaron después de su cita de seguimiento. La diferencia que existía entre este procedimiento y el aborto quirúrgico era que el cuestionario del estudio debía completarse después del aborto y las pacientes que recibieron el aborto con medicamentos no sabían si su aborto estaba completo hasta su cita de seguimiento, dos semanas después de su cita inicial.

Tres entrevistadoras del estudio, recién graduadas en psicología clínica y que en ese momento cursaban estudios de posgrado, estuvieron a cargo del reclutamiento de las participantes. Ellas se sometieron a un entrenamiento integral sobre las técnicas de entrevista antes de comenzar el trabajo de campo. Las entrevistadoras visitaron los centros casi todos los días que se ofrecieron servicios de aborto. Los horarios de las entrevistadoras variaron según el centro; en los hospitales (que tienen los horarios de servicio clínico de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. los días entre semana), las entrevistadoras asistieron por la mañana, durante aproximadamente cuatro horas; y en el centro de atención primaria de la salud (que tiene horario de servicios clínicos de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. entre semana), la entrevistadora asistió durante aproximadamente seis horas, desde las últimas horas de la mañana hasta las últimas horas de la tarde. Mientras que las entrevistadoras estaban en sus respectivas instituciones, los miembros del personal informaban a todas las mujeres elegibles sobre el estudio. Toda mujer interesada en recibir mayor información podía reunirse con la entrevistadora del estudio en un espacio privado del centro después de su cita. Tras explicar el propósito del estudio, la entrevistadora obtenía el consentimiento verbal de que la mujer deseaba participar y entonces le aplicaba la encuesta, que tomaba aproximadamente 20 minutos completarla. La participación era anónima. Tras completar la encuesta, se entregaba a cada mujer una tarjeta de regalo para una tienda local con un valor de aproximadamente US\$10. El protocolo del estudio fue aprobado por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y por el Comité de Investigación Humana de la Universidad de California en San Francisco.

### Tamaño de la muestra

Calculamos el tamaño de la muestra para la encuesta a fin de poder detectar una diferencia prevista de 15 puntos porcentuales en la calificación general de la atención de la mujer para aquellas que recibieron atención en el centro de atención primaria de la salud frente a aquellas que recibieron atención en cualquiera de los hospitales, con un poder estadístico del 80%. Supusimos que las mujeres del centro de atención primaria de la salud otorgarían al servicio en general una calificación mayor (85%) que las mujeres atendidas en los hospitales (70%) dado que el entorno del centro de salud es especializado pues proporciona sólo atención para aborto, mientras que los hospitales tratan una variedad mucho más amplia de condiciones de salud. Sobre la base de estas suposiciones, determinamos que necesitábamos 134 participantes por cada centro de reclutamiento. En cada centro, intentamos

reclutar la mitad de la muestra como pacientes de aborto con medicamentos y la mitad como pacientes de abortos quirúrgicos, pero esto resultó ser un desafío. Aunque alcanzamos una muestra casi equilibrada en el centro de atención primaria de la salud, que contaba con el volumen más alto de pacientes de abortos (49% con medicamentos y 51% quirúrgico), nuestra muestra en los dos hospitales estuvo sesgada hacia un procedimiento u otro. En el hospital de maternidad, reclutamos más pacientes de aborto con medicamentos que pacientes de aborto quirúrgico (64% con medicamentos y 36% quirúrgico), mientras que en el hospital general, sucedió lo contrario (70% quirúrgico y 30% con medicamentos).

### Cuestionario

De acuerdo con dos esquemas publicados,<sup>34,35</sup> conceptualizamos que la calidad del servicio de aborto estaba compuesta por los siguientes seis aspectos: interacción cliente-personal, provisión de información y consejería, competencia técnica, servicios anticonceptivos postaborto, accesibilidad y ambiente de la institución). Incluimos preguntas para medir cada uno de los aspectos identificados, adaptados de las preguntas utilizadas en estudios anteriores sobre la experiencia del paciente, incluida una sobre las percepciones de las mujeres respecto a la atención del aborto.<sup>23,36</sup> Desarrollamos el instrumento de la encuesta en idioma inglés; y una persona hispanohablante nativa de México lo tradujo al español. Sometimos a prueba piloto la encuesta y nuestros procedimientos de reclutamiento con 12 mujeres que solicitaban servicios de atención del aborto en los sitios del estudio para estar seguros de que las mujeres comprendieran las preguntas y las consideraran relevantes.

### Medidas

La variable de resultado midió la evaluación general del servicio por parte de las mujeres y estuvo basada en la siguiente pregunta de la encuesta: "Utilizando cualquier número del 0 al 10, donde 0 es la peor atención posible y 10 es la mejor atención posible, ¿qué número usaría para calificar la atención médica que recibió en esta clínica u hospital?" Debido a que sólo 38 mujeres calificaron los servicios con una puntuación de 7 o menos, codificamos nuevamente las respuestas en las siguientes categorías: calificación de 7 o menos, calificación de 8, calificación de 9 y calificación de 10.

Las variables independientes incluyeron mediciones de los aspectos de calidad de atención, características sociales y demográficas de las mujeres y características de la visita asociada al aborto. Para los aspectos de calidad de atención, medimos la interacción entre la cliente y el personal solicitando a las mujeres que calificaran en qué medida se produjo cada una de las siguientes situaciones: El doctor las ha hecho sentir cómodas, la enfermera y la recepcionista las han tratado con respeto y dignidad y el custodio de seguridad ha usado un tono o modo grosero con ellas. Las opciones de respuestas para estas preguntas era



una escala de cuatro puntos: “sí, definitivamente,” “sí, en cierto modo,” “no” y “no, en absoluto.”\* Medimos las percepciones de confidencialidad preguntando a las mujeres cuán cuidadoso habían sido los empleados con la información personal y privada; las opciones de respuestas posibles fueron “muy cuidadoso,” “algo cuidadoso” y “no cuidadoso.”

Para medir qué tan adecuadas fueron la información provista y la consejería en la visita, solicitamos a las mujeres que calificaran la información que recibieron del personal sobre el procedimiento de aborto (“suficiente” o “insuficiente”), que indicaran si habían recibido suficiente información sobre el autocuidado en el hogar después del aborto (“sí” o “no”); y que informaran si algún miembro del personal había conversado con ellas sobre cómo se habían sentido emocionalmente después del aborto (“sí” o “no”). Para medir las percepciones de la mujer sobre la competencia técnica del personal clínico, solicitamos a las mujeres que calificaran en una escala de cuatro puntos, desde “sí, definitivamente” hasta “no, en absoluto,” si confiaban en las habilidades técnicas del médico que las había atendido; y que informaran si creían que el personal había manejado bien su dolor durante el aborto (el personal “podría haber hecho algo más para controlar el dolor,” “hizo lo suficiente para controlar el dolor” o “no sentí dolor;” la única participante que informó no haber sentido dolor fue agrupada con aquellas que dijeron que el personal había hecho lo suficiente).

Para medir los servicios de anticoncepción postaborto, preguntamos a las mujeres si un miembro del personal había conversado con ellas sobre la planificación familiar en la visita (“sí” o “no”); y si les habían ofrecido un método de planificación familiar (“sí” o “no”). El nivel de acceso se midió preguntando a las mujeres cuán fácil les resultó conseguir una cita en la institución (en una escala de cuatro puntos desde “muy fácil” hasta “muy difícil”), qué tan conveniente encontraron el horario de atención de los centros (en una escala de cuatro puntos desde “muy conveniente” hasta “muy poco conveniente”) y cómo se sintieron sobre el tiempo total que pasaron en la institución el día del procedimiento de aborto (“aceptable,” “debí haber pasado menos tiempo” o “debí haber pasado más tiempo”). Finalmente, para evaluar el ambiente de la institución, solicitamos a las mujeres que calificaran la limpieza de la institución en una escala de cuatro puntos desde “muy limpio” hasta “muy sucio” y que informaran si, durante alguna de sus citas, habían visto manifestantes contra el derecho a decidir en el exterior de la institución (“sí” o “no”). Entre las participantes que informaron haber visto manifestantes, hicimos una pregunta de seguimiento acerca de si se sintieron o no molestadas por los manifestantes.

Recodificamos todas las variables medidas en escalas como mediciones dicotómicas agrupando a las participantes que seleccionaron las calificaciones más positivas (ej. el grupo que respondió “sí, definitivamente” cuando se les preguntó si el médico las había hecho sentir cómodas) y se compararon estas participantes con aquellas que

seleccionaron otras respuestas. Elegimos estos puntos divisorios porque esperábamos encontrarnos con calificaciones mayormente positivas de los servicios, como suele ser común en las investigaciones sobre satisfacción de pacientes.<sup>37</sup> Si hubiéramos optado por comparar todas las participantes que respondieron en forma positiva con aquellas que respondieron en forma negativa, habríamos tenido una variabilidad limitada en nuestros datos. Nuestra decisión de dicotomizar nuestras variables del modo que lo hicimos fue un intento por identificar a las personas que, a pesar de considerar que los servicios eran buenos, aún creían que se podían mejorar.<sup>37</sup> Además, sospechamos que algunas de las entrevistadas podrían haberse negado a expresar claramente un punto de vista negativo.

Los datos sobre las características sociales y demográficas incluyeron la edad, la paridad, el estado civil, la escolaridad, el estado de residencia y abortos inducidos anteriormente. Las características de la visita asociada al aborto incluyeron el tipo de procedimiento de aborto recibido, la edad gestacional en el momento del aborto (sobre la base de la información suministrada por el médico a la mujer), el sexo del médico que realizó el aborto, el tipo de centro de atención (hospital general, hospital de maternidad o centro de atención primaria de la salud), si el procedimiento actual se llevó a cabo para completar un aborto incompleto (sobre la base de los informes de la mujer) y si las mujeres informaron que les ofrecieron una opción relacionada con el tipo de procedimiento de aborto.

## Análisis

Los datos de las clientas obtenidos en los cuestionarios se ingresaron en una base de datos Epi Info; y se realizó el doble ingreso de los datos en una muestra aleatoria del 10% de los cuestionarios para verificar la exactitud del proceso de ingreso de datos. Transferimos los datos a Stata versión 9.2 para el análisis estadístico. En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo calculando las proporciones y los promedios para los indicadores de los seis aspectos de la calidad de atención. Luego, estimamos los modelos de regresión logística ordinal bivariada para determinar las asociaciones entre las mediciones de la calidad de atención, las características sociales y demográficas de las mujeres, las características de las visitas asociadas al aborto y la calificación general de la calidad del servicio de las mujeres. Por último, estimamos un modelo de regresión logística ordinal multivariada que incluyó las variables obtenidas en nuestro análisis bivariado que fueron significativas en el nivel  $p < 0.10$ . Los modelos de regresión ordinal examinaron si las variables particulares estuvieron asociadas con las probabilidades de reportar una calificación de la calidad de servicio más alta versus una más baja, según se midió a través de la variable de resultado de cuatro categorías. Verificamos la colinealidad entre las variables y encontramos que

\*Las opciones de respuestas para la pregunta sobre los custodios de seguridad, que estuvo formulada en modo negativo, fueron las siguientes: “sí, definitivamente” (fue grosero), “sí, en cierto modo,” “no” y “no, (más bien) fue amable.”

**CUADRO 1. Distribución porcentual de mujeres de 18 años o mayores que obtuvieron abortos legales en la Ciudad de México en 2009, agrupadas por características selectas sociales, demográficas y de la visita de aborto**

Característica	% o promedio (N=402)
<b>SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS</b>	
<b>Edad promedio (años)</b>	25.5 (6.0)
<b>Se graduó de la escuela secundaria</b>	
Sí	60
No	40
<b>Residencia</b>	
Ciudad de México	71
Otra	29
<b>Estado civil</b>	
Soltera	58
Casada/en unión civil	42
<b>Paridad</b>	
0	43
≥1	57
<b>Aborto inducido previo</b>	
Sí	9
No	91
<b>VISITA PARA RECIBIR EL SERVICIO DE ABORTO</b>	
<b>Centro</b>	
Hospital general	33
Hospital de maternidad	33
Centro de atención primaria de la salud	33
<b>Procedimiento de aborto</b>	
Aborto con medicamentos	48
Aborto quirúrgico	52
<b>Edad gestacional promedio (semanas)</b>	8.4 (2.1)
<b>El procedimiento actual fue en seguimiento de un aborto con medicamentos incompleto</b>	
Sí	13
No	87
<b>La clienta informó que le ofrecieron diferentes opciones de procedimientos de aborto</b>	
Sí	46
No	54
<b>Sexo del médico que realizó el aborto</b>	
Masculino	52
Femenino	48
<b>Total</b>	100

Notas: A menos que se indique lo contrario, los datos son porcentuales. Las cifras entre paréntesis son desviaciones estándar. Los porcentajes posiblemente no sumen 100 debido al redondeo.

el que se les hubiera ofrecido un método anticonceptivo era colineal con haber recibido consejería sobre anticoncepción, por lo tanto, en nuestro modelo final incluimos sólo la medición de si a las mujeres se les ofreció un método anticonceptivo. Para todos los análisis, consideramos un valor  $p$  inferior a 0.05 como estadísticamente significativo. En nuestro modelo final, evaluamos si la suposición de probabilidades proporcionales era válida mediante la prueba de Brant.<sup>38</sup> La prueba estadística de Brant no fue significativa ( $p=0.94$ ); lo que indica que la regresión logística ordinal fue un modelo apropiado para los datos.

## RESULTADOS

De un total de 597 mujeres elegibles invitadas a participar en nuestro estudio, 402 participaron, lo que representó una tasa de participación del 67%. La edad promedio de las participantes fue de 25.5 años (Cuadro 1). El cuarenta por ciento de la muestra tenía un nivel educativo inferior a la escuela secundaria. La mayoría de las mujeres eran residentes de la Ciudad de México, pero el 29% vivía en otra área de México, más comúnmente en el estado de México (no se muestra). Más de la mitad de las mujeres de la muestra eran solteras, mientras que el 42% estaban casadas o vivían en unión civil. El cincuenta y siete por ciento tenía hijos y el 9% informó haber tenido un aborto inducido previo.

El cuarenta y ocho por ciento de las mujeres de la muestra tuvieron un aborto con medicamentos, a las mujeres restantes se les practicó un procedimiento quirúrgico. La edad gestacional promedio en el momento del aborto fue de 8.4 semanas. El tipo de procedimiento recibido varió en función de la edad gestacional. En las clientas que recibieron abortos con medicamentos, la edad gestacional media fue de 7.1 semanas, comparadas con las 9.6 semanas en las clientas que recibieron abortos quirúrgicos ( $p<0.001$ ; no se muestra). El trece por ciento de las entrevistadas indicaron que el procedimiento de aborto actual se llevó a cabo tras un aborto con medicamentos incompleto. Cuando se les preguntó si les habían ofrecido otras opciones en relación con el tipo de procedimiento de aborto que podían recibir, el 46% indicó que sí. La proporción de mujeres que informaron que les habían ofrecido opciones de procedimientos no varió en función de la edad gestacional, el tipo de procedimiento, el lugar de la atención o las características demográficas y sociales de la clienta. El cuarenta y ocho por ciento de las mujeres fue atendido por médicas. Cuando se les preguntó sobre sus preferencias en cuanto al sexo del médico que realiza el aborto, el 57% informó que no tenía preferencias, mientras que el 39% dijo que prefería médicas y el 3% dijo que prefería médicos (no se muestra). De aquellas que reportaron tener una preferencia ( $N=171$ ), el 68% fue examinado por un médico del sexo de su preferencia.

En general, las mujeres calificaron la atención recibida con puntuaciones altas (Cuadro 2). La calificación global promedio de la atención (en una escala de 0 a 10) fue 8.8, con una desviación estándar de 1.1. Las mujeres también otorgaron calificaciones altas a sus interacciones con el personal. Cuando se les preguntó si el médico las había hecho sentir cómodas y si la enfermera y la recepcionista las habían tratado con respeto, el porcentaje de entrevistadas que respondió “sí, definitivamente” osciló entre el 78% y 92%. El ochenta y tres por ciento calificó al personal como “muy cuidadoso” con su información personal y privada. Sin embargo, las calificaciones del custodio de seguridad fueron en cierto modo menos favorables; el 26% informó que el custodio de seguridad había utilizado un tono o un modo grosero con ellas.

Más del 90% de las mujeres consideró que la información que había recibido sobre el procedimiento de aborto

**CUADRO 2. Distribución porcentual de pacientes que tuvieron un aborto, por calificación de la calidad de atención de aborto, con base en seis aspectos de la atención**

Medición	% o promedio (N=402)	Medición	% o promedio (N=402)
<b>CALIDAD GENERAL DEL SERVICIO</b>		<b>Percepción del manejo del dolor por parte del personal durante el aborto</b>	
<b>Calificación promedio de la calidad general†</b>	8.8 (1.1)	Podría haber hecho más para controlar el dolor	13
<b>INTERACCIÓN CLIENTA-PERSONAL</b>		Hizo lo suficiente para controlar el dolor	87
<b>El médico hizo sentir cómoda a la mujer</b>		<b>SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN POST-ABORTO</b>	
Sí, definitivamente	85	<b>Un miembro del personal habló con la mujer sobre la planificación familiar</b>	
Sí, en cierto modo	10	Sí	88
No/no, en absoluto	5	No	12
<b>La enfermera trató a la mujer con respeto y dignidad</b>		<b>Un miembro del personal ofreció a la mujer un método de planificación familiar</b>	
Sí, definitivamente	92	Sí	81
Sí, en cierto modo	6	No	19
No/no, en absoluto	3	<b>ACCESIBILIDAD</b>	
<b>La recepcionista trató a la mujer con respeto y dignidad</b>		<b>Facilidad para conseguir una cita</b>	
Sí, definitivamente	78	Muy fácil	24
Sí, en cierto modo	14	Fácil	60
No/no, en absoluto	8	Difícil/muy difícil	16
<b>El cuidado del personal con respecto a la información personal y privada de la mujer</b>		<b>Conveniencia del horario del centro de servicios</b>	
Muy cuidadoso	83	Muy conveniente	20
Un poco cuidadoso	16	Conveniente	66
No cuidadoso	1	Poco conveniente/muy poco conveniente	14
<b>El custodio de seguridad utilizó un tono o modo grosero</b>		<b>Percepción del tiempo que permaneció en la institución el día del procedimiento de aborto</b>	
Sí, definitivamente/sí, en cierto modo	26	Aceptable	55
No	20	Debería haber permanecido menos tiempo	43
No, él/ella fue amable	54	Debería haber permanecido más tiempo	2
<b>INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN PROFESIONAL</b>		<b>AMBIENTE DE LA INSTITUCIÓN</b>	
<b>El personal suministró suficiente información sobre el procedimiento de aborto</b>		<b>Limpieza de la institución</b>	
Sí	93	Muy limpia	26
No	7	Limpia	71
<b>El personal suministró suficiente información sobre el autocuidado después del aborto</b>		Sucia/muy sucia	3
Sí	87	<b>Manifestantes contrarios al derecho a decidir fuera de la institución</b>	
No	13	Sí	67
<b>El personal conversó con la mujer sobre cómo se había sentido emocionalmente después del aborto</b>		No	33
Sí	48	Total	100
No	52		
<b>COMPETENCIA TÉCNICA</b>			
<b>La mujer sintió confianza en las habilidades técnicas del médico</b>			
Sí, definitivamente	87		
Sí, en cierto modo	11		
No/no, en absoluto	2		

†Las respuestas se basan en una escala de 0 (peor atención) a 10 (mejor atención). Notas: A menos que se indique lo contrario, los datos son porcentuales. Las cifras entre paréntesis son desviaciones estándar. Los porcentajes posiblemente no sumen 100 debido al redondeo.

había sido suficiente y el 87% dijo que la información que había recibido sobre el autocuidado en el hogar después del aborto también había sido suficiente. En contraste, menos de la mitad (48%) informó que algún miembro del personal había conversado con ellas sobre las posibles respuestas emocionales después del aborto. La amplia mayoría de mujeres tuvo confianza en las habilidades técnicas del médico que las atendió. La mayoría también consideró que el personal había hecho lo suficiente para controlar su dolor durante el aborto (87%). En cuanto a los servicios de anticoncepción post-aborto, el 88% de la muestra informó que un miembro del personal conversó con ellas sobre planifi-

cación familiar en alguna de las visitas; y el 81% informó que le habían ofrecido un método de planificación familiar.\*

Las clientas consideraron que la accesibilidad del servicio había sido buena; el 24% dijo que había sido muy fácil conseguir una cita en el sitio del servicio y el 60% dijo que

\* Del grupo de mujeres que informaron haber recibido orientación profesional sobre planificación familiar, pero no haber recibido método alguno de planificación familiar (N=52), el 79% indicó en una pregunta de una encuesta posterior que planeaba usar planificación familiar después de su visita. Cuando les preguntaron qué método planeaban usar, todas informaron que planeaban seleccionar un método moderno de planificación familiar. Esto indica que estas mujeres estuvieron interesadas en usar planificación familiar y el hecho de no haberles ofrecido planificación familiar no se atribuye a la falta de interés de las clientas.

**CUADRO 3. Razón de momios (e intervalos de confianza del 95%) del análisis de regresión logística ordinal para identificar asociaciones de las medidas de calidad de atención, características sociales y demográficas y de las características de la visita para servicio de aborto, con las calificaciones generales de la calidad de servicio**

Medida	Razón de momios (N=391)	Medida	Razón de momios (N=391)
<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>		<b>Conveniencia del horario del centro de atención</b>	
<i>Interacción cliente-personal</i>		Muy conveniente	2.41 (1.43–4.05)**
<b>El médico hizo sentir cómoda a la mujer</b>		Conveniente/poco conveniente/muy poco conveniente (ref)	1.00
Sí, definitivamente	3.25 (1.67–6.29)***	<b>Percepción del tiempo que permaneció en la institución el día del procedimiento de aborto</b>	
Sí, en cierto modo/no/no, en absoluto (ref)	1.00	Aceptable	2.78 (1.80–4.28)***
<b>La enfermera trató a la mujer con respeto y dignidad</b>		Inaceptable (ref)	1.00
Sí, definitivamente	2.15 (0.94–4.93)	<i>Ambiente de la institución</i>	
Sí, en cierto modo/no/no, en absoluto (ref)	1.00	<b>Limpieza de la institución</b>	
<b>La recepcionista trató a la mujer con respeto y dignidad</b>		Muy limpia	1.89 (1.16–3.08)*
Sí, definitivamente	1.71 (1.03–2.83)*	Limpia/sucia/muy sucia (ref)	1.00
Sí, en cierto modo/no/no, en absoluto (ref)	1.00	<b>Manifestantes contrarios al derecho a decidir fuera de la institución</b>	
<b>El cuidado del personal con la información privada y personal de la mujer</b>		Sí	0.96 (0.61–1.52)
Muy cuidadoso	2.48 (1.40–4.39)**	No (ref)	1.00
Un poco cuidadoso/no cuidadoso (ref)	1.00	<b>SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS</b>	
<i>Información y orientación profesional</i>		<b>Edad</b>	1.01 (0.98–1.05)
<b>El personal suministró suficiente información sobre el procedimiento de aborto</b>		<b>Graduada de la escuela secundaria</b>	
Sí	1.79 (0.79–4.09)	Sí (ref)	1.00
No (ref)	1.00	No	1.06 (0.67–1.68)
<b>El personal suministró suficiente información sobre el autocuidado después del aborto</b>		<b>Estado civil</b>	
Sí	1.90 (1.01–3.57)*	No casada	1.01 (0.64–1.59)
No (ref)	1.00	Casada/en unión civil (ref)	1.00
<b>El personal habló con la mujer sobre cómo se había sentido emocionalmente después del aborto</b>		<b>Paridad</b>	
Sí	1.96 (1.27–3.05)**	0	0.56 (0.33–0.95)*
No (ref)	1.00	≥1 (ref)	1.00
<i>Competencia técnica</i>		<b>VISITA PARA EL SERVICIO DE ABORTO</b>	
<b>La mujer sintió confianza en las habilidades técnicas del médico</b>		<b>Centro</b>	
Sí, definitivamente	2.46 (1.22–4.95)*	Hospital general (ref)	1.00
Sí, en cierto modo/no/no, en absoluto (ref)	1.00	Hospital de maternidad	0.63 (0.30–1.34)
<b>Percepción del manejo del dolor del personal durante el aborto</b>		Centro de atención primaria de la salud	1.24 (0.70–2.20)
Podría haber hecho más para controlar el dolor	0.62 (0.33–1.17)	<b>Procedimiento abortivo</b>	
Hizo suficiente para controlar el dolor (ref)	1.00	Aborto con medicamentos	1.16 (0.67–2.04)
<b>Servicios de anticoncepción post-aborto</b>		Aborto quirúrgico (ref)	1.00
<b>El miembro del personal ofreció a la mujer un método de planificación familiar</b>		<b>Edad gestacional</b>	
Sí	0.90 (0.49–1.66)	1.05 (0.93–1.18)	
No (ref)	1.00	<b>Sexo del médico que realizó el aborto</b>	
<i>Accesibilidad</i>		Masculino (ref)	1.00
<b>Facilidad para conseguir una cita</b>		Femenino	1.49 (0.82–2.68)
Muy fácil	1.53 (0.92–2.53)	<i>Modelo chi cuadrado(df)=215.11 (24)</i>	
Fácil/difícil/muy difícil (ref)	1.00		

\*p&lt;0.05. \*\*p&lt;0.01. \*\*\*p&lt;0.001. Nota: ref= grupo de referencia.

fue fácil. La mayoría consideró que el horario de atención había sido conveniente. Sin embargo, el tiempo total que permanecieron en la institución el día del aborto obtuvo calificaciones menos favorables; sólo el 55% consideró que el tiempo de espera había sido aceptable. En cuanto al ambiente de la institución, la mayoría calificó la institución como limpia y el 67% informó haber visto manifestantes contrarios al derecho a decidir fuera de la institución. De aquellas mujeres que vieron manifestantes, el 62% dijo que se sintieron molestadas por ellos (no se muestra).

### Factores vinculados con la evaluación general del servicio

En el análisis bivariado, descubrimos que todas las mediciones de la calidad de atención, salvo la calificación de las clientas en cuanto al trato recibido por parte del custodio de seguridad, estuvieron vinculadas con su evaluación general del servicio; las calificaciones más positivas sobre la calidad estuvieron vinculadas con una evaluación general más alta (no se muestra). Muchas de las características sociales y demográficas de las clientas, así como las relacionadas con la visita para el servicio de aborto, incluyendo la edad, la es-



colaridad, el estado civil, la paridad, el centro de atención, la edad gestacional y el sexo del médico, estuvieron vinculadas con la forma en que evaluaron el servicio que recibieron. Sin embargo, las características en términos del tipo de procedimiento de aborto recibido, del hecho de haber informado que les ofrecieron opciones de procedimientos de aborto, de que el procedimiento de aborto actual hubiera ocurrido como seguimiento de un aborto incompleto con medicamentos, del lugar de residencia y de haber tenido un aborto inducido previo, no estuvieron relacionadas con el modo de calificar los servicios.

En el análisis multivariado, se encontró que las mujeres que otorgaron la calificación más alta al hecho de que el médico las hubiera hecho sentir cómodas, evaluaron la calidad general del servicio con una calificación más alta que aquellas que otorgaron calificaciones inferiores a esta medición (razón de momios, 3.3—Cuadro 3). En comparación con otras mujeres, aquellas que otorgaron la calificación más alta al hecho de que la recepcionista las hubiera tratado con respeto y aquellas que sintieron que el personal había sido muy cuidadoso con su información privada y personal, otorgaron una calificación más alta al servicio en general (1.7 y 2.5, respectivamente). Las mujeres que consideraron que el personal les había suministrado suficiente información sobre el modo de autocuidado en casa después del aborto, otorgaron calificaciones más altas al servicio en general que aquellas que sintieron que no habían recibido suficiente información (1.9). En comparación con aquellas que no habían recibido consejería del personal acerca de cómo se habían sentido emocionalmente después del aborto, aquellas que sí habían recibido la consejería otorgaron calificaciones más altas al servicio en general (2.0). Las mujeres que expresaron mayor confianza en las habilidades técnicas del médico que las había atendido, otorgaron calificaciones más altas al servicio (2.5) que aquellas que expresaron tener menor confianza en las habilidades del médico.

Las mediciones sobre la accesibilidad del servicio y el ambiente de la institución estuvieron vinculadas con la calificación del servicio general. Las mujeres que calificaron el horario del centro como muy conveniente, aquellas que sintieron que el tiempo de espera el día de su visita del aborto fue aceptable y aquellas que calificaron la institución como muy limpia, otorgaron calificaciones más altas al servicio general que el resto de las mujeres (razones de momios 2.4, 2.8 y 1.9, respectivamente).

El único factor social y demográfico vinculado con las evaluaciones generales del servicio fue la paridad: las mujeres que no habían tenido hijos otorgaron calificaciones más bajas al servicio general que las mujeres que habían dado a luz previamente (razón de momios, 0.6). Ningún factor de la visita de aborto fue significativo.

## ANÁLISIS

En este estudio, buscamos comprender cómo las mujeres perciben la calidad de atención provista en el programa de aborto legal del sector público de la Ciudad de México, así

como la variedad de factores que contribuyen a la evaluación general del servicio por parte de las mujeres. Encontramos que la calidad de atención generalmente se considera de manera favorable. Una alta proporción de mujeres dijo que fueron tratadas bien por el personal, que el servicio fue de fácil acceso, que la institución estuvo limpia y que el médico que las atendió estaba capacitado técnicamente. También, una alta proporción sintió que habían recibido un manejo del dolor adecuado y suficiente información sobre el procedimiento y el autocuidado en casa después del aborto. La proporción que informó que le habían ofrecido anticonceptivos postaborto también fue alta.

Estos resultados indican que el servicio está siendo proporcionado de manera razonablemente buena desde el punto de vista de las clientas. Aunque el panorama general es positivo, nuestros resultados apuntan a ciertas áreas en las que se pueden realizar mejoras. Por ejemplo, casi la mitad de las mujeres de nuestro estudio calificaron el tiempo de espera como inaceptable, y sólo el 48% informó que el personal había hablado con ellas sobre las emociones que podían haber sentido después del aborto.

Con respecto a nuestro segundo objetivo de comprender los factores que contribuyeron a la evaluación general de la atención por parte de las mujeres, descubrimos que, al igual que en estudios previos,<sup>22–24</sup> la evaluación de la atención del aborto realizada por las mujeres estuvo fuertemente asociada con las calificaciones de la interacción clienta-personal. Las mujeres valoraron los esfuerzos del médico por ayudarlas a sentirse cómodas, el respeto del personal por su privacidad y el trato respetuoso del personal de recepción. Dado el carácter sensible de la atención del aborto y el hecho de que una mujer se sienta vulnerable a recibir un trato sentencioso, no es sorprendente que estos factores surjan como importantes. El comportamiento del personal no médico estuvo asociado con la evaluación general de la atención de las mujeres; esto indica que los esfuerzos por mejorar la calidad de atención debe estar enfocado en cómo todos los miembros del personal, no sólo el personal clínico, trata a las pacientes.

Al igual que en estudios previos,<sup>22,25</sup> la percepción de qué tan adecuadas fueron la información y la consejería que recibieron las mujeres, estuvo vinculada con su evaluación general de la atención. La evaluación del servicio fue más positiva entre aquellas que percibieron haber recibido suficiente información sobre cómo autocuidarse en casa después del aborto. Una variable adicional de la consejería que fue significativa fue la conversación del personal con las mujeres sobre cómo se podían haber sentido emocionalmente después del aborto. Muy probablemente, esto refleja el fuerte estigma que aún se relaciona con el aborto en México y que las mujeres pueden sentir que están violando normas culturales y sociales al terminar con un embarazo.<sup>39</sup> La información y apoyo emocional y psicológico provistos por el personal pueden ser útiles, dado que las mujeres quizá no tengan otra persona con quien se sientan cómodas para hablar sobre su aborto. Una recomendación práctica es que el personal de aten-

ción del aborto debe incorporar de manera rutinaria información sobre las emociones posteriores al aborto en la práctica de la consejería, pero es fundamental que toda información suministrada sobre la salud mental postaborto esté basada en evidencia.<sup>40</sup>

Al igual que en otros estudios, la accesibilidad del servicio y las características del ambiente de la institución estuvieron vinculados con la evaluación general de la atención por parte de las mujeres.<sup>22,23</sup> Un tema relacionado con el acceso y que no medimos, fue la percepción de las mujeres respecto al tiempo transcurrido hasta obtener su cita. Se encontró que, en un estudio previo,<sup>41</sup> este factor fue muy importante para las pacientes que recibieron atención de aborto y se debe investigar a mayor profundidad. Sin embargo, observamos que la conveniencia del horario, el tiempo de espera en el centro de atención y la limpieza de la institución estuvieron asociados con la evaluación general del servicio de las mujeres; esto indica que se deben tratar estos factores a la hora de intentar mejorar la calidad. Los informes de las mujeres sobre si vieron manifestantes contrarios al derecho a decidir en el centro de atención, no estuvieron correlacionados con su visión general del servicio. Esto puede indicar que las mujeres diferencian lo que ocurre afuera de la institución de lo que ocurre adentro, tal como otros estudios han indicado.<sup>22</sup> Además, es posible que los manifestantes sean un problema para algunas mujeres, pero no para todas.

A pesar del hecho de que las clientas puedan tener una capacidad limitada para evaluar la competencia técnica de los médicos,<sup>37</sup> es interesante que su confianza en las habilidades técnicas del médico estuviera asociada con su calificación general de la atención. Dado que el aborto estuvo altamente restringido en la Ciudad de México hasta hace poco, las mujeres pueden haber tenido experiencias personales con abortos ilegales y posiblemente hayan oído historias de abortos ilegales mal practicados. Sentir la garantía de la competencia técnica del proveedor del servicio de aborto puede ser especialmente importante en este contexto.

En contraste con otros estudios que encontraron que la edad, el nivel educativo y el estado civil estuvieron vinculados con la satisfacción de la atención del aborto,<sup>22,25,26</sup> en este estudio la paridad fue la única característica social y demográfica relacionada con la evaluación general de la atención del aborto por parte de las mujeres. Las mujeres que nunca habían dado a luz calificaron su atención de manera menos favorable que aquellas que sí lo habían hecho, posiblemente debido a que las mujeres que dieron a luz previamente estaban más acostumbradas al embarazo, a los procedimientos ginecológicos y al dolor. Según un estudio previo sobre el aborto con medicamentos en cuatro países de América Latina, las mujeres que nunca habían dado a luz consideraron el aborto más doloroso y estuvieron más preocupadas y ansiosas durante el procedimiento que las mujeres que sí lo habían hecho, y, por lo tanto, calificaron su experiencia con el aborto de manera más negativa.<sup>28</sup>

A diferencia de diversos estudios previos,<sup>24,29,30</sup> nuestra investigación no halló diferencias en las calificaciones generales de la atención por tipo de procedimiento de aborto o por centro de atención. Nuestro hallazgo sobre el hecho de que la atención se evaluó de manera favorable tanto en el centro de atención primario como en el hospital es importante, dado que indica que la expansión de la atención del aborto al nivel de atención primaria de la salud, una decisión que puede mejorar la eficiencia y reducir los costos del servicio,<sup>42</sup> no conducirá a la disminución de la satisfacción de las pacientes.

Aquellas mujeres que tuvieron abortos con medicamentos incompletos no calificaron la calidad del servicio de peor manera que aquellas que tuvieron abortos completos, un hallazgo que difiere de los resultados de algunas investigaciones previas.<sup>28</sup> Es posible que las mujeres del estudio actual estuvieran conscientes de esta posibilidad dado que habían recibido suficiente consejería. Además, la calificación general de la calidad del servicio entre las mujeres que informaron que les ofrecieron diferentes opciones de procedimientos de aborto no fue significativamente diferente de la calificación entre aquellas a quienes no les ofrecieron opciones. Se ha identificado la elección del procedimiento de aborto como una dimensión de la atención del aborto centrada en la paciente<sup>35</sup> y ha estado relacionada con la satisfacción de la paciente.<sup>30</sup> Especulamos que las circunstancias en la Ciudad de México en el momento de nuestro estudio, poco tiempo después de la legalización del aborto, pueden haber influido en la importancia de este factor. Es posible que la elección entre métodos de aborto fuera menos importante para las mujeres de nuestro estudio que la elección entre un aborto seguro y legal y un aborto clandestino y potencialmente inseguro. Además, debido a que el aborto legal es un servicio relativamente nuevo, las mujeres pueden no haber estado conscientes de la existencia de dos clases de procedimientos de aborto; además, es posible que no hayan esperado recibir opciones relacionadas con su atención dado que estaban recibiendo servicios en el sector público y para la mayoría el servicio fue gratuito. Es necesario realizar más investigación para comprender cómo las clientas consideran el hecho de tener diferentes opciones de procedimientos de aborto.

Nuestro estudio tiene diversas limitaciones. Dado que toda nuestra recolección de datos se llevó a cabo en las instituciones donde las mujeres recibieron el servicio de aborto, las respuestas de las mujeres pueden haber estado afectadas porque no se sintieron cómodas como para criticar la atención recibida. Intentamos reducir los efectos de este malestar al realizar las entrevistas en privado y al asegurar a las mujeres que sus comentarios no se compartirían con el personal. Otra limitación es la generalización de nuestros resultados. Nuestro estudio se llevó a cabo en tres de los centros del sector público que estaban suministrando servicios de aborto en ese momento; las experiencias de las mujeres en estos centros pudo haber sido diferente de aquellas que acudieron a otros centros del sector público,

especialmente aquellos con menores volúmenes de clientas. Así mismo, nuestra muestra se limitó a personas adultas; el 6% de las mujeres que buscan atención de aborto legal son menores de edad,<sup>43</sup> y las experiencias de estas jóvenes pueden ser diferentes de las experiencias de las mujeres adultas de nuestra muestra. Además, no pudimos entrevistar a las mujeres que recibieron abortos con medicamentos, pero que no regresaron a sus citas de seguimiento. Los datos preliminares de la Secretaría de Salud indican que aproximadamente el 10% de las mujeres que buscan abortos con medicamentos no regresan para sus visitas de seguimiento.<sup>33</sup>

En conclusión, nuestros hallazgos se suman al conjunto de pruebas que documentan la calidad general de los servicios provistos en el programa de aborto legal de la Ciudad de México y contribuyen con información importante para el monitoreo y la evaluación de la política. Aunque los resultados de nuestro estudio son positivos, es importante reconocer que se debe evaluar la calidad de atención desde diferentes perspectivas, no sólo desde la de las clientas. Estudios futuros deben explorar las perspectivas de los proveedores y los encargados de formular políticas y deben examinar las restricciones que impiden el suministro de atención de alta calidad, tales como la falta de recursos y de personal. También recomendamos que se realice una investigación cualitativa sobre la calidad del servicio de aborto con mujeres que reciban atención donde sean las mismas mujeres, no los investigadores, quienes generen las categorías de calidad. Esto puede permitir comprender mejor temas importantes para las mujeres que no están incluidos en los marcos de calidad de atención del aborto. La investigación sobre las experiencias de las pacientes con la atención del aborto del sector privado en la Ciudad de México también es una prioridad. Los datos sobre los abortos del sector privado no se recolectan de manera rutinaria; pero un estudio reciente, con una muestra de proveedores de abortos del sector privado, identificó deficiencias en la calidad del servicio.<sup>44</sup> Finalmente, recomendamos la realización de estudios para evaluar la relación costo-efectividad de la reforma del aborto en la Ciudad de México y medir el impacto que esta reforma ha tenido en la salud y el bienestar de las mujeres.

## REFERENCIAS

1. Langer-Glas A, Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México, *Gaceta Médica de México*, 2003, 139(Suppl. 1):S3-S7. (en español).
2. Schiavon R, Polo G y Troncoso E, Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto, Ciudad de México: Ipas, 2007.
3. Juárez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009, pp.4-14.
4. Sánchez Fuentes ML, Paine J y Elliott-Buettner B, The decriminalization of abortion in Mexico City: How did abortion rights become a political priority? *Gender and Development*, 2008, 16(2):345-360.
5. Human Rights Watch, *The Second Assault: Obstructing Access to Legal Abortion After Rape in Mexico*, Nueva York: Human Rights Watch, 2006.
6. Rao KA y Faúndes A, Access to safe abortion within the limits of the law, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2006, 20(3):421-432.
7. Ganatra B y Elul B, Legal but not always safe: three decades of a liberal abortion policy in India, *Gaceta Médica de México*, 2003, 139(Suppl. 1):S103-S108.
8. Office of Registrar General, India, *Sample Registration System, Maternal Mortality in India 1997-2003: Trends, Causes and Risk Factors*, Nueva Delhi: Registrar General, India, 2006.
9. Jewkes RK et al., Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *BJOG*, 2005, 112(9):1236-1242.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra: OMS, 2003.
11. Kols AJ y Sherman JE, Family planning programs: improving quality, *Population Reports*, 1998, Series J, No. 47.
12. Billings DL, Fuentes Velásquez J y Pérez-Cuevas R, Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(3): 112-120.
13. Bhandari A et al., Experiences of abortion in Nepal and menstrual regulation in Bangladesh: a gender analysis, *Gender and Development*, 2008, 16(2):257-272.
14. Huntington D, Meeting women's health care needs after abortion: lessons from operations research, en: Warriner IK y Shah IH, eds., *Preventing Unsafe Abortion and Its Consequences: Priorities for Research and Action*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, pp. 93-113.
15. Johnson BR et al., Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):195-202.
16. van Dijk MG et al., Women's experiences with legal abortion in Mexico City: a qualitative study, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3): 167-174.
17. Troncoso E, Palermo TM y Ortiz O, Barriers to legal abortion services in Mexico City: women's perspectives, paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, Philadelphia, PA, EEUU, 7-11 de noviembre de 2009.
18. Lara D et al., El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México, *Gaceta Médica de México*, 2003, 139(Suppl. 1):S77-S90 (en español).
19. Lara D et al., Challenges accessing legal abortion after rape in Mexico City, *Gaceta Médica de México*, 2006, 142(Suppl 2):85-89.
20. Elu MC, Between political debate and women's suffering: abortion in Mexico, en: Mundigo AI y Indriso C, eds., *Abortion in the Developing World*, Londres: OMS y Zed Books, 1999, pp. 245-258.
21. Langer A et al., Improving post-abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico, *Reproductive Health Matters*, 1997, 5(9):20-28.
22. Zapka JG et al., The silent consumer: women's reports and ratings of abortion services, *Medical Care*, 2001, 39(1):50-60.
23. Picker Institute y Kaiser Family Foundation, From the patient's perspective: quality of abortion care, 1999, <<http://www.kff.org/womenshealth/1475-index.cfm>>, acceso el 29 de junio de 2011.
24. Slade P et al., Termination of pregnancy: patients' perceptions of care, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27(2):72-77.
25. Oliveras E, Larsen U y David PH, Client satisfaction with abortion care in three Russian cities, *Journal of Biosocial Science*, 2005, 37(5): 585-601.
26. Bulut A y Toubia N, Abortion services in two public sector hospitals in Istanbul, Turkey: How well do they meet women's needs? en: Mundigo AI e Indriso C, eds., *Abortion in the Developing World*, Londres: OMS y Zed Books, 1999, pp. 259-278.
27. Lie ML, Robson SC y May CR, Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies, *BMC Health Services Research*, 2008, 8:150.

28. Lafaurie MM et al., Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study, *Reproductive Health Matters*, 2005, 13(26):75-83.
29. Sihvo S et al., Quality of care in abortion services in Finland, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77(2):210-217.
30. Rørbye C, Nørgaard M y Nilas L, Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study, *Human Reproduction*, 2005, 20(3):834-838.
31. Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009 *Agenda Estadística*, 2010, <[http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda\\_2009/index.html](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda_2009/index.html)>, acceso el 29 de junio de 2011.
32. Sanhueza P et al., Introducing medical abortion in the public health sector in Mexico, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2009, 107(Suppl. 2):S72
33. Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Programa de Aborto Legal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (DF) de México*, 2008, Ciudad de México: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2008.
34. Leonard AH y Winkler J, A quality of care framework for abortion care, *Advances in Abortion Care*, 1991, 1(1):1-4.
35. Hyman A y Kumar A, A woman-centered model for comprehensive abortion care, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2004, 86(3):409-410.
36. Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS), CAHPS clinician and group survey reporting kit, 2008, <<http://www.cahps.ahrq.gov/CAHPSkit/CG/CGChooseQx.asp>>, acceso el 29 de junio de 2011.
37. Lewis JR, Patient views on quality care in general practice: literature review, *Social Science & Medicine*, 1994, 39(5):655-670.
38. Long JS y Freese J, *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata*, segunda ed., College Station, TX: StataCorp, 2006.
39. Amuchástegui Herrera A y Rivas Zivy M, Clandestine abortion in Mexico: a question of mental as well as physical health, *Reproductive Health Matters*, 2002, 10(19):95-102.
40. Major B et al., Abortion and mental health: evaluating the evidence, *American Psychologist*, 2009, 64(9):863-890.
41. Wiebe ER y Sandhu S, Access to abortion: what women want from abortion services, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2008, 30(4):327-331.
42. Hu D et al., Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City, *BJOG*, 2009, 116(6): 768-779.
43. Sanhueza P, Experiencias de la Secretaría de Salud con el programa de interrupción legal del embarazo, en: Freyermuth G y Troncoso E, eds., *El Aborto: Acciones Médicas y Estrategias Sociales*, Ciudad de México: Comité por una Maternidad Sin Riesgos e IPAS, 2008, pp. 77-79.
44. Schiavon R et al., Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(36):127-135.

**Contacto con la autora:** davidab@usc.edu