

Atención postaborto con un enfoque sobre PF:

Un resumen de hallazgos de IOs

Deborah Billings, PhD

Ipas

www.ipas.org

billingsd@ipas.org

Integración de servicios de planificación familiar con otros servicios de salud reproductiva

8-11 de octubre de 2007

La Antigua, Guatemala

¿Qué es APA?

Atención postaborto

- Un concepto e intervención desarrollado en los años 90 para poder abordar en forma propositiva la mortalidad y morbilidad causada por el aborto inseguro
- Avalado en el Párrafo 8.25 del Programa de Acción de CIPD, 1994

Aborto inseguro

La OMS estima:

- Al nivel global, 19 millones de abortos inseguros realizados cada año
- 3.7 millones en América Latina y el Caribe / año
- 68,000 mujeres en el mundo mueren cada año = 13% de todas las muertes maternas al nivel global (**debido a una causa prevenible**)
- En la región de ALEC, mueren 3,700 mujeres cada año
- De todas las regiones, ALEC tiene la tasa de aborto más elevada (# de abortos inseguros / 1000 mujeres edades 15-44)

¿Qué es APA?

Consorcio Global de APA la define con sus elementos esenciales:

- Alianzas entre comunidades y prestadores de servicios de salud
- Orientación y consejería
- ***Tratamiento clínico***
- ***Servicios de anticoncepción/planificación familiar***
- ***Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud***

Métodos anticonceptivos antes de la salida del hospital

Guatemala, 22 hospitales públicos departamentales con programa de APA, 2005

	n = 250
	Yes (%)
La mujer recibió información sobre diferentes métodos	86
Aceptó un método anticonceptivo antes de su salida del hospital	58
La mujer recibió el método deseado antes de su salida del hospital	57 (37% con inyectable)

Fuente: Kestler et al, 2007. Calidad de la prestación del servicio en la atención posaborto en Guatemala. En Billings DL y Vernon R, eds. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe.

México, 6 hospitales IMSS, Ciudad de México 1997- 1998

TABLE 3. Percentage of women who received information and counseling about future pregnancy and were offered contraceptive methods, by topic, according to model of care

Topic	MVA PAC (N=247)	SC PAC (N=270)	SC Std. (N=282)
Future pregnancy			
Advantages of preventing immediate pregnancy	64.5*	84.4**	29.4***
Pregnancy prevention	74.1	74.1**	33.0***
Plans to become pregnant	60.2*	71.4**	29.5***
Willingness to use a contraceptive method	87.3*	97.4**	65.2***
Possibility of pregnancy during unprotected intercourse†	49.7*	64.1**	43.9
Resumption of menstrual period‡	23.2	29.7**	15.9

Fuente: Billings DL, Fuentes Velásquez J, Pérez-Cuevas R. 2003. Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care Models in Public Hospitals in Mexico City. *International Family Planning Perspectives* 29(3):112-120.

México, 6 hospitales IMSS, Ciudad de México 1997- 1998

TABLE 4. Percentage distributions and percentages of women, by characteristics related to contraceptive services received, according to model of care

Characteristic or topic	MVA PAC (N=247)	SC PAC (N=266)	SC Std. (N=260)
PERCENTAGE DISTRIBUTIONS			
Received a method before leaving hospital			
Yes	64.4*	77.8**	39.6***
No	25.6	22.2	60.4
Type of method received†			
IUD	84.9*	74.4	79.6
Oral contraceptives	6.3*	16.4**	3.9
Injectable	6.9	8.7**	15.5***
Other	1.9	0.5	1.0
Satisfied with the method received†			
Yes	94.9	96.9	92.1
No	5.1	3.1	7.9
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Billings DL, Fuentes Velásquez J, Pérez-Cuevas R. 2003. Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care Models in Public Hospitals in Mexico City. *International Family Planning Perspectives* 29(3):112-120.

Información y métodos de planificación familiar postaborto proporcionados a pacientes de APA, por etapa

Porcentaje% de informantes

Hospital D.A. Carrión, Perú, 1996-2001

Variable	Etapa 1 n=102 (1996)	Etapa 2 n=102 (1997)	Etapa 3 n=119 (2000-01)
Se le informó acerca del riesgo de quedar embarazada inmediatamente	38.4	64.7*	72.3
Se le proporcionó información sobre planificación familiar	18.2	77.5*	89.1**
Se le proporcionó un método anticonceptivo	2.0	58.8*	86.6**

*p<0.05 para la etapa 1 versus la etapa 2

** p<0.05 para la etapa 2 versus la etapa 3

Fuente: Benson J y Huapaya V, 2007. Calidad y acceso a la atención posaborto en Perú. En Billings DL y Vernon R, eds. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe.

Porcentaje de pacientes que recibieron un método anticonceptivo antes de su salida del hospital

Location of study	Pre-intervention % (n)	Post-intervention % (n)
Mexico/Oaxaca	29.5 (136)	59.7* (207)
Peru/Callao 1 (pre = 1996; post = 1997)	2.0 (99)	58.8* (99)
Peru/Callao 2 (post = 2000)	n.a.	86.6** (119)
Honduras	13.0 (24)	54.0* (71)
Mexico/IMSS 2	SC Standard 36.5 (282)	MVA PAC 63.3* (251)

* $p < 0.05$.

** The results are from data collected during the follow-up period in 2000. The difference between the post-intervention results in 1997 and 2000 is significant at $p < 0.05$.

Fuente: Billings DL, Benson J. 2005. Postabortion Care in Latin America: A Summary of a Decade of Operations Research. *Health Policy and Planning*, 20(3):158-166.

Resumen de Hallazgos

Los IOs demuestran que:

- Vincular los servicios de PF con los servicios clínicos es posible y resulta en mayor aceptación de métodos (poner en práctica APA)
- Los cambios en prácticas pueden ser sostenibles con el tiempo con ciertas inversiones y compromisos por parte del personal de salud y los administrativos
- Esperamos que resulta en disminuir el embarazo no deseado y el aborto en el futuro (prevención secundaria)

Julio 2007: Taller regional sobre APA en Centroamérica

Entre las conclusiones y recomendaciones

- Tener el aval oficial de Ministerios de Salud para APA y su implementación
- Inclusión de métodos anticonceptivos como parte de APA en los presupuestos de servicios de salud
- Incorporar resultados de IO sobre calidad de atención y satisfacción de usuarias en los servicios

Desafío de la Iglesia Católica

Comunicado de la Conferencia Episcopal de Guatemala, 22 agosto 2007 (p.4)

“...solicitamos a las autoridades del Gobierno, estudiar a fondo las graves consecuencias que se presentan a raíz de la aplicación del programa de atención postaborto.”

“...la ‘T’ (DIU) no puede considerarse como un método anticonceptivo sino abortivo, por lo que nunca podrá la Iglesia aceptar su uso.”

Otros desafíos

- Capacitación no suficiente para prestadores de servicios de salud
- Oferta limitada de opciones de métodos a pacientes postaborto
- Desabasto de métodos en general
- Desvinculación entre servicios médicos/de emergencia y de PF
- Las normas de PF nacional vigentes no abordan como entregar métodos a mujeres postaborto
- Las necesidades especiales de las adolescentes y como brindar servicios con/sin consentimiento de lo/as tutores/ necesidades de mujeres post-violencia
- Incorporar aspectos de información al nivel comunitaria sobre APA y PF postaborto
- Como llevarlo a escala (scale-up) dado su efectividad

APA y Derechos Humanos

Los errores de “comisión” (hacer algo mal) y de “omisión” (no usar e incorporar los conocimientos avalados por evidencia) son de igual peso cuando hablamos de un marco de derechos humanos y de violaciones de ellos.

Recursos Adicionales

PAC Global Resources Guide

<http://www.infoforhealth.org/pac/about/index.shtml>

Investigaciones sobre APA

What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Postabortion Care

February 2007

<http://www.infoforhealth.org/pac/research/research3.shtml>

www.popcouncil.org/frontiers

www.ipas.org

Billings DL & Vernon R, eds. 2007. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. Mexico, DF: Ipas y Population Council.

Billings DL, Crane B, Benson J, Solo J, Fetters T. Scaling-up a public health innovation: a comparative study of postabortion care in Bolivia and Mexico. *Social Science & Medicine*, 64(11): 2210-2222..

Gómez Ponce de León R, Billings DL, and Barrionuevo K. 2006. Woman-centered postabortion care in public hospitals in Tucumán, Argentina: Assessing quality of care and its link to human rights. *Health and Human Rights*, 9(1): 3-29.

Huntington, D., & Nawar, L. (2003). Moving from research to program: The Egyptian postabortion care initiative. *International Family Planning Perspectives*, 29(3):121-125.

Recursos Adicionales

Johnson, B.R., Ndhlovu, S., Farr, S.L., Chipato, T. (2002). Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 33(2):195-202.

Langer, A., Heimburger, A., García, C., Winikoff, B., (2002). Improving postabortion care in a public hospital in Mexico. in: Haberland, N & Measham, D., eds, *Responding to Cairo: Case studies of changing practice in reproductive health and family planning*. New York: Population Council.

Langer, A., García-Barrios, C., Heimburger, A., Campero, L., Stein, K., Winikoff, B., & Barahona, V. (1999). Improving postabortion care with limited resources in a public hospital in Oaxaca, Mexico, in: Huntington, D. & Piet-Pelon, N.J., eds., *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*. New York: Population Council.

Miller S, Billings DL, Clifford B. Midwives and Postabortion care: Experiences, opinions and attitudes among participants at the 24th triennial congress of the ICM. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2002;47:247-55.

Solo J, Billings DL, Aloo-Obunga C, Ominde A, Makumi M. "Creating Linkages between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya." *Studies in Family Planning* Vol 30 (1):17-27.

Steele, C. & Chiarotti, S. (2004). With everything exposed: Cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters* 2004;12 (24 Supplement):39-46