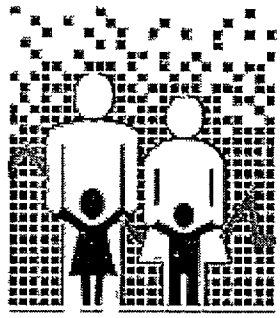
DISSEMINATION OF THE RESULTS OF THE INTERVENTION IN POSTABORTION CARE IN DANIEL ALCIDES CARRION HOSPITAL

CALLAO, PERU



Actividades de Difusión de Resultados de la Intervención sobre Atención Post-Aborto en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú

Reporte Final

Víctor Huapaya
Consultor

María Rosa Gárate
INOPAL III, Lima Office

Agencias Participantes

Hospital Daniel Alcides Carrión
Ministerio de Salud
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
IPAS
Population Council

INOPAL III
Código Contable PC 0352 04063

Enero 15 - Febrero 28, 1998

2

ENGLISH TRANSLATION

OF

Dissemination of the Results of the Intervention in Postabortion Care in Daniel Alcides Carrion Hospital, Callao-Peru

Antecedents
The sub-project, "An Operations Research Project to Test an Integrated Hospital Based Model for Treatment of Abortion Complications and Delivery of Family Planning in Peru", completed data collection for final evaluation and preliminary analysis of data, in December, 1997

Although the sub-project duration was extended through the end of February 1998, additional support was necessary to set up a dissemination plan for its results Therefore, a new activity was approved to help organize dissemination meetings and other comparable activities not foreseen in the sub-project proposal

Expected Out Puts

In accordance with the work plan requested and approved by the Peru AID Mission, before the conclusion of the sub-project it was expected to carry out the following activities
- A seminar for the representatives of Cooperating Agencies, international organizations and of the Ministry of Health,

- A seminar for Heads of Obstetric and Gynecology Departments of a selected group of principal hospitals of Lima and other of other areas of Peru and Chiefs of Departments of Obstetrics and Gynecology of a selected number of Medical Faculties of Lima and other regions of the country,

  A seminar for the Directors of Hospitals, Sub-Regional Directors and managerial level personnel of hospitals and other health establishments under the Ministry of Health, social security system and principal universities of Lima and other regions of the country

Activities Carried Out and Outcomes

1 A seminar for the personnel of Peru US/AID Mission
This seminar was requested by the AID Mission as a precondition for analyzing, before approval of presentations of dissemination out puts, of this sub-project, at various seminars and to specifically discuss the results to be presented at the Global Meeting of Postabortion Care Advances and Challenges in Operations Research" that was held in New York from Jan 19 to 21,1998

3

This meeting was held on Jan 8 in US/AID Office 14 persons were present - 6 technical officers of the Office of Population, Health and Nutrition of AID concerned with projects in reproductive health and family planning and 8 persons from the Population Council of Peru

The Mission with minor suggestions of the presentation format, which were eventually incorporated into the results, approved the outputs that were presented

2 Presentation of results of the sub-project at the Global Meeting on Postabortion Care Advances and challenges in Operations Research

During this meeting which took place from Jan 19 to 21,1998, a preliminary version of the final results of the project were presented Not withstanding the short duration of this sub-project (18 months) the results and their impact on quality of postabortion care were more significant than projects that lasted longer and in institutions which had a record of previous work in postabortion care Undoubtedly the presentations by IPAS and Peru Population Council contributed significantly to the meeting
Annex 1 gives the text and the transparencies used for the presentation in New York

3 Seminar for the representatives of Cooperating Agencies, international organizations and officials of the Ministry of Health

This presentation took place on Jan 27 in the Office of US/AID Mission Forty representatives of Cooperating Agencies that implement AID funded activities, of international organizations like UNFPA, UNICEF and PAHO/WHO, and officials of family planning and maternal and perinatal health programs of the Ministry of Health

Invited panelists' comments were very favorable They underscored three high priority aspects (i) the capacity of this project to make significant progress without set backs in spite of the stigma that attaches to abortion issues, (ii) development of a feasible system of improvement of quality of care which has yielded very significant results in such a short time, and (iii) progress made in attaining sustainability The participants were interested in replicability of this model and discussed the importance of an alternative model for health establishments that are at more decentralized levels such as health centers and hospitals not so well equipped
Annex 2 gives copies of slides presented at this seminar

4 Seminar for the heads of departments of obstetrics and gynecology of a selected group of principal hospitals of Lima and other regions of the country and chiefs of obstetrics and gynecology departments of a selected group of medical faculties of Lima and other regions of the country

This seminar took place on Feb 18, 1998 in the Conference Room of the Hotel Jose Antonio Executivo Forty four participants were present from cooperating agencies and a select group of experts in reproductive health and family planning, in charge of the principal services of the Ministry of Health at national level and of teaching programs in reproductive health in the main medical and obstetric faculties of Lima and other regions of the country

The participants made positive comments on the results of the sub-project and high lighted three important aspects (i) the need to extend the benefits of the postabortion care model to other hospitals of Lima and other regions of the country, (ii) a modest model to quickly estimate the costs and support to reorganize a facility to improve quality of care, (iii) the importance of developing a model for facilities with modest resources This is important because lack of means of transportation makes it impossible to refer patients to bigger facilities

Annex 3 gives the agenda of this seminar, the material that was developed for distribution among participants and copies of slides that were used for the presentations Annex 4 gives the presentation of preliminary results, which was specially prepared for this presentation

5 Seminar for 60 officials and managers of hospitals of Lima and other regions of the country

This was to be conducted on Feb 25,1998 However, since serious concerns was being raised regarding the family planning program on special advice from US/AID Mission In stead and with approval from US/AID the material prepared for the seminar was mailed to each one of the participants invited to the seminar, which appears in Annex 5

Comments and Suggestions

This dissemination program proved to be an important activity The preliminary results have led to great expectations among health professionals who are in charge of health services and managers/administrators of health facilities National

5

leaders and those in charge of maternal health and family planning services including those implementing projects dealing with reproductive health have evinced great interest in the replication of this model and its further expansion

Concerns raised regarding family planning programs and related criticism-impeded implementation of the final seminar, which in our opinion was the most important of all such planned events This is because this was addressed to project directors, managers and directors of health facilities which have the potential to replicate this model and validate its out comes

Despite this minor set back the dissemination seminars that were held were very successful in diffusing the benefits of the project and we expect that within a short period the Ministry of Health will resume its activities and interest in the use of the results of this project

Actividades de Difusión de Resultados de la Intervención sobre Atención Post-Aborto en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú

ANTECEDENTES

El proyecto "Prueba de un modelo para integrar la planificacion familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto" termino el levantamiento de datos para la evaluacion final y el analisis preliminar de los mismos en Diciembre de 1997

Si bien dicho proyecto tiene una extension sin costo que llega al 28 de Febrero, requiere de apoyo adicional para desarrollar la difusion de sus resultados Por ello, este nuevo proyecto estuvo destinado a apoyar las reuniones de difusion y la participacion de otras actividades, no previstas en el proyecto inicial

PRODUCTOS ESPERADOS

De acuerdo al programa de trabajo solicitado y aprobado por la Mision de USAID-Peru, durante su tiempo de duracion se esperaba que se organicen y realicen las siguientes actividades de difusion del proyecto

- Un seminario para representantes de las Agencias Cooperantes, otras organizaciones internacionales y funcionarios del Ministerio de Salud
- Un seminario para Jefes de Departamento de Obstetricia y Ginecologia de un grupo seleccionado de los principales Hospitales de Lima y del Interior del pais y Jefes de Departamento Academico de Obstetricia y Ginecologia de un grupo seleccionado de las principales Facultades de Medicina y Obstetricia de Lima y del Interior del pais
- Un seminario para directores de Hospitales, Directores Subregionales y personal directivo de hospitales y otros establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud, la Seguridad Social y/o las principales universidades de Lima y del interior del pais

ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS

1 ***Un seminario para el personal de la Misión de USAID-Perú***

Esta fue solicitada por la Mision de USAID-Peru como requisito previo para analizar y aprobar las presentaciones de difusion materia de este proyecto y la presentacion de los resultados del proyecto en la reunion "Global metting of

Postabortion Care Advances and Challenges in Operations Research" realizado en New York del 19 al 21 de Enero

La presentacion se realizo el 08 de Enero, en las oficinas de USAID-Peru Se conto con una asistencia de 14 participantes, 6 responsables tecnicos de la Oficina de Salud , Nutricion y Poblacion de USAID-Peru relacionados a los proyectos de Salud Reproductiva y Planificacion Familiar y 8 participantes de la Oficina del Population Council de Lima

Los resultados presentados fueron de aprobados por la mision y se hicieron sugerencias de forma para las presentaciones de difusion, las mismas que fueron aceptadas e incorporadas

2 ***Presentación de los resultados del proyecto en "Global metting of Postabortion Care Advances and Challenges in Operations Research"***

Durante dicha, realizada en New York del 19 al 21 de Enero, se presento la version preliminar de los resultados finales del proyecto No obstante la menor duracion de nuestro proyecto (18 meses), los resultados y el impacto del mismo sobre la calidad de la atencion postaborto fueron mayores a proyectos con mayor duracion y en lugares con mayores antecedentes de trabajo sobre el tema de postaborto Sin lugar a dudas, la presentacion constituyo un aporte importante a la reunion, tanto de Ipas como de la Oficina del Population Council en Peru

El anexo 1 contiene el texto y las transparencias de la presentacion realizada en la reunion de Nueva York _

3 Un seminario para representantes de las Agencias Cooperantes, otras organizaciones internacionales y funcionarios del Ministerio de Salud

Este presentacion se realizo el dia 27 de Enero en la sede de la Mision de USAID-Peru Asistieron unos 40 participantes entre representantes de agencias cooperantes que trabajan con fondos de USAID-Peru, otras organizaciones internaciones como el FNUAP, DFID, UNICEF y OPS/OMS, y funcionarios de los Programas de Planificacion Familiar y de Salud Materno-Perinatal del Ministerio de Salud

Los panelistas invitados comentaron en forma favorable los resultados del proyecto y resaltaron tres aspectos primordiales *(i)* la capacidad del proyecto para trabajar en el tema de aborto sin haber tenido problemas con el estigma que acompaña al problema del aborto, *(ii)* el desarrollo practico de un sistema de mejoramiento de calidad de atencion con resultados visibles en tan corto tiempo, y *(iii)* los avances en sostenibilidad desarrollados por el proyecto Los invitados mostraron interes por conocer la replicabilidad del mismo y la importancia de desarrollar un modelo alternativo para establecimientos de menor complejidad (hospitales y/o centros de salud)

El Anexo 2 incluye copia de las diapositivas presentadas en la reunion

4 ***Un Seminario para Jefes de Departamento de Obstetricia y Ginecologia de un grupo seleccionado de los principales Hospitales de Lima y del Interior del pais y Jefes de Departamento Académico de Obstetricia y Ginecología de un grupo seleccionado de las principales Facultades de Medicina y Obstetricia de Lima y del Interior del país***

Este presentacion se realizo el dia 18 de febrero en la Sala de Reuniones del Hotel Jose Antonio Executive Asistieron 44 participantes entre representantes de agencias cooperantes y un grupo seleccionado de expertos en Salud Reproductiva y Planificacion Familiar a cargo del funcionamiento de los principales servicios del Ministerio de Salud a nivel nacional y de la enseñanza de Salud Reproductiva en las principales Facultades de Medicina y Obstetricia de Lima y del Interior del pais

Los asistentes comentaron en forma favorable los resultados del proyecto y resaltaron tres aspectos primordiales *(i)* la necesidad de extender los beneficios del modelo de Atencion Postaborto (APA) a otros hospitales de Lima y del interior del pais, *(ii)* la importancia de un modelo rapido para estimar costos y apoyar la reorganizacion de un servicio para mejorar la calidad de atencion, y *(iii)* la importante de desarrollar un modelo para establecimientos de menor complejidad (hospitales y/o centros de salud) donde, debido a falta de medios de transporte o grandes, es difícil establecer una referencia oportuna ya adecuada

El Anexo 3 incluye el programa del evento, el material desarrollado para entregar a los participantes y copia de las diapositivas empleadas en la presentacion de los resultados El anexo 4 contiene la presentacion preliminar de los resultados del proyecto preparada para ser incluida en el juego de materiales de difusion que se adjuntan a parte

5 ***Seminario para sesenta funcionarios y directivos de hospitales de Lima y del interior del país***

Esta actividad estaba prevista para realizarse el 25 de febrero Pero debido a la situacion de cuestionamiento al Programa de Planificacion Familiar, la reunion fue suspendida por indicacion expresa de la Mision de USAID-Peru En su lugar y con la aprobacion de la Mision, se envio por correo el material preparado para la reunion a cada uno de los profesionales incluidos en la lista de participantes, segun la relacion contenida en el Anexo 5

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

La actividad de difusion de resultados fue un punto importante del proyecto La difusion de los resultados preliminares ha causado gran expectativa tanto por los profesionales de salud encargados de la atencion, como por los encargados de direccion y la administracion

Las autoridades nacionales encargadas de la atencion materna y planificacion familiar y los encargados de proyectos relacionados a la atencion de la salud reproductiva han mostrado su interes por replicar y expandir el modelo desarrollado con el proyecto

El cuestionamiento y las criticas al Programa de Planificacion Familiar impidieron realizar la ultima, y a nuestro juicio mas importante, de las reuniones previstas Pues esta reunion estaba dirigida especialmente a los directores de proyectos, establecimientos y programas con capacidad de invertir en la replica y expansion de los resultados del proyecto

No obstante los problemas de la situacion descrita, las reuniones de difusion han sido exitosas en difundir los beneficios positivos del proyecto y esperamos que en un corto tiempo las autoridades del Ministerio de Salud reasuman el interes por utilizar los resultados del proyecto

Prueba de un modelo hospitalario para integrar el tratamiento de las complicaciones del aborto con la planificación familiar

Janie Benson, Marian Abernathy, Víctor Huapaya, John Nagahata, Julio Aguilar, Luz Juárez, Wilfredo Solís, Edwin Mejía, María Rosa Gárate, Rosa Monge, Elizabeth Aliaga

Introducción

El Peru es uno de los paises de Latinoamerica con altos niveles de mortalidad materna La Tasa de Mortalidad Materna se estima en 280 por 100 000 nacidos vivos (1) Aun cuando otros indicadores de salud han mejorado en forma importante en los ultimos años, la tasa de mortalidad materna practicamente no se ha modificado en los ultimos 20 años Se estima que casi la quinta parte del total de muertes maternas son causadas por complicaciones derivadas del aborto (2)

La mayor parte de las muertes por aborto son consecuencia de abortos inducidos o espontaneos que se producen en condiciones de riesgo Se ha estimado que la tasa de aborto inducido es 51,8 por 1000 mujeres en edad reproductiva (3) Se estima que 60 por ciento de los embarazos son no deseados y que la mitad de estos terminan en aborto inducido (4) Muchos de los abortos inducidos son realizados por personal con escasa competencia tecnica y en condiciones insalubres, lo que ocasiona que entre 54 000 y 61 000 mujeres sean hospitalizadas cada año como consecuencia de complicaciones derivadas de un aborto inducido (5) Adicionalmente, se calcula que cada año se producen entre 60 000 y 120 000 abortos espontaneos, la mitad de los cuales presenta complicaciones que pueden requerir asistencia hospitalaria Muchos de estos abortos espontaneos se producen tambien en condiciones de riesgo, como la falta de disponibilidad o acceso a servicios de salud

En el Peru, como en la mayoria de paises Latinoamericanos, los servicios de atencion postaborto son servicios hospitalarios caracterizados por

- grandes periodos de espera de la paciente antes y despues de la evacuacion de los restos de la concepcion,
- uso de curetas romas para el legrado uterino instrumental, en lugar de usar la tecnica mas segura y efectiva de la aspiracion manual endouterina (AMEU),
- falta o empleo de esquemas terapeuticos inadecuados para el tratamiento del dolor,
- falta o empleo de esquemas inadecuados para la prevencion de infecciones,
- escasa o nula entrega de informacion, orientacion y consejeria en salud reproductiva y planificacion familiar entregada a las pacientes,
- actitud negativa hacia las pacientes postaborto de parte del personal de salud,
- pobre integracion con otros servicios salud reproductiva en general y de planificacion familiar en especial

A pesar de lo inadecuado de los servicios existentes, ellos consumen gran parte de los escasos recursos existentes para la atencion a la salud reproductiva, como tiempo del personal, medicamentos y fondos asignados al mantenimiento de las salas de hospitalizacion

Para enfrentar este problema el Ministerio de salud del Peru solicito la ayuda de IPAS y el Population Council a traves del proyecto INOPAL III de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para desarrollar y probar un modelo de servicios hospitalarios de atencion a las complicaciones del aborto, que responda a las necesidades de las usuarias, incluyendo la satisfaccion de sus necesidades por informacion y servicios de planificacion familiar y un reforzamiento de las competencias de los proveedores en relaciones interpersonales, para mejorar el trato a las pacientes Una vez desarrollado el modelo, el Ministerio de Salud tiene planeado emplear las experiencias positivas y negativas del proyecto, en mejorar los servicios de atencion postaborto de otros hospitales y centros de salud en todo el pais

El estudio fue desarrollado en el Hospital Daniel A Carrion, un hospital de tercer nivel localizado en la provincia constitucional del Callao, una extensa area urbana adyacente a la ciudad de Lima, la capital del Peru Este hospital presta servicios de atencion postaborto a unas 600 mujeres por año

Los objetivos del estudio fueron

1 *Desarrollar e institucionalizar un modelo de atencion postaborto,*

2 *Integrar los servicios de tratamiento del aborto incompleto con los servicios de planificacion familiar, y*

3 *Documentar el efecto del modelo y de su integracion con los servicios de planificacion familiar sobre la calidad de la oferta de servicios de atencion postaborto*

Metodología

El proyecto fue diseñado como un estudio del tipo de evaluacion pre y post intervencion La recoleccion de datos preintervencion se desarrollo entre los meses de Agosto a Octubre de 1996 El periodo de intervencion estuvo comprendido entre Febrero y Julio de 1997 La evaluacion postintervencion se realizo entre Octubre y Diciembre de 1997

Hemos utilizado una serie de instrumentos para la recoleccion de datos referentes a los servicios existentes de atencion postaborto y a los cambios ocurridos despues de nuestra intervencion La mayoria de los hallazgos reportados en esta publicacion provienen de los siguientes tres instrumentos

Entrevistas de salida a pacientes y revisión de datos de la historia clínica

Las entrevistas a las pacientes fueron realizadas despues que la pacientes hubiera terminado su tratamiento, un momento antes de su egreso de la sala de hospitalizacion Los criterios de inclusion fueron la existencia de un embarazo no mayor de 16 semanas de gestacion, la ausencia de complicaciones y la aceptacion voluntaria de la paciente Las entrevistadoras obtuvieron un permiso verbal de cada paciente antes de iniciar la entrevista En esta publicacion se reportan los datos de 102 pacientes encuestadas en la linea de base y 103 pacientes en la fase postintervencion

Para cada una de las pacientes entrevistadas, las encuestadoras llenaron un formulario estructurado para obtener datos de la historia clinica En los casos de historias que carecian de datos, las encuestadoras entrevistaron al personal responsable de la atencion y/o revisaron los registros clinicos del hospital

Estudio de costos

Utilizando una metodologia de evaluacion rapida desarrollada por IPAS, encuestadoras capacitadas siguieron atentamente a una submuestra de 17 pacientes, desde el momento de su ingreso al hospital hasta su alta El numero de pacientes observados fue semejante tanto en la linea de base como en la postintervencion Los criterios de inclusion fueron semejantes a los ya descritos la existencia de un embarazo no mayor de 16 semanas de gestacion, la ausencia de complicaciones y la aceptacion voluntaria de la paciente Se obtuvo el permiso verbal de cada paciente y de los proveedores antes de iniciar cada observacion

Las encuestadoras registraron los tiempos de espera, los tiempos empleados en cada atencion recibida, asi como el tiempo empleado por todos y cada uno de los proveedores que intervinieron en la atencion Tambien registraron el tipo y la cantidad de medicamentos, suministros, equipos e instrumental empleado en la atencion de cada paciente

Posteriormente se calcularon los tiempos promedio empleados en cada intervencion del proceso de atencion, asi como los tiempos de espera y los recursos empleados Finalmente, se estimaron los costos de cada intervencion y del proceso total de la atencion postaborto

Revisión del libro de registro de sala de legrados

Se reviso el libro de registros de la sala de legrados, el mismo que es llenado en forma rutinaria por los medicos encargados de realizar el tratamiento de evacuar los restos del

producto de la concepcion de la cavidad uterina Estos datos sirvieron para determinar el uso de la tecnica de AMEU, especialmente en los casos de aborto incompleto ocurridos en pacientes con un tiempo de gestacion menor a 12 semanas

Intervención

En base a los datos obtenidos en la fase de preintervencion, el equipo tecnico del proyecto y los responsables de los servicios hospitalarios elaboraron un modelo integrado de APA Para poner en practica este modelo, se realizaron dos cursos de capacitacion dirigidos a personal seleccionado cuya participacion en la atencion postaborto era clave El primer curso fue dirigido a enseñar el uso de la tecnica de la AMEU y mejorar procesos relacionados al uso adecuado de esta tecnica, como la prevencion de infecciones, el manejo del dolor y la comunicacion entre pacientes y proveedores El segundo curso fue destinado a mejorar la calidad de la planificacion familiar postaborto y la comunicacion con la paciente Los participantes fueron luego evaluados y certificados como capacitadores Los capacitadores certificados capacitaron al resto del personal comprometido en la atencion postaborto Tambien, el Departamento de Obstetricia y Ginecologia desarrollo un sistema destinado a capacitar a los nuevos residentes e internos que inician su rotacion por el hospital cada año Esta actividad es esencial, pues residentes de Obstetricia y ginecologia e internas de Obstetricia son responsables de gran parte de la atencion postaborto

Antes de la intervencion, la atencion postaborto era una atencion que requeria de un periodo de hospitalizacion no menor a un dia de duracion Dicha atencion se prestaba en ambientes dispersos en todo el hospital y la paciente era conducida de un lado a otro del hospital en busca de atencion

Bajo el nuevo modelo, la atencion postaborto es un servicio ambulatorio que se realiza en una nueva unidad integrada de atencion de emergencia, la misma que inicio su funcionamiento en Agosto de 1997 La planificacion de esta nueva unidad se desarrollo despues de la evaluacion basal y los recursos para su construccion fueron provistos por el hospital, la Subregion de Salud I – Callao y la Direccion de Programas Sociales del Ministerio de Salud

Durante el desarrollo del proyecto tambien se realizaron una serie de cambios administrativos, como la reduccion de las tarifas de atencion a las pacientes con el nuevo modelo que incluye el uso de la AMEU y modificaciones importantes en la forma y tiempos de pago de tarifas por las pacientes y familiares

De esta manera los nuevos servicios de APA incluyen el tratamiento ambulatorio del aborto incompleto no complicado en la unidad de emergencia, con el uso de la tecnica de AMU, la entrega de informacion y orientacion a la paciente acerca de su condicion medica y aquella necesaria para su recuperacion, la entrega de informacion y consejeria en planificacion familiar y la entrega de metodos anticonceptivos a las pacientes que lo solicitan en forma libre e informada El equipo tecnico del proyecto y los responsables de los servicios hospitalarios supervisaron y vigilaron el proceso de implementar e institucionalizar este nuevo modelo de APA

Resultados

Caracteristicas de las mujeres entrevistadas

Las pacientes entrevistadas durante la linea de base y en el periodo de postintervencion tuvieron similares caracteristicas socio-demograficas Las mujeres de ambos grupos son semejantes en edad , estado civil, lugar de residencia y ocupacion No obstante, el grupo postintervencion presenta un nivel educativo significativamente mayor que el grupo preintervencion (Tabla 1) Como la educacion es un factor importante que puede influenciar tanto la calidad de atencion recibida y la percepcion de esta atencion, como la aceptacion y uso de metodos anticonceptivos, estamos analizando los datos tomando en cuenta esta diferencia de educacion existente entre ambos grupos

La tabla 2 presenta informacion acerca de de historia y los deseos reproductivos de las mujeres entrevistadas Hasta el momento no hemos encontrado mayor diferencia entre la historia y los deseos reproductivos de ambos grupos En efecto, la paridad, el deseo del embarazo actual, el deseo de no tener mas hijos y el tiempo deseado para espaciar el siguiente embarazo son semejantes en ambos grupos Mas de un tercio de las mujeres refirieron que el embarazo actual fue deseado Muy pocas mujeres manifestaron su deseo de iniciar una gestacion inmediatamente y casi un tercio en ambos grupo refirio no desear mas hijos

El conocimiento de metodos anticonceptivos fue casi universal en mabos grupos (Tabla 3) El uso previo de anticonceptivos fue mayor entre las mujeres del grupo basal que en aquellas entrevistadas despues de la intervencion Por otro lado, el uso de un metodo anticonceptivo al momento de iniciar el embarazo actual fue significativamente mayor entre las mujeres del grupo basal que entre aquellas del grupo postintervencion (52,6% vs 35,7%) Esta es tambien una diferencia que esta siendo tomada en cuenta en nuestros analisis en profundidad El ritmo fue el metodo mas usado en ambos grupos

Cuidados clínicos suministrados

El curetaje romo (tambien llamado legrado uterino instrumental o LUI) fue la tecnica universalmente empleada para la evacuacion de los restos intrauterinos del aborto incompleto durante la linea de base Todas estas mujeres recibieron sedacion profunda como analgesia durante el procedimiento de evacuacion

La Figura 1 muestra el incremento del uso de la tecnica de la AMEU desde el momento de su introduccion al hospital hasta el mes de diciembre de 1997 El primer curso de AMEU se realizo en febrero de 1997 El uso de AMEU se incremento a medida que mas medicos gineco-obstetras fueron capacitados y que el equipo estuvo disponible en la nueva unidad durante todo el dia La disminucion registrada en el mes de setiembre de 1997 se debio a la mudanza definitiva del centro obstetrico a la nueva unidad de postaborto en emergencia

Todas las 103 mujeres entrevistadas en la fase postintervencion fueron tratadas con la AMEU La gran mayoria de estas mujeres recibieron sedacion profunda como analgesia durante el procedimiento de evacuacion En algunos casos se utilizo ademas el bloqueo paracervical Este reporte no incluye los analisis de los resultados encontrados respecto a los diversos esquemas de analgesia empleados para el manejo del dolor

Cuando una mujer ingresaba al consultorio de emergencia por aborto incompleto un medico tomaba la anamnesis, realizaba el examen clinico necesario y, en caso necesario, indicaba los examenes auxiliares necesarios para diagnosticar un aborto incompleto Las mujeres encuestadas durante la linea de base refirieron que se les habia practicado 2,4 examenes pelvicos en promedio, mientras que en el grupo postintervencion dicho promedio fue de 1,8 examenes pelvicos por paciente Ademas, el porcentaje de mujeres a las que se les practico mas de 3 examenes pelvicos antes de la evacuacion de los restos disminuyo de 44% en la linea de base a 2% en la postintervencion

Información suministrada a las pacientes

Solo cerca del 10% de los medicos que realizaron la evacuacion de los restos se presentaron a la paciente Antes de la intervencion solo 10,8% de mujeres recibieron informacion sobre su diagnostico y 11,8% sobre los resultados de la intervencion quirurgica realizada Despues de la intervencion estos porcentajes se incrementaron a 21,4% y 29,1%, respectivamente

La entrega a las pacientes de otro tipo de informacion necesaria para ellas puedan cuidar su salud despues del egreso del hospital (como cuando regresar a la rutina diaria, cuando ocurriria el reinicio de la menstruacion y el acudir a una cita de control) se incrementaron despues de la intervencion No obstante, la entrega de otro tipo de informacion importante para el autocuidado y el autodiagnostico (como las indicaciones de mantener una adecuada higiene personal y abstinencia sexual, asi como la informacion sobre signos de alarma y señales de riesgo) disminuyeron despues de la intervencion

Las tres cuartas partes de las pacientes encuestadas en la linea de base refirieron que podrian recomendar los servicios de postaborto del Hospital Carrion Mientras que 98% de las pacientes encuestadas despues de la intervencion manifestaron esta actitud hacia el servicio

Percepciones de dolor

Durante las entrevistas de salida, se mostro a las pacientes una escala de 0 a 10 para medir la severidad del dolor percibido en etapas especificas de su hospitalizacion Un puntaje de 0 significaba ausencia de dolor y 10 representaba el maximo de dolor sentido alguna vez por la paciente

La Tabla 5 muestra los valores promedio durante las fases antes, durante y despues del procedimiento de evacuacion de los restos del aborto incompleto de todas las mujeres encuestadas en cada uno de los grupos pre y post intervencion El grupo de mujeres encuestadas durante la linea de base reportan una disminucion progresiva de su percepcion de dolor conforme progresa el proceso de atencion El grupo postintervencion refirio, en promedio, una percepcion de dolor significativamente menor durante la fase de preprocedimiento El dolor reportado por este grupo durante las dos otras fases del tratamiento, procedimiento y postprocedimiento, fueron semejantes en ambos grupos

Por otro lado, la proporcion de mujeres que refirio dolor intenso (puntaje mayor a 7 en la escala de dolor empleada) fue semejante antes y despues de la intervencion durante y despues del procedimiento quirurgico de evacuacion de restos intrauterinos Mientras

la proporcion de mujeres que refirieron haber sentido dolor severo durante la fase de preprocedimiento disminuyo significativamente despues de la intervencion

En ambos grupos, la linea de base y la evaluacion postintervencion cerca de tres cuartas partes de las mujeres reportaron haber estado conscientes durante procedimiento quirurgico de evacuacion de restos intrauterinos

Planificación familiar postaborto

Casi todos los indicadores de planificacion familiar se incrementaron despues de la intervencion (Tabla 6) La mayoria de pacientes durante la postintervencion refirieron haber recibido informacion acerca de la posibilidad real de iniciar una gestacion en forma inmediata y sobre planificacion familiar Despues de la intervencion, una cantidad significativamente mayor de pacientes decidieron iniciar el uso de un anticonceptivo antes de abandonar el hospital

Los entregados a ambos grupos de mujeres, pre y postintervencion, incluyeron un mezcla amplia de metodos que incluyo píldoras, inyectables, dispositivos intrauterinos y condones Tambien en ambos grupos de mujeres, casi la mitad de las mujeres que no decidieron iniciar el uso de un metodo anticonceptivo durante su hospitalizacion, recibieron una cita para el consultorio de planificacion familiar

Duración de la hospitalización

La duracion promedio del periodo de hospitalizacion disminuyo en forma importante despues de la intervencion Antes de la implementacion del nuevo modelo de APA la duracion promedio de la estancia hospitalaria era de 33,3 horas por paciente Con el nuevo modelo la estancia hospitalaria promedio fue de 6,4 horas por paciente El periodo de hospitalizacion se ha reducido en 81% El tiempo de espera hasta el procedimiento quirurgico tambien se ha reducido de 5,2 horas a 2,9 horas, una reduccion de 44%

Durante la linea de base las pacientes permanecian 8 horas en el centro obstetrico para la fase de procedimiento, despues de la intervencion las pacientes pasaron 0,86 hpras en la sala de AMEU

La mayor reduccion en el proceso de atencion ha ocurrido en la fase de postprocedimiento Antes de la intervencion las pacientes pasaban 20,1 horas en las salas de hospitalizacion del servicio de ginecologia Despues de la intervencion las pacientes pasan solo 2,6 horas en la sala de recuperacion de la nueva unidad de emergencia Una reduccion de 87% en la duracion de esta fase de la atencion

Discusión

La implementacion de un modelo integrado de APA requirio realizar modificaciones importantes en la oferta de servicios por el hospital Estos cambios incluyeron cambios en la practica clinica, cambios en la estructura de tarifas para las usuarias, cambios en la infraestructura, cambios en el instrumental medico, equipos, insumos y suministros, cambios en los sistemas de abastecimientos, y finalmente, cambios en las responsabilidades del personal Esta publicacion se centra en algunos de estos cambios que resultaron claves e indispensables para mejorar la calidad de la APA el uso de la AMEU, la informacion entregada a las pacientes, el manejo del dolor, la planificacion

familiar postaborto, la duracion de la estancia hospitalaria y el pago de tarifas por las pacientes En un periodo de 6 meses se logro una mejora importante de la calidad de la oferta de servicios de APA A pesar de este incremento global, algunos componentes de la calidad de la oferta de servicios permanecieron igual o disminuyeron

Uso de la AMEU

El uso de la AMEU se incremento en forma sostenida durante el estudio Actualmente mas del 80% de las pacientes con aborto incompleto, tributarias de esta tecnica, son tratadas con este procedimiento

La decision de usar el LUI es una decision basada en criterios clinicos (mujeres con embarazos mayores a 12 semanas) No obstante en el curso de la investigacion existieron tambien "razones administrativas" para preferir esta tecnica (ver mas adelante "Apoyo politico y administrativo")

Información suministrada a las pacientes

Un porcentaje relativamente mayor de mujeres en el grupo postintervencion refirio haber recibido informacion acerca de su diagnostico y tratamiento Sin embrago, persisten deficiencias en la entrega de informacion necesaria para el autocuidado y el autodiagnostico de la paciente con posterioridad al alta hospitalaria En efecto, algunos indicadores permanecieron iguales o disminuyeron en el grupo postintervencion Estas deficiencias pueden ser atribuidas a la disminucion del tiempo de hospitalizacion (sobre todo en la fase de postintervencion), a la tendencia del personal hospitalario a prestar menos atencion a las necesidades de informacion para seguimiento a las pacientes ambulatorias respecto a las hospitalizadas, o a la inferencia por parte del personal que por ser pacientes seleccionadas ("no complicadas") no necesitaban informacion para su seguimiento

Manejo del dolor

El manejo del dolor fue uno de los retos mas importantes para mejorar la calidad de la APA En ambos casos, durante la linea ade base como despues de la intervencion, las pacientes no recibieron ninguna medicacion para el dolor durante la fase de espera en emergencia antes de realizar la intervencion quirurgica No obstante, la percepcion de dolor referida por las mujeres durante la postintervencion disminuyo significativamente respecto a la linea de base

Esta disminucion del dolor percibido por las pacientes despues de la intervencion puede ser debida a las siguientes razones las pacientes esperaron menos tiempo antes del procedimiento (5,2 horas vs 2,9 horas) y les hicieron menos examenes pelvicos Adicionalmente, durante la linea de base las pacientes tuvieron una interaccion relativamente menos con los proveedores (en relacion al tiempo de duracion de la atencion), por lo que pasaron gran parte de su tiempo de espera relativamente solas En contraste, en la postintervencion las pacientes tuvieron menos tiempo de espera y por lo tanto un mayor contacto directo con los proveedores Este incremento relativo de atencion por parte del personal del hospital puede haber contribuido a disminuir las percepciones de dolor durante la espera en emergencia

Los protocolos de manejo clinico del dolor variaron poco despues de la intervencion En un 10% de casos se introdujeron nuevas formas de analgesia como bloqueo paracervical Los analisis de los datos de dolor aun no se han concluido y por lo tanto quedan todavia algunas interrogantes sobre este tema Estamos examinando la

influencia de la edad gestacional, el tamaño uterino, el numero de examenes pelvicos, el tipo de medicamentos suministrados y el estado de conciencia sobre las percepciones de dolor referidas por las pacientes, antes y despues de la intervencion

El manejo del dolor en la APA no ha sido aun suficientemente estudiado La informacion disponible no permite determinar aun cual es la combinacion de medicamentos que puede ofrecer el mayor alivio de la percepcion de dolor con la mayor seguridad y menor riesgo para la paciente

Planificación familiar postaborto

Como en la mayoria de hospitales de America Latina, la oferta de anticoncepcion postaborto era practicamente nula antes de la intervencion Esta deficiencia revelaba la falta de integracion entre los servicios de planificacion familiar y los servicios de ginecologia que prestan la atencion postaborto A pesar que los servicios de planificacion familiar estan equipados, cuentan con insumos y personal que visita regularmente las salas de hospitalizacion, la oferta de planificacion familiar postaborto era minima y el acceso de la mayoria de metodos estaba confinado al consultorio de planificacion familiar

A pesar que el personal del departamento de Ginecologia y Obstetricia habia recibido multiples capacitaciones en los ultimos 4 años, los esfuerzos para trasladar estos conocimientos a las pacientes eran practicamente nulos Entre los factores que contribuian a la deficiencia de la oferta de anticoncepcion postaborto se encontraban la distancia fisica entre el consultorio de planificacion familiar y las salas de hospitalizacion, la rotacion constante del personal, la baja prioridad asignada a las pacientes postaborto, el acceso fisico limitado a los metodos anticonceptivos y la falta de conocimiento del personal acerca de las percepciones y necesidades de las pacientes postaborto

A diferencia de otros estudios que reportan un bajo uso de anticonceptivos entre las pacientes postaborto al tiempo de iniciar la gestacion, nuestro estudio encontro que mas de la mitad de las mujeres entrevistadas en la linea de base y mas de un tercio de las encuestadas despues de la intervencion refirieron haber estado usando algun metodo anticonceptivo al momento de iniciar la gestacion La mayoria de mujeres estaban usando metodos poco efectivos (el metodo del ritmo) Estos hallazgos, junto con el deseo de la mayoria de las mujeres de espaciar o limitar un futuro embarazo, y la actitud de los proveedores para mejorar la entrega de informacion y servicios de planificacion familiar permitio incrementar en forma importante la oferta y la calidad de la planificacion familiar postaborto

No obstante, este componente no puede ser medido en forma aislada por el numero de mujeres que aceptan iniciar el uso de un metodo anticonceptivo antes del alta Las preocupaciones de las mujeres acerca de su salud son una prioridad sentida por ellas y pueden afectar la decision de iniciar el uso de algun anticonceptivo Mas de un tercio de las mujeres, antes y despues de la intervencion, refirieron que su embarazo fue deseado, aunque pudiera ser que algunas mujeres no hubieran querido calificar a su embarazo como no deseado o no planificado Sin embargo, las entrevistas en profundidad mostraron que los abortos de embarazos deseados fueron fuente de gran preocupacion para algunas pacientes (6) Por lo tanto, la entrega de informacion, orientacion, consejeria y la provision de metodos de planificacion familiar debe ser ajustada a las caracteristicas individuales de cada mujer

Duración de la hospitalización

Las largas estancias de los pacientes postaborto antes de la intervencion fue resultado de varios factores El mas importante fue el hecho que la atencion postaborto requeria de internamiento Esto significaba una espera por la disponibilidad del medico y el centro obstetrico El tiempo invertido para conseguir el dinero, por pacientes y/o familiares, para el pago previo de tarifas y la compra de medicamentos tambien demoraba el inicio del tratamiento El uso de LUI incluia una larga estancia en el servicio de ginecologia, a pesar que no era medicamente indispensable Mas aun, en algunos casos, el tiempo de hospitalizacion se extendio por la imposibilidad de cancelar la cuenta de hospitalizacion los dias domingos o feriados La excesiva duracion de la hospitalizacion fue una de las principales quejas expresadas durante las entrevistas en profundidad realizadas en la linea de base (7)

Los servicios ambulatorios de APA entregado en la unidad de emergencia fue el factor principal para la reduccion del tiempo total de la estancia hospitalaria durante la postintervencion La concentracion de todo el proceso de atencion (examen, procedimiento y recuperacion) en una sola unidad tambien contribuyo a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles Las modificaciones en la forma y tiempo de pago de las tarifas de los pacientes ayudaron tambien a reducir el tiempo de estancia y a disminuir los tiempos de espera en el proceso de atencion

Tarifas para las pacientes

Las intervenciones del estudio lograron una reduccion importante en las tarifas pagadas por las pacientes y/o sus familiares Antes de la intervencion las pacientes postaborto pagaban 80 nuevos soles (cerca de US $ 32) por la admision, el tratamiento y la hospitalizacion Ademas debias realizar otros gastos por examenes auxiliares y compra de medicamentos En promedio el gasto total de las pacientes era de US $ 53

Con la implementacion del nuevo modelo, las pacientes sometidas a la tecnica de AMEU pagaron 40 nuevos soles por la admision, el tratamiento y la hospitalizacion El gasto promedio total (incluyendo medicamentos y examenes auxiliares) disminuyo a US $ 37

Adicionalmente, antes de la intervencion las pacientes debian abonar las tarifas como requisito previo para iniciar el tratamiento Debido a ello, el tiempo invertido por la paciente, familiares o amigos para conseguir el dinero para el pago de estas tarifas o compra de medicamentos era el factor mas importante para iniciar el tratamiento Bajo el nuevo modelo, la atencion se inicia inmediatamente y no depende del prepago de tarifas o la compra de medicamentos

Lecciones aprendidas

Planificación familiar postaborto

La integracion de la planificacion familiar a la atencion postaborto en la nueva unidad de emergencia fue un reto No existia disponibilidad de anticonceptivos en la unidad de emergencia y no estaban establecidas las responsabilidades del personal acerca de la entrega de informacion y servicios de planificacion familiar, fuera del consultorio de planificacion familiar Adicionalmente, una oferta continua de servicios de

planificacion familiar (24 horas al dia todos los dias del año) necesita de una supervision y monitoreo especial

Las mejoras alcanzadas en la oferta de planificacion familiar postaborto se facilitaron gracias a la presencia de la alta competencia tecnica del consultorio de planificacion familiar La competencia y el compromiso del medico encargado de este consultorio fue un factor decisivo en el proceso de integracion y en establecer un sistema de abastecimiento de insumos anticonceptivos a la unidad de emergencia

La presencia, competencia y actitud del profesional obstetriz fue tambien un componente esencial en este proyecto Las obstetrices de la unidad de emergencia aceptaron incrementar su trabajo y responsabilidades para participar activamente en todo el proceso de la atencion postaborto y particularmente en la entrega de informacion y servicios de planificacion familiar postaborto

A pesar del obstaculo potencial que representaba la disminucion del tiempo de estancia hospitalaria, la presencia de personal capacitado en emergencia y la concentracion de todo el proceso de atencion en una sola unidad fue un factor primordial para mejorar la oferta y la calidad de informacion y servicios de planificacion familiar a las pacientes postaborto

Apoyo político y administrativo

El apoyo politico y administrativo para mejorar los servicios de APA fue factor importante para el mejoramiento de la calidad de atencion Un factor clave para lograr este apoyo fue encontrar los aspectos del nuevo modelo que pudieran interesar a cada directivo o administrador en particular

Actualmente, practicamente todos los servicios de salud se encuentran realizando procesos de reforma administrativa Los administradores de hospitales estan interesados en mejorar la eficiencia, disminuir los costos y mejorar la calidad de la atencion Ante la evidencia que la atencion postaborto es un servicio costoso, inefciente y de escasa calidad, lleva rapidamente a los administradores a buscar un modelo que baje los costos para el hospital, mejore la eficiencia en el uso de recursos disponibles e incremente la calidad de la atencion ofertada

Debido a que en el Peru los hospitales tienen la potestad de fijar por si mismos sus tarifas de atencion, la reduccion del tiempo de hospitalizacion y de los costos para el hospital llevaron a disminuir las tarifas para las pacientes tratadas con AMEU Adicionalmente, evidenciar la relacion entre la disminucion de la estancia y la disminucion de costos llevo a la administracion a no retrasar el inicio del tratamiento por el prepago de las tarifas

Al iniciar el nuevo modelo de atencion, las pacientes que no podian cancelar las tarifas asignadas a la AMEU eran sometidas a LUI, bajo el modelo previo hospitalizacion Esta practica ilogica afectaba la calidad de la atencion y ocasionaba un mayor retraso para conseguir los recursos para pagar las tarifas y por lo tanto alargaba el tiempo de estancia hospitalaria, incrementando los costos para la institucion Finalmente, los administradores "descubrieron"que esta practica tiene un impacto financiero negativo en el presupuesto del hospital y ahora todos los servicios de APA (ya sea por AMEU o LUI) se prestan en forma inmediata y dependiendo de razones clinicas y no administrativas

Las reducciones en las tarifas hospitalarias han reducido una importante barrera que limita el acceso de las pacientes Idealmente, la reduccion de los costos permite que con tarifas razonables el hospital pueda ser capaz no solo de recuperar los costos y sino tambien de generar un fondo para cubrir los costos generados por pacientes que no pueden cubrir en forma parcial o total el pago de los servicios requeridos

Capacitacion y desarrollo de servicios

La capacitacion de los proveedores es un elemento esencial No obstante sin un seguimiento adecuado es imposible lograr cambios en la oferta de servicios La capacitacion incrementa los conocimientos y motiva al personal pero es insuficiente para mejorar, por si sola, la calidad de la atencion

Un elemento importante de nuestro estudio fue la certificacion de los capacitadores La certificacion fue un elemento importante de motivacion y un mecanismo para incrementar la calidad

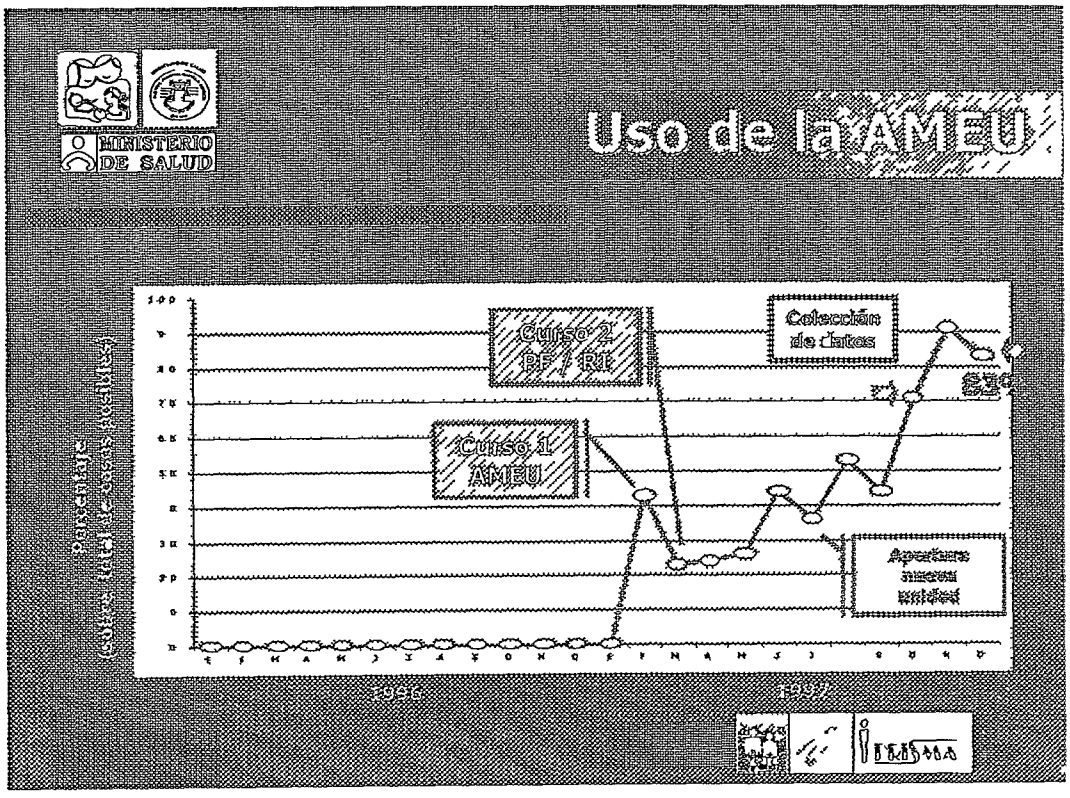
Otro elemento importante fue el trabajo conjunto entre el personal del proyecto, el personal de hospital (tecnico y administrativo) y el personal directivo del Ministerio de Salud La coordinacion constante, la supervision y el monitoreo conjunto permitieron una entrega eficiente de la asistencia tecnica y resolver rapidamente la mayoria de los problemas encontrados

La construccion y habilitacion de la nueva unidad de emergencia facilito la implementacion del nuevo modelo de APA No obstante se requirio un esfuerzo especial para planificar el modelo y ponerlo en practica junto con la inauguracion de la nueva unidad Por ello, el proyecto aprovecho al maximo las oportunidades disponibles durante el tiempo transcurrido entre la capacitacion y la apertura de la nueva unidad Durante este tiempo se incremento progresivamente el uso de la AMEU, se capacito al personal y se realizaron los cambios en los procesos administrativos Una vez inaugurada la nueva unidad, el modelo integrado de APA fue puesto en practica como un todo

Obviamente, pocos hospitales en el Peru y en America Latina tienen la capacidad y/o los recursos para realizar cambios de infraestructura en esta magnitud No obstante, pensamos que para alcanzar cambios en la calidad de la atencion y mejorar la actitud del personal es necesario e imprescindible realizar cambios en la infraestructura, aun cuando estos puedan ser tan pequeños como cambiar el color de las paredes o mejorar de alguna manera la privacidad de las pacientes

Figura 1

Porcentaje de casos apropiados de aborto incompleto no complicados tratados con AMEU
Hospital Daniel A Carrion Callao - Peru



Variable	Pre-Intervención	Post-Intervención
Edad promedio	27,1 años	27, 8 años
Estado civil		
Casada	30,2%	34,8%
En union	54,2%	39,1%
Soltera	11,5%	25,0%
Otros	4,1%	1,1%
Nivel educativo		
Ninguno	1,0%	0%
Primaria	22,5%	11,8%
Secundaria	62,7%	63,7%
Superior	13,8%	24,5%
Ocupación		
Ama de casa	62,7%	60,3%
Empleo con beneficios	17,6%	17,5%
Empleo sin beneficios	10,8%	12,5%
Otros	8,9%	9,7%
	n = 102	n = 103

Tabla1 Caracteristicas socio-demograficas de las pacientes postaborto

2.4

Variable	Pre-Intervención	Post-Intervención
Gestaciones previas		
1	21,6%	32,0%
2-3	44,1%	38,9%
4 o +	34,3%	29,1%
Embarazo actual deseado	37,2%	36,9%
No desea más hijos	29,7%	24,5%
Tiempo para un nuevo embarazo		
< 3 meses	1,4%	8,8%
4m – 2 años	47,8%	48,5%
> 2 años	50,7%	42,6%
	n = 102	n = 103

Tabla2 Historia y deseos reproductivos de las pacientes postaborto

Variable	Pre-Intervención	Post-Intervención
Conocimiento de métodos de planificacion familiar	98,0%	92,2%
Uso de métodos de planificación familiar	96,0%	73,3%
Uso de métodos al momento de iniciar la gestación	52,6%	35,7%
	n = 102	n = 103

Tabla3 Historia de planificacion familiar de las pacientes postaborto

Variable	Pre-Intervención	Post-Intervención
Identificación del médico	8,8%	12,7%
Diagnóstico	10,8%	21,4%
Tratamiento necesario	9,8%	8,7%
Resultados de la intervención	11,8%	29,1%
Información para seguimiento		
Higiene personal	54,5%	36,3%
Retorno a rutina	7,9%	26,5%
Reinicio de menstruación	9,9%	25,5%
Abstinencia	61,8%	33,0%
Signos de alarma		
Dolor	62,0%	20,6%
Sangrado severo	51,5%	22,5%
Secrecion vaginal	23,7%	20,0%
Fiebre	60,8%	21,4%
Escalofrios	26,3%	23,3%
Desmayo	23,2%	21,4%
Cita de control	59,8%	69,6%
	n = 102	n = 103

Tabla4 Informacion suministrada a las pacientes postaborto

Variable	Puntaje promedio		% con puntaje mayor de 7	
	Pre Intervención	Post Intervención	Pre Intervención	Post Intervención
Antes del procedimiento	5,8	4,1	44,1%	28,4%
Durante el procedimiento	4,8	5,1	31,9%	32,9%
Después del procedimiento	1,0	1,4	1,0%	1,0%
	n = 102	n = 103	n = 102	n = 103

Tabla5 Percepciones de dolor reportadas por las pacientes postaborto

Variable	Pre-intervención	Post-intervención
Información/consejería	18,2%	77,7%
Riesgo de embarazo inmediato	38,4%	64,1%
Aceptación de métodos anticonceptivos		
Antes del alta	1,9%	59,2%
Después del alta	27,5%	8,7%
TOTAL	29,4%	67,9%
Métodos aceptados antes del alta (n)		
Inyectable	-	33
Píldora	-	23
DIU	1	5
LTB	1	-
Fuente de suministro/control para aceptantes	50,0%	91,0%
Cita para no aceptantes	50,0%	46,3%
	n = 102	n = 103

Tabla6 Servicios de planificacion familiar entregados a las pacientes postaborto

Bibliografía

1 Population Reference Bureau 1997 World Population data Sheet Washington, DC 1997

2 CervantesR, Watanabe T and Denegri J Muerte materna y perinatal en los hospitales del Peru Lima Ministerio de Salud/Sociedad Peruana de Obstericia y Ginecologia, 1988

3 Alan Guttmacher institute, Clandestine Abotion A Latin American Reality New York 1994

4 Singh S and Wulf D Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries International Family Planning Perspectives 1994, 20(1) 4-13

5 Ibid

6 Benson J And Huapaya V An Operations Research Project To Test an Integrated Hospital-Based Model of Treatment for Abortion Complications and Delivery of family Planning in Peru Technical Report of Baseline Phase INOPAL III, 1997

7 Ibid

Anexo 1

Global Meeting on Postabortion Care Advances and challenges in Operations Research

Population Council, New York

January 19-21, 1998

Provider Practices and Patients Perspectives in an Integrated

Postabortion Care Model in Peru

BUENAS TARDES, HOY VAMOS A PRESENTAR ALGUNOS DE LOS RESULTADOS DE UNA INVESTIGACION DESTINADA A ENCONTRAR UN MODELO PARA INTEGRAR LOS SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO Y DE PLANIFICACION FAMILIAR A NIVEL HOSPITALARIO EN EL PERU

(DIAPOSITIVA 1) EN EL PERU, COMO EN LA MAYORIA DE LOS PAISES DE AMERICA LATINA EL ABORTO ES CAUSA IMPORTANTE DE PROBLEMAS QUE AFECTAN LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, SUS PAREJAS Y SUS FAMILIAS VISTO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD, EL PROBLEMA DEL ABORTO ES BASICAMENTE UN DESEQUILIBRIO ENTRE OFERTA Y DEMANDA.

POR UN LADO, SEA INDUCIDO O ESPONTANEO, MUCHAS MUJERES SUFREN UN ABORTO EN CONDICIONES DE RIESGO UNA PARTE IMPORTANTE DE ESTAS MUJERES TIENEN COMPLICACIONES SERIAS DERIVADAS DEL ABORTO Y MUCHAS MUEREN AUN COMO CONSECUENCIA DE DICHAS COMPLICACIONES GRAN PARTE DE LAS COMPLICACIONES SERIAS Y LAS MUERTES POR ABORTO SON CAUSA DE UN RETRASO EN LA DECISION DE BUSCAR ATENCION O EN LA DIFICULTAD DE ACCEDER A UN SERVICIO DE SALUD QUE LAS MUJERES PERCIBEN COMO DE ESCASA CALIDAD Y PIENSAN QUE NO ES CAPAZ DE SATISFACER SUS NECESIDADES EN RESUMEN, LA DEMANDA POR SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO ES IMPORTANTE Y POTENCIALMENTE EXISTE EN TODO LUGAR DEL PAIS DONDE EXISTA UNA MUJER CON UN EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS

POR OTRA PARTE, EN EL PERU, LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO ES LIMITADA, SE ENCUENTRA CONCENTRADA EN HOSPITALES Y EN LAS GRANDES CIUDADES, CON FRECUENCIA LOS SERVICIOS DISPONIBLES SON COSTOSOS (TANTO PARA LAS INSTITUCIONES COMO PARA LAS USUARIAS) Y LAS USUARIAS DEBEN SUPERAR MULTIPLES BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE ESCASA CALIDAD QUE REALMENTE NO SATISFACEN SUS NECESIDADES EN RESUMEN, LA OFERTA ACTUAL DE ATENCION POSTABORTO ES LIMITADA, DE ESCASA CALIDAD Y DE BAJA ACEPTABILIDAD

AFORTUNADAMENTE EN EL PERU, TANTO EL ESTADO COMO LA SOCIEDAD CIVIL, SON CADA VEZ MAS CONCIENTES QUE MEJORAR LA ATENCION POSTABORTO ES UN PROBLEMA PRIORITARIO Y QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR POSTABORTO ES UN ELEMENTO IMPORTANTE E INDISPENSABLE EN LA SOLUCION DE ESTE PROBLEMA COMO CONSECUENCIA DE ESTA ACTITUD, EN 1996, EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR RECONOCE PRIMERA VEZ EN FORMA OFICIAL, QUE EL ABORTO ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA QUE EL PERU DEBE ENFRENTAR Y SUPERAR

PARA ENFRENTAR ESTE PROBLEMA EL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU SOLICITO LA AYUDA DE IPAS Y EL POPULATION COUNCIL A TRAVES DEL PROYECTO INOPAL III DE LA AGENCIA INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, PARA DESARROLLAR Y PROBAR UN MODELO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ATENCION A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO, QUE RESPONDA A LAS NECESIDADES DE LAS USUARIAS, INCLUYENDO LA SATISFACCION DE SUS NECESIDADES POR INFORMACION Y SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

UNA VEZ DESARROLLADO EL MODELO, EL MINISTERIO DE SALUD TIENE PLANEADO EMPLEAR LAS EXPERIENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS DEL PROYECTO, EN MEJORAR LOS SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO DE OTROS HOSPITALES DEL PAIS

(DIAPOSITIVA 2) EL PROYECTO FUE DISEÑADO COMO UN ESTUDIO DEL TIPO DE EVALUACION PRE Y POST INTERVENCION LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO FUERON

1 DESARROLLAR E INSTITUCIONALIZAR UN MODELO DE ATENCION POSTABORTO,

2 INTEGRAR LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, Y

3 DOCUMENTAR EL EFECTO DEL MODELO Y DE SU INTEGRACION CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR SOBRE LA CALIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO

(DIAPOSITIVA 3) EL PROYECTO SE DESARROLLO EN EL HOSPITAL DANIEL A. CARRION UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL CON 386 CAMAS, LOCALIZADO EN LA PROVINCIA DEL CALLAO QUE FORMA PARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. EL HOSPITAL PRESTA SERVICIOS A UNA POBLACION ESTIMADA DE 1 MILLON DE HABITANTES, 29 POR CIENTO DE LOS CUALES SON MUJERES EN EDAD FERTIL

EL HOSPITAL CARRION ATIENDE 100 MIL CONSULTAS EXTERNAS Y UNAS 15 MIL HOSPITALIZACIONES POR AÑO DEL TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS ANUALMENTE, EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ATIENDE 5 MIL MUJERES POR ATENCION DE PARTO Y 600 MUJERES POR ABORTO INCOMPLETO

(DIAPOSITIVA 4) ANTES DE INICIAR LAS ACTIVIDADES DE NUESTRO PROYECTO, REVISAMOS 4 EXPERIENCIAS PREVIAS DE ESFUERZOS DESTINADOS A PARA MEJORAR LA ATENCION POSTABORTO EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL VISITANDO ESTOS 4 HOSPITALES Y

ENTREVISTANDO AL PERSONAL TECNICO Y ADMINISTRATIVO INVOLUCRADO EN LA ATENCION POSTABORTO, IDENTIFICAMOS LOS SIGUIENTES PROBLEMAS

1 LA NECESIDAD DE DIRIGIR NUESTROS ESFUERZOS DE CAPACITACION HACIA EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ATENCION DIRECTA DE LAS PACIENTES POSTABORTO POR LO QUE DIRIGIMOS NUESTRAS INTERVENCIONES A CAPACITAR MEDICOS RESIDENTES, OBSTETRICES Y MEDICOS ASISTENTES ENCARGADOS DIRECTAMENTE DE LA CAPACITACION DE RESIDENTES E INTERNOS

2 LA NECESIDAD DE TRABAJAR EN FORMA CONJUNTA CON LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL Y NO SOLO CON EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. POR LO QUE, DESDE EL PRIMER MOMENTO NUESTRO TRABAJO FUE CON LA PARTICIPACION DE LA DIRECCION DEL HOSPITAL, ADEMAS DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

3 LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN MECANISMO QUE PERMITA QUE AL TERMINAR EL PROYECTO, EL HOSPITAL PUEDA MANTENER UN ABASTECIMIENTO ADECUADO DE LOS EQUIPOS DE AMEU

4 LA FALTA DE AUTORIZACION OFICIAL PARA EL USO DE LOS EQUIPOS DE AMEU

LOS DOS PROBLEMAS FUERON SUPERADOS LOGRANDO EL REGISTRO SANITARIO DE LOS EQUIPOS DE AMEU MEDIANTE UN DISTRIBUIDOR PRIVADO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA OFICIALIZAR SU USO Y DISTRIBUCION COMERCIAL EN EL PAIS, HECHO QUE FAVORECE EL ABASTECIMIENTO CONTINUO DE EQUIPOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y A PROVEEDORES INDIVIDUALES

5 FINALMENTE, EL ESTIGMA SOCIAL DEL ABORTO QUE HACIA QUE TANTO PROVEEDORES COMO ADMINISTRADORES NO DESARROLLARAN UN MAYOR ESFUERZO PARA MEJORAR LA ATENCION POSTABORTO POR LO QUE DEFINIMOS UNA ESTRATEGIA BASADA EN MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DESTINADOS A TRATAR UNA DE LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DEL EMBARAZO EL ABORTO

(DIAPOSITIVA 5) EL PERIODO DE INTERVENCION ESTUVO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO Y JULIO DE 1997 Y DURANTE EL DESARROLLAMOS LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES

- DOS CURSOS DE CAPACITACION PARA CAPACITADORES EL PRIMERO DIRIGIDO FUNDAMENTALMENTE A LA ENSEÑANZA DE LA TECNICA DE LA AMEU Y EL SEGUNDO AL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS QUE HICIERAN POSIBLE EL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCION POSTABORTO, COMO LA COMUNICACION INTERPERSONAL Y LA PLANIFICACION FAMILIAR POSTABORTO

- CERTIFICAR A MEDICOS EN EL USO CORRECTO DE LA TECNICA DE AMEU Y EN LA ENSEÑANZA DE LA ATENCIÓN POSTABORTO

- PRESTAR ASISTENCIA TECNICA AL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA Y A LA ADIMINISTRACION DEL HOSPITAL PARA LA INTRODUCCION DE LA AMEU Y EL DESARROLLO DEL MODELO DE APA.

- CAPACITAR Y MONITORIZAR EL TRABAJO DE LOS MEDICOS, RESIDENTES Y OBSTETRICES INVOLUCRADOS EN LA ATENCION POSTABORTO,

- APOYAR LA REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO, DESARROLLANDO UN SISTEMA AMBULATORIO CON LAS VENTAJAS QUE DESCRIBIREMOS MAS ADELANTE, Y

- FINALMENTE, LOS RESULTADOS DE NUESTRA EVALUACION PREINTERVENCION MOTIVARON A LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL A CONSTRUIR UNA NUEVA UNIDAD DE EMERGENCIA OBSTETRICA QUE INCLUYE FACILIDADES PARA LA ATENCION AMBULATORIA DE LA ATENCION POSTABORTO

(DIAPOSITIVA 6) LA COLECCION DE DATOS PRE INTERVENCION SE DESARROLLO ENTRE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE DE 1996 LA EVALUACION POSTINTERVENCION SE REALIZO ENTRE OCTUBRE Y DICIEMBRE DE 1997 HEMOS UTILIZADO UNA SERIE DE INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS, PERO HOY PRESENTAREMOS LOS ANALISIS PRELIMINARES DE CUATRO DE ESTOS INSTRUMENTOS

- ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS A A 102 PACIENTES EN LA PREINTREVENCION Y 103 EN LA EVALUACION POST INTERVENCION

- DATOS DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS MISMOS PACIENTES

- ESTUDIO DE COSTOS REALIZADO POR UNA METODOLOGIA DE EVALUACION RAPIDA DESARROLLADA POR IPAS EN UNA SUBMUESTRA DE 17 PACIENTES, PRE Y POSTINTERVENCION

- EL SEGUIMIENTO Y REVISION DE LAS ESTADISTICAS OBTENIDAS DEL LIBRO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA SALA DE LEGRADOS

(DIAPOSITIVA 7) HASTA EL MOMENTO HEMOS ENCONTRADO LOS SIGUIENTES RESULTADOS

1 LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES ENTREVISTADAS EN LOS GRUPOS PRE Y POSINTERVENCION SON SIMILARES EN EDAD , ESTADO CIVIL Y (DIAPOSITIVA 8) OCUPACION

NO OBSTANTE, EL GRUPO POSTINTERVENCION PRESENTA UN NIVEL EDUCATIVO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR QUE EL GRUPO PRE INTERVENCION COMO LA EDUCACION ES UN FACTOR IMPORTANTE QUE PUEDE INFLUENCIAR TANTO LA CALIDAD DE ATENCION RECIBIDA Y LA PERCEPCION DE LA ATENCION RECIBIDA, COMO LA ACEPTACION Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTAMOS ANALIZANDO LOS DATOS TOMANDO EN CUENTA ESTA DIFERENCIA DE EDUCACION EXISTENTE ENTRE AMBOS GRUPOS

2 (DIAPOSITIVA 9) POR OTRO LADO, HASTA EL MOMENTO CASI NO HEMOS ENCONTRADO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA HISTORIA Y LOS DESEOS REPRODUCTIVOS DE AMBOS GRUPOS

EN EFECTO, LA PARIDAD, EL DESEO DEL EMBARAZO ACTUAL Y EL DESEO DE NO TENER MAS HIJOS ES SEMEJANTE EN AMBOS GRUPOS

(DIAPOSITIVA 10) EL TIEMPO DESEADO PARA ESPACIAR EL SIGUIENTE EMBARAZO TAMBIEN TAMPOCO MUESTRA DIFERENCIA ENTRE AMBOS GRUPOS

3 (DIAPOSITIVA 11) POR OTRO LADO, MIENTRAS AMBOS GRUPOS SON SEMEJANTES EN EL CONOCIMIENTO Y USO PREVIO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, EL USO DE UN METODO ANTICONCEPTIVO AL MOMENTO DE INICIAR EL EMBARAZO ACTUAL FUE SIGNIFICATIVAMENTE MENOR ENTRE LAS MUJERES DEL GRUPO POSTINTERVENCION ESTA ES TAMBIEN UNA DIFERENCIA QUE ESTA SIENDO TOMADA EN CUENTA EN NUESTROS ANALISIS EN PROFUNDIDAD

4 (DIAPOSITIVA 12) LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RELACION AL OBJETIVO DE DESARROLLAR E INSTITUCIONALIZAR UN MODELO DE ATENCION POSTABORTO HAN SIDO LOS SIGUIENTES

EL PRIMER RESULTADO HA SIDO TRANSFORMAR UN MODELO DE ATENCION HOSPITALARIO QUE DURABA 33 HORAS 21 MINUTOS EN UN MODELO AMBULATORIO DE 6 HORAS 24 MINUTOS DE DURACION ESTA REDUCCION ES EVIDENTE EN CADA UNA DE LAS FASES DE LA ATENCION EL PUNTO PRINCIPAL DE ESTOS AHORROS FUE DISMINUIR O ELIMINAR EL MAXIMO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA, TRAMITES O PROCESOS QUE NO ERAN ESTRICTAMENTE NECESARIOS O INDISPENSABLES PARA UNA ATENCION DE CALIDAD

POR OTRO LADO, EN AMBOS CASOS EL TIEMPO DE INTERACCION CON EL PERSONAL FUE MUY SEMEJANTE (3 HORAS 36 MINUTOS EN LA PRE INTERVENCION Y 3 HORAS 12 MINUTOS EN LA POST INTEREVENCION) POR LO TANTO, UN EFECTO IMPORTANTE DE LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE ATENCION FUE INCREMENTAR LA PROPORCION DEL TIEMPO DE INTERACCION PROVEEDOR/USUARIO DURANTE EL PROCESO DE ATENCION

ANTES DE LA INTERVENCION CADA PACIENTE PASABA EL 90 % DE SU PERMANENCIA EN EL HOSPITAL (33 HORAS 21 MINUTOS) SIN CONTACTO CON EL PERSONAL DEL HOSPITAL DESPUES DE LA INTERVENCION, EL 50% DEL TIEMPO DE SU PERMANENCIA EN EL HOSPITAL, LA PACIENTE ESTA EN CONTACTO CON EL PERSONAL DEL SERVICIO

(DIAPOSITIVA 13) LA DISMINUCION DE PROCESOS INNECESARIOS PARA LOGRAR UNA ATENCION DE CALIDAD HA GENERADO EL SEGUNDO RESULTADO DISMINUIR DE 119 DOLARES A 45 DOLARES EL COSTO DE LA ATENCION POSTABORTO ESTA DISMINUCION DEL COSTO TOTAL ES RESULTADO DE UNA DISMINUCION DE LOS COSTOS DE OPERACION QUE IMPLICA UN PROCESO DE HOSPITALIZACION EXCESIVA E INNECESARIAMENTE LARGO ES DECIR SE HA REDUCIDO AL MAXIMO LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD

NO OBSTANTE, PODEMOS OBSERVAR LOS COSTOS DE LOS RUBROS DE PERSONAL Y MEDICAMENTOS SE HAN INCREMENTANDO ESTO SE DEBE A LO SIGUIENTE

- EN LA PREINTERVENCION, GRAN PARTE DE LA ATENCION A UNA PACIENTE POSTABORTO ERA PRESTADA POR ESTUDIANTES DE PREGRADO, PERSONAL SIN COSTO PARA EL ESTABLECIMIENTO, QUE CARECIAN DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES NECESARIAS Y NO SATISFACIAN LAS NECESIDADES DE LAS PACIENTES DESPUES DE LA INTERVENCION, LA MAYOR PARTE DE LA ATENCION ES REALIZADA POR EL PERSONAL DE PLANTA, QUE A DIFERENCIA DE LAS ESTUDIANTES RECIBEN UN SALARIO DE LA INSTITUCION Y QUE ADEMAS DE TENER MEJORES COMPETENCIAS Y HABILIDADES HAN SIDO APROPIADAMENTE CAPACITADAS DURANTE NUESTRA INTEREVENCIONES

- EL RUBRO DE MEDICAMENTOS POSTINTERVENCION INCLUYE EL COSTO DE LOS EQUIPOS DE AMEU, LOS MISMOS QUE HAN SIDO INTRODUCIDOS AL HOSPITAL SIGUIENDO LAS NORMAS ADMINISTRATIVAS VIGENTES Y POR LO TANTO TIENE UN VALOR COMERCIAL QUE PERMITE PRESUPUESTAR SU REEMPLAZO

LOS INCREMENTOS EN LOS RUBROS DE PERSONAL Y MEDICAMENTOS SON PUES LOS COSTOS DE LA CALIDAD AFORTUNADAMENTE EN NUESTRO CASO, EL BALANCE HA SIDO POSITIVO Y EL INCREMENTO DE LA CALIDAD HA PODIDO REALIZARSE CON UNA DISMINUCION SIGNIFICATIVA DEL COSTO TOTAL DEL PROCESO DE LA ATENCION

DEBEMOS MENCIONAR TAMBIEN QUE LA TARIFA HOSPITALARIA DE LA ATENCION POSTABORTO SE HA REDUCIDO A LA MITAD, DISMINUYENDO ASI LOS GASTOS PARA LAS USUARIAS ADICIONALMENTE, LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL HA ESTABLECIDO UN SISTEMA DE TARIFAS DIFERENCIADAS QUE PERMITE ADAPTAR DICHAS TARIFAS A LA CAPACIDAD DE PAGO DE LAS PACIENTES TAMBIEN, LA ADMINISTRACION VIGILA QUE LOS PAGOS DE LAS TARIFAS HOSPITALARIAS NO SEAN UN REQUISITO PREVIO A LA PRESTACION DE LA ATENCION POSTABORTO, COMO ERA EN EL MODELO ANTES DE LA INTERVENCION

(DIAPOSITIVA 14) EL TERCER RESULTADO EN EL DESARROLLO E INSTITUCIONALIZACION DEL MODELO DE ATENCION HA SIDO LA INTRODUCCION Y EL USO PROGRESIVO DE LA TECNICA DE AMEU LA REVISION DEL LIBRO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS NOS MUESTRA QUE UN INCREMENTO PROGRESIVO DEL USO DE LA AMEU ACTUALMENTE EL HOSPITAL EMPLEA ESTE PROCEDIMIENTO EN EL 83 % DE LOS CASOS DE ABORTO INCOMPLETO NO COMPLICADO SUCEPTIBLES DE SER TRATADOS CON LA TECNICA DE AMEU

ADICIONALMENTE, EL HOSPITAL HA INICIADO EL USO DE LA TECNICA DE AMEU EN OTRAS INTERVENCIONES COMO LEGRADOS BIOPSICOS, EMBARAZOS MOLARES Y ABORTOS FRUSTOS

5 (DIAPOSITIVA 15) EN LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR HEMOS TENIDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS

PRIMERO SE HA MEJORADO EN FORMA SIGNIFICATIVA LA ENTREGA DE INFORMACION Y LA OFERTA DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR HABIENDOSE INCREMENTANDO TAMBIEN LA ENTREGA DE INFORMACION SOBRE EL RIESGO DE EMBARAZO INMEDIATO Y LOS SERVICIOS DISPONIBLES PARA EL CONTROL O REABASTECIMIENTO POSTERIOR DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN USO NO OBSTANTE, SE MANTIENE IGUAL LA OFERTA DE UNA CITA DE CONTROL EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES QUE NO ACEPTARON INICIAR UN METODO ANTICONCEPTIVO DURANTE SU HOSPITALIZACION

(DIAPOSITIVA 16) LA MEJORA EN LA ENTREGA DE INFORMACION Y OFERTA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HA PERMITIDO INCREMENTAR EN FORMA SIGNIFICATIVA LA ACEPTACION DE METODOS ANTICOCEPTIVOS DURANTE LA HOSPITALIZACION ACTUALMENTE 59% DE LAS PACIENTES SALEN DE ALTA HABIENDO ACEPTADO ALGUN METODO MODERNO EL METODO PREFERIDO POR EL GRUPO DE PACIENTES POSTINTERVENCION FUE EL INYECTABLE

6 (DIAPOSITIVA 17) POR OTRO LADO, EL MODELO DESARROLLADO HA TENIDO DIVERSOS EFECTOS SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCION POSTABORTO LA ATENCION MAS RAPIDA, EFECTIVA Y EFICIENTE POR UN PERSONAL MEJOR CAPACITADO Y COMPETENTE HA LOGRADO QUE LA PERCEPCION DE DOLOR DISMINUYA SIGNIFICATIVAMENTE EN LA FASE DE ESPERA EN EMERGENCIA ANTES DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE EVACUACION EN CONSECUENCIA, LAS MUJERES DEL GRUPO POSTINTERVENCION REPORTAN CON MENOR FRECUENCIA HABER SENTIDO UN DOLOR SEVERO DURANTE SU ESPERA EN EMERGENCIA.

(DIAPOSITIVA 18) ESTA MEJORA DE LA CALIDAD SE EVIDENCIA EN LA PERCEPCION DE LAS PACIENTES SOBRE UNA ATENCION INMEDIATA, EN LA REDUCCION DE PROCEDIMIENTOS INNECESARIOS QUE PUEDEN SER PERCIBIDOS COMO MALTRATO COMO LA DISMINUCION DEL NUMERO DE EXAMENES PELVICOS Y FINALMENTE , SE EXPRESA EN LA RECOMENDACION DEL SERVICIO A FAMILIARES O AMIGAS QUE PUDIERAN SUFRIR UN ABORTO

(DIAPOSITIVA 19) AUN CUANDO NO HEMOS TERMINADO EL ANALISIS DE LA INFORMACION, LOS DATOS DISPONIBLES NOS PERMITEN AFIRMAR QUE ALGUNOS COMPONENTES DE LA CALIDAD COMO CONOCER QUIEN ES EL MEDICO QUE ESTA REALIZANDO LA ATENCION Y LA ENTREGA DE INFORMACION A LAS PACIENTES SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO REALIZADO NO PARECEN HABERSE INCREMENTADO EN FORMA SIGNIFICATIVA

(DIAPOSITIVA 20) TAMBIEN HEMOS ENCONTRADO QUE LA ENTREGA DE INFORMACION A LAS PACIENTES NECESARIA PARA QUE PUEDAN MANEJAR ADECUADAMENTE SU PROCESO DE RECUPERACION EN EL POSTABORTO NO SOLO ES AUN INSUFICIENTE SINO QUE EN ALGUNOS CASOS HA DISMINUIDO ESTE ES UN PROBLEMA IMPORTANTE QUE EL MODELO DEBE SUPERAR

7 (DIAPOSITIVA 21) POR ULTIMO, ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL PROYECTO HA TENIDO UN EFECTO ALTAMENTE POSITIVO SOBRE LOS ADMINISTRADORES DEL HOSPITAL LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION INICIAL LOGRARON QUE EL MINISTERIO DE SALUD, LA UNIDAD SUBREGIONAL DE SALUD Y SOBRETODO LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL SE DECIDIERA A INVERTIR RECURSOS DEL TESORO PUBLICO PARA CONSTRUIR UNA NUEVA UNIDAD DE EMERGENCIA OBSTETRICA QUE INCLUYE FACILIDADES PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL ABORTO INCOMPLETO

DE ESTA MANERA UNA INFRAESTRUCTURA Y UN EQUIPAMIENTO DEFICIENTES Y DISPERSOS QUE CONSTITUIA UNA BARRERA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO Y EL USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES, PERO QUE ADEMAS BRINDABA ESCASAS O NULAS FACILIDADES PARA SATISFACER ALGUNAS NECESIDADES ELEMENTALES DE BIENESTAR Y COMFORT PARA PACIENTES Y PROVEEDORES FUE REEMPLAZADA POR (DIAPOSITIVA 22) UNA NUEVA UNIDAD CUYA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO PERMITE A LOS PROVEEDORES ESTAR MAS CERCA LAS PACIENTES, BRINDA A AMBOS, PACIENTES Y PROVEEDORES, UN AMBIENTE CALIDO Y COMFORTABLE, Y PERMITE QUE LOS PROVEEDORES PUEDAN PONER EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES ADQUIRIDOS DURANTE LA INTERVENCION PARA PONER EN PRACTICA EL NUEVO MODELO DE ATENCION POSTABORTO QUE INTEGRA LA OFERTA DE INFORMACION Y SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

(DIAPOSITIVA 23) PARA TERMINAR, QUEREMOS COMPARTIR CON USTEDES ALGUNAS DE LAS LECCIONES APRENDIDAS DURANTE NUESTRO PROYECTO

- PARA TRANSFORMAR UN MODELO DE ATENCION ES IMPORTANTE DESCUBRIR Y ENTENDER LA REALIDAD LOS MODELOS DE ATENCION EXISTENTES TIENEN DENTRO UNA RACIONALIDAD UNA LOGICA PROPIA DESARROLLADA EN FORMA INCONCIENTE Y CON EL CONSENSO DE TODOS LOS ACTORES DEL PROCESO DE ATENCION ANTES DE INTERVENIR ES NECESARIO CONOCER COMO ES Y A QUE RESPONDE EL MODELO QUE QUEREMOS TRANSFORMAR

- INICIAR UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION POSTABORTO REQUIERE UNA DECISION POLITICA Y LA PARTICIPACION DE LA ADMINISTRACION

- LA CAPACITACION ES UNA HERRAMIENTA NECESARIA Y ESENCIAL, PERO NO ES SUFICIENTE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION

- PARA MEJORAR LA ATENCION POSTABORTO ES INDISPENSABLE PARTIR DE UN CONSENSO PREVIO DE TODOS LOS QUE HACEN POSIBLE DICHA ATENCION

- TODA TRANSFORMACION IMPORTANTE DE LOS PROCESOS DE ATENCION NECESITA UN CAMBIO DEL AMBIENTE FISICO DONDE SE REALIZA LA ATENCION DICHO CAMBIO NO NECESARIAMENTE NECESITA SER DE LA MAGNITUD DEL CAMBIO LOGRADO EN NUESTRO PROYECTO

- ES IMPORTANTE, QUE TODAS Y CADA UNA DE NUESTRAS ACCIONES ESTEN DESARROLLADAS TENIENDO EN CUENTA LA SOSTENIBILIDAD DEL MODELO DE ATENCION POSTABORTO QUE QUEREMOS Y PODEMOS IMPLEMENTAR Y EL NIVEL DE CALIDAD QUE QUEREMOS Y PODEMOS ALCANZAR CON LOS RECURSOS DISPONIBLES

Provider Practices and Patient Perspectives in an Integrated Postabortion Care Model in Peru

Janie Benson Ipas
Victor Huapaya A.B Prisma
Marian Abernathy Ipas
John Nagahata Ministry of Health, Peru

Operations research conducted under this project is funded by the U.S. Agency for International Development, Office of Population, under Contract Nº AID/CCP-3030-C-00-5007-00, Latin America nd the Caribbean Operations Research and Technical Assistance in Family Planning and Reproductive Health.

Recognizing the Problem

Abortion is a public health problem in Peru

- Magnitude
- Gravidy
- Possibility of prevention
- Importance for the community

Reproductive Health and Family Planning Program 1996-2000

Study Design and Objectives

Pre-Post Intervention Study

Study Objectives

- Institutionalize a new model of postabortion care services
- Integrate postabortion treatment with family planning services
- Document the effect of this model on the quality of postabortion care services

Study Site

Hospital Daniel A Carrión

Population Served
1,000 000

386 beds/
tertiary level

Services Offered Annually
100 000 outpatient visits

15 000 hospitalized patients

5 000 deliveries

600 incomplete abortion patients

Pre-project Activities

PROBLEMS IDENTIFIED AND IMPROVED

- Identification and training of appropriate personnel
- Lack of administrative support
- Lack of resupply of MVA instruments
- Lack of official approval of MVA instruments
- Stigma of abortion

Intervention

- 2 Training of trainers courses
  - MVA
  - Postabortion family planning
  - Communication skills
- Certified providers in PAC and MVA
- Technical assistance
- Training and monitoring of service delivery staff
- Reorganization of PAC services
- Outpatient PAC
- Decreased patient fees
- New ob-gyn emergency room

Data Collection

	Pre Aug/Oct 96 n	Post Oct/Dec 97 n
Quantitative Data		
• Structured patient exit interviews	102	103
• Clinical information form	102	103
• Cost study	17	17
• Review of logbook	102	103
• Checklist of infrastructure and resources	12	12
• Checklist of clinical services offered	15	15
Qualitative Data		
• In-depth interviews with patients	15	
• In-depth interviews with personnel	10	
• Focus groups with providers	6	

6

Sociodemographic Characteristics of Postabortion Patients

	VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
Age	Mean age	27 1 years	27 8 years
Marital status	Married	30 2 %	34 8 %
	In union	54 2 %	39 1 %
	Single	11.5 %	25 0 %
	Other	4 1 %	1.1 %
		n = 102	n = 103

7

Sociodemographic Characteristics of Postabortion Patients

	VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
Level of Education *	< 7 years	23 5 %	11.8 %
	7 12 years	62.7 %	63 7 %
	> 12 years	13 7 %	24 5%
Occupation	Housewife	62.7 %	60 8 %
		n = 102	n = 103

8

Reproductive History and Goals of Postabortion Patients

		Pre intervention	Post intervention
Gravidy	1	21.8 %	32.0 %
	2 3	44 6 %	38 8 %
	4 +	34 7 %	29 1 %
Wanted current pregnancy		37 4 %	36 9 %
Does not want another child		29 7 %	24 5 %
		n = 102	n = 103

9

Reproductive Goals of Postabortion Patients

	VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
Timing of future pregnancy	< 3 months	1 4 %	8.8 %
	4 m 2 years	47 8 %	48.5 %
	> 2 years	50 7 %	42.6 %
		n = 69	n = 77

10

Reproductive History of Postabortion Patients

Contraceptive knowledge and use

VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
Knowledge	98 0 %	92.2 %
Ever use	96 0 %	73 3 %
Use of method at time of pregnancy *	52.6%	35 7%
	n = 102	n = 103

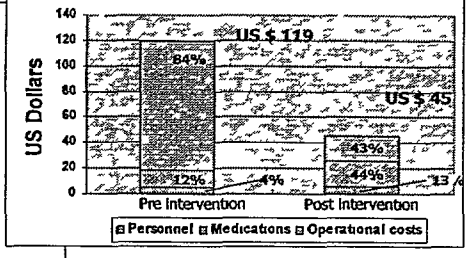
11

Organization of New PAC Model

Pre intervention	Post intervention
Average total length of stay 33 h 21 min	Average total length of stay 6 h 24 min
Pre-procedure 5 h 15 min	Pre-procedure 2 h 54 min
Procedure 7 h 58 min	Procedure 52 min
Post-procedure 20 h 8 min	Post-procedure 2 h 38 min

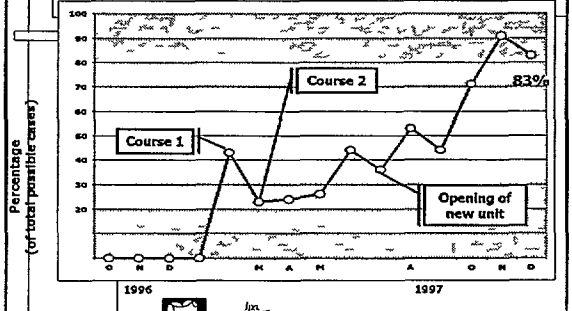
12

Average Cost per PAC Patient



13

Percentage of Appropriate Cases with MVA



14

Integration of Postabortion Family Planning

VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
FP information provided *	18 2 %	77 7 %
Information on risk of immediate pregnancy	38.4 %	64 1 %
If contraceptive method was accepted resupply information provided	50 0 %	91.0 %
If method was not accepted FP follow up visit scheduled	50 0 %	46.3 %
	n = 102	n = 103

15

Integration of Postabortion FP

Method acceptance

	Pre intervention	Post intervention	
Acceptance before discharge *	2 (1.9%)	61 (59 2%)	
Sterilization	1	33	Injectable
IUD	1	23	Pill
		5	IUD
	n = 102	n = 103	

16

Quality of Care

Pain perceptions of women

	Mean Score		% with mean score ≥ 7	
VARIABLE	PRE	POST	PRE	POST
Pre procedure	5 8	4 1	44 1 %	28.4 %
Procedure	4 8	5 1	31.9 %	32.9 %
Post procedure	1.0	1.4	1.0 %	1 0 %
	n = 102	n = 103	n = 102	n = 103

17

Quality of Care

Perceptions of PAC patients

	Pre intervention	Post intervention
Immediate attention	15 %	58 %
More than 3 pelvic exams	44 %	2 %
Would recommend service to a friend	75 %	98 %
	n = 102	n = 103

18

Quality of Care

Information given to patients

VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
Doctor introduced her/himself	8.8 %	12.7 %
Treatment results	11.8%	29 1 %
	n = 102	n = 103

19

Quality of Care

Follow-up care

VARIABLE	Pre intervention	Post intervention
When menstruation may return	9 9 /	25.5 %
To delay sexual relations	61.8 %	33 0 %
Warning signs: Pain	82.0 /o	20 6 %
Severe bleeding	5 5 %	22.5 %
Fever	60 8 %	21 4 %
Follow up appointment	59 8 /o	69 6 %
	n = 102	n = 103

20

Quality of Care

Infrastructure

Pre intervention

21

Quality of Care

Infrastructure

Post intervention

22

Leasons Learned

- Understand the reality
- Political and administrative support is essential
- Training is necessary but not sufficient.
- Broad commitment to change is required
- Change in physical environment is necessary
- Aim for sustainability

23

Anexo 2

MINISTERIO DE SALUD

Population Council

Prueba de un modelo para integrar la planificacion familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto

Hospital Daniel A. Carrion
Callao - Peru

Janie Benson, Marian Abernathy Victor Huapaya
John Nagahata, Julio Ag ilar Luz Juarez,
Wilfredo Solis, Edwin M ja,
Maria Rosa Garate, Rosa Monge, El zabeth Aliaga

Las investigaciones operativas de ste proyecto son financiadas por la Oficina de Poblacion de USAID bajo el contrato N° AID/CCP-3030-C-00-500 -00, Investigación Operativa y Asistencia Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y El Caribe

MINISTERIO DE SALUD

Reconociendo el problema

Programa de Salud Reproductiva y Planificacion familiar 1996-2000

El aborto es un problema de salud publica

- Magnitud
- Gravedad
- Posibilidad de prevencion
- Importancia para la comunidad

1

MINISTERIO DE SALUD

Causas

Causas

Retrasos en
- Decision de busqueda de atencion
- Busqueda atencion y Atencion oportuna y adecuada

Desequilibrio entre Demanda y Oferta

- Demanda y necesidad potencial en todo el territorio nacional
- Oferta limitada poco accesible, concentrada incompleta costosa y de escasa calidad

2

MINISTERIO DE SALUD

Propósito

Desarrollar un modelo de servicios hospitalarios de atencion a las complicaciones del aborto que responda a las necesidades de las usuarias, incluyendo la satisfaccion de sus necesidades de informacion y servicios de planificacion familiar

3

MINISTERIO DE SALUD

Objetivos

❶ Desarrollar e institucionalizar un nuevo modelo de servicios de atención postaborto

❷ Integrar los servicios de atencion a las complicaciones del aborto con los de planificacion familiar

❸ Documentar el efecto de este modelo sobre la calidad de atención de los servicios de postaborto

4

MINISTERIO DE SALUD

Diseño

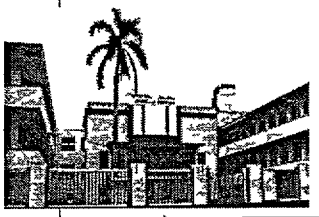
☑ O X O
☑ Una variable cuasi-experimental (tipo serie de tiempo)
☑ Muestra No probabilistica, intencional o de juicio

5

46

Lugar de estudio

Hospital Daniel A Carrión



Pob. Beneficiaria
1.000 000 hab

386 camas

Producción anual
100 000 consultas
15 000 egresos
5 000 partos
800 legrados
600 APA

6

Nuestra Opción

Sostenibilidad

- Aceptabilidad
- Calidad
- Acceso
- Disponibilidad

Desarrollo de Servicios de Atencion Postaborto

7

La base de la propuesta

❷ ↑ Calidad

❶ ↓ Costos

❸ ↑ Cobertura

8

Aplicación

Diseño de intervenciones

Requisitos

PARTICIPACION ACTIVA DE
- *la Administracion del hospital*
- *el Departamento de Obstetricia y Ginecologia*
- *Otras unidades que participan en el proceso de atencion*
- *de personal de salud*
- *pacientes y familiares*

Proposito

PASAR RAPIDAMENTE DE
- *datos a Informacion*
- *Informacion a reflexion*
- *reflexion a cambios en el servicio*

MEJORAR CALIDAD DEL SERVICIO

9

Intervenciones

- 2 Cursos para capacitadores
  - AMEU
  - PF + Relaciones Interpersonales
- Acreditación en AMEU / APA
- Asistencia técnica
- Monitoreo de servicios
- *Réplica de cursos por equipos capacitados*
- Reorganización de servicio APA
- Atención ambulatoria (tarifa)
- *Nueva unidad de emergencia obstétrica*

10

Medición de cambios

	Pre Ag/Oct 96 n	Post Oct/Dic 97 n
Datos Cuantitativos		
• Entrevistas estructuradas	102	103
• Encuesta estructurada de información clínica	102	103
• Estudio de costos	17	17
• Verificación de infraestructura y recursos	12	12
• Verificación de entrega de servicios clínicos	15	15
Datos Cualitativos		
• Entrevistas a profundidad con pacientes	15	
• Entrevistas a profundidad con personal	10	
• Grupos focales con proveedores	6	

11

49

La opinión de las usuarias

Trato recibido Pre Intervencion

Personal	.. solo me dio colera un practicante, me ha hincado en todo sitio hasta que no me deje y le pedí que venga la doctora..
Tiempo	...me atendieron como a las 4 p.m ...despues tuve que esperar varias horas mas recien a media noche me hicieron el legrado.. a las 5 a m me pasaron a piso
Costo	"La asistenta social me ha dicho que tenía que pagar porque sino me tenian que mandar al judicial
Dolor	"... cuando me hicieron el legrado no tuve dolor Es que me pusieron anestesia que mi hermana fue a comprar y me adormeci"

La opinión de las usuarias

Pre Intervención

Entrega de Información	Me dijeron que tenia un aborto frustro .. yo no se que es eso no se nada.. hasta ahora no se lo que han hecho
Conocimientos sobre Anticoncepción	Esperaba cinco dias despues de mi regla para tener relaciones sexuales. Asi siempre me funciono hasta que salí embarazada No se que paso... me sentia segura con ese metodo

La opinión de los proveedores

Pre intervencion

Actitud frente al aborto	.No es un maltrato a la paciente es hacerle un llamado de atencion un jalon de orejas"
Percepcion de la paciente	" ...cuanto mejor nivel cultural tiene la paciente. .le dice. si doctor yo me he provocado el aborto .cuanto menos nivel cultural. lo niega, lo niega, lo niega " .son pacientes netamente abandonadas .... vienen los familiares y las dejan y esperar que aparezca el familiar con el dinero "

La opinión de los proveedores

Pre intervencion

Relaciones interpersonales	.Siempre hay quizas celos profesionales..." .A veces hay roces, que son fácil de limarlos pero dejan un sabor amargo. "
Sugerencias para mejorar la atencion	• Mejorar abatecimiento de instrumental equipos e insumos • Mejorar infraestructura Mayor autonomia del Dpto de O & G • Disminuir los costos de la atencion

Caracteristicas de las pacientes

	VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
Edad	Edad promedio	27,1 años	27 8 años
Estado Civil	Casada	30 2 %	34,8 %
	En unión	54 2 %	39,1 %
	Soltera	11 5 %	25 0 %
	Otros	4,1 %	1 1 %
		n = 102	n = 103

Lugar de residencia

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
Callao	57,8 %	49,0 %
Bellavista	5,9 %	5 9 %
C. de la Legua	6 9 %	2,0 %
La Perla	2,0 %	8,6 %
La Punta	0,0 %	0,0 %
Ventanill	14 7 %	15 7 %
Otros	12,7 %	18,6 %

48

Nivel Educativo

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Ninguno	1,0 %	0 %
Primaria	22,5 %	11,8 %
Secundaria	62 7 %	63 7%
★ Superior	13,8%	24 5 % ★
	n = 102	n = 103

18

Ocupación

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Ama de casa	62,7 %	60 3 %
Empleo con beneficios	17 6 %	17 5 %
Empleo sin beneficios	10,8 %	12,5 %
Otros	8 9 %	9 7 %
	n = 102	n = 103

19

Historia e intenciones Reproductivas

Caracteristicas de las pacientes

		Pre intervencion	Post intervencion
Gestaciones Previas	1	21,6 %	32,0 %
	2 3	44 1 %	38 9 %
	4 o +	34,3 %	29 1 %
Embarazo actual deseado		37 2 %	36 9 %
NO DESEA MAS HIJOS		29 7 %	24,5 %

20

Intenciones Reproductivas

Tiempo que desea espaciar para un nuevo embarazo

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
< 3 meses	1,4 %	8,8 %
4 m 2 años	47,8 %	48 5 %
> 2 años	50 7 %	42,6 %
	n = 69	n = 77

21

Conocimiento y uso de anticonceptivos

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Conocimiento	98 0 %	92,2 %
Uso pasado	96 0 %	73 3 %
Métodos más usados	Ritmo Píldora Condón	Píldora Ritmo Condon
	n = 102	n = 103

22

Uso de anticonceptivos al iniciar gestacion

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
★ Uso al iniciar gestación	52,6 %	35 7 % ★
Métodos más usados	Ritmo Condón Píldora	Ritmo DIU Condon
	n = 102	n = 103

23

1
El modelo de atención

1 Modelo de atención

Propósito

- Eliminar ineficiencias
- Uso eficiente de recursos disponibles
- Disminucion de costos y tarifas a pacientes
- Recuperación de costos y tarifas diferenciadas

PARTICIPACION DE LA ADMINISTRACION

24

Estudio de Costos - Metodologia IPAS

Evaluación rapida

Estudio de tiempos y movimientos
Tiempo de observacion 3 semanas
Muestra 17 pacientes

Diseño e instrumentos

Guía para evaluar el uso de recursos en el tratamiento del aborto incompleto
IPAS 1993

Criterios de Seleccion

Orden de llegada a emergencia
Aborto incompleto no complicado
Tamaño uterino < o = a 12 semanas
Aceptacion voluntaria

25

Estudio de Costos - Metodologia IPAS

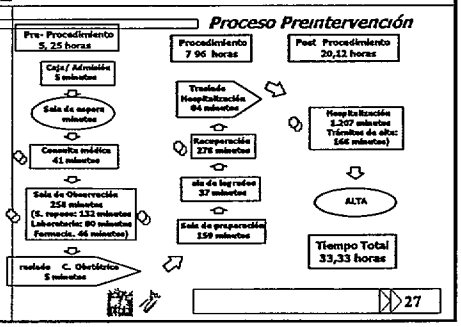
Objetivos

- Determinar el proceso de la atención postaborto
- Documentar y analizar el uso de los recursos y los costos asociados con dicha atención
- Contribuir a documentar y analizar el nivel de calidad del servicio de atencion postaborto

26

Tiempos y Movimientos

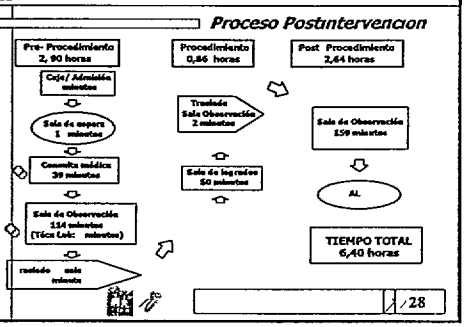
Proceso Preintervención



27

Tiempos y Movimientos

Proceso Postintervencion



28

50

Tiempos de interacción

Tiempo de interacción

Pre intervencion		Post intervención	
Interacción	P Atención	P Atencion	Interaccion
3 h 36 min	Tiempo total 33 h 21 min	Tiempo total 6 h 24 min	3 h 12 min
1 h	Pre-procedimiento 5 h 15 mi	Pre-procedimiento 2 h 54 min	1 h 14 mi
1 h 48 min	Procedimiento 7 h 58 min	Procedimiento 52 min	1 h 10 min
48 min	Post-procedimiento 20 h 8 min	Post-procedimiento 2 h 38 mi	49 min

29

Tiempos de interacción

Personal con mayor interaccion

Pre intervencion		Post intervencion	
Interna Obstetricia	22 %	Obstetriz	45 %
Medico Residente	18 %	Medico Residente	20 %
Interno Medicina	17 %	Interna Obstetricia	12 %

31

Estimación de Costos

Comparacion metodologías OPS IPAS

Costos Pre intervención

Metodologia IPAS	Metodologia OPS/OMS
US $ 118,73	US $ 112,44

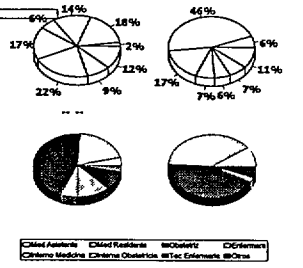
33

Tiempos Costos

Distribucion de tiempos y costos de personal en la atencion postaborto

Pre Intervención

Post Intervención



30

Estimación de Costos

Metodologia OPS/OMS

Costo promedio del minuto cama

Co ta T tal d Fun i mi to 1995	
T tal (100,0%)	$/29 636 632 60
H pit l z t' n (43,4%)	$/12 729 867,62
E dol m l	$ 760 116,67

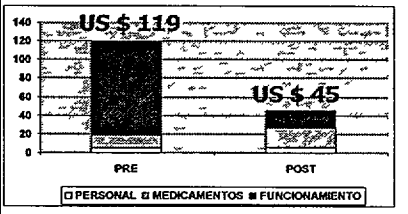
N m d m	T s d p lá	N m d df m	C t d mi m
386	67%	80660 9	0 05

en US dolares

32

Resultados

Estimacion de costos



34

Resultados

Estimacion de costos

	Pre intervencion	Post intervencion
Personal	4,93 (4%)	6,03 (13%)
Medicamentos y equipos	13,82 (12%)	19,93 (44%)
Funcionamiento	99,98 (84%)	19,20 (43%)
TOTAL	118,73 (100%)	45 16 (100%)

Resultados

Un paso hacia la sostenibilidad

Disminuyendo y recuperando costos

	Pre intervencion	Post intervencion
Tiempo total	33 h 19 min	06 h 24 min
Costo	US $ 119	US $ 45
Recuperación costos	US $ 53	US $ 37
Balance por atención	US $ -(66)	US $ -(8)

* DPS- MINSA / DISURS I / IPAS The PC / INOPAL III / USAID

Otros resultados

Cambios que benefician a usuarios

- Atencion ambulatoria
- Atencion rapida
- Alta 24 horas / todos los dias
- Baja de tarifa de S/ 80 a S/ 40
- Exoneracion parcial / total

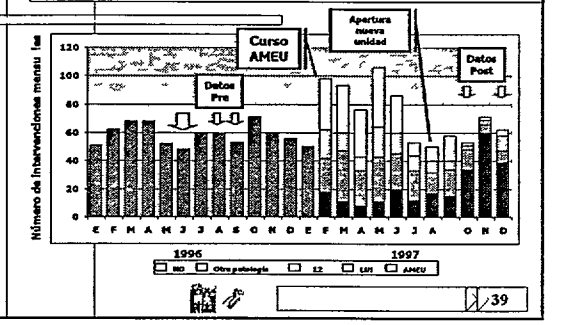
Otros resultados

Cambios que benefician a institucion

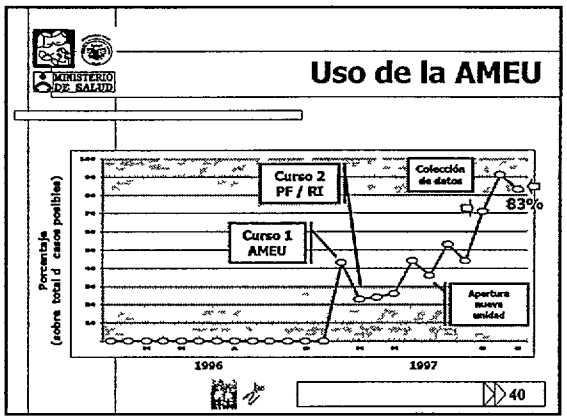
- Uso eficiente de recursos
- Estimacion de costos
- Mejorar el ambiente de trabajo
- Recuperacion de costos
- Disminucion de "perdidas
- Incremento de productividad

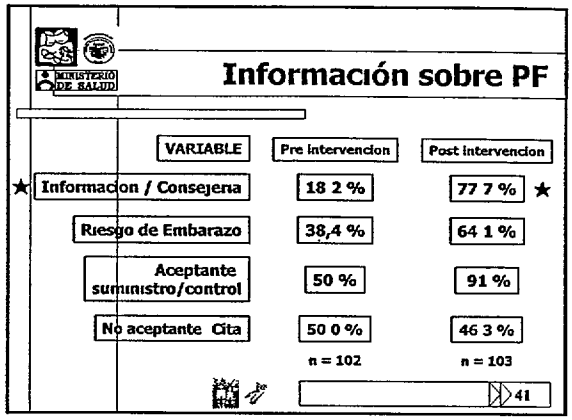
❷ Uso de la AMEU e integración con PF

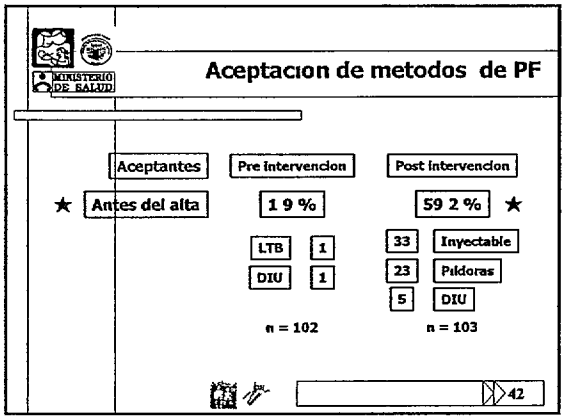
Procedimientos realizados

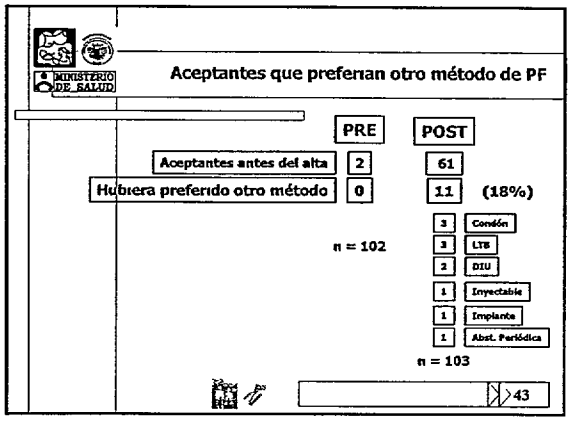


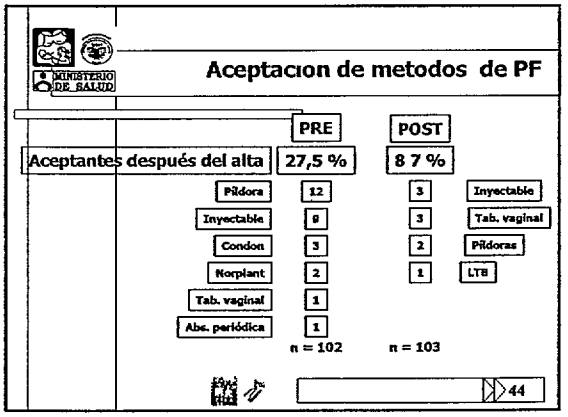
52

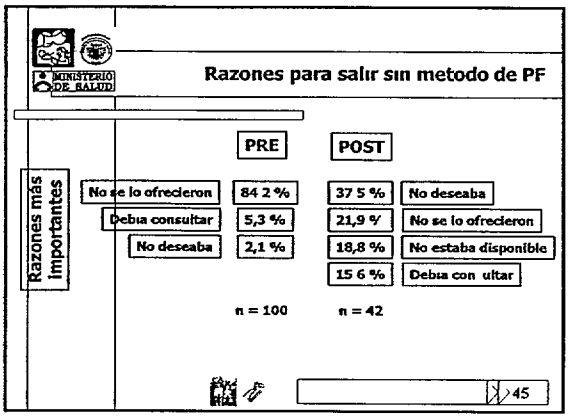

MINISTERIO DE SALUD
Uso de la AMEU
Porcentaje (sobre total d casos posibles)
Curso 2 PF / RI
Curso 1 AMEU
Colección de datos
83%
Apertura nueva unidad
1996
1997
40


MINISTERIO DE SALUD
Información sobre PF
VARIABLE
Pre intervencion
Post intervencion
Informacion / Consejeria
18 2 %
77 7 %
Riesgo de Embarazo
38,4 %
64 1 %
Aceptante suministro/control
50 %
91 %
No aceptante Cita
50 0 %
46 3 %
n = 102
n = 103
41


MINISTERIO DE SALUD
Aceptacion de metodos de PF
Aceptantes
Pre intervencion
Post intervencion
Antes del alta
1 9 %
59 2 %
LTB 1
DIU 1
33 Inyectable
23 Pildoras
5 DIU
n = 102
n = 103
42


MINISTERIO DE SALUD
Aceptantes que preferian otro método de PF
PRE
POST
Aceptantes antes del alta 2 61
Hubiera preferido otro método 0 11 (18%)
n = 102
3 Condón
3 LTB
2 DIU
1 Inyectable
1 Implante
1 Abst. Periódica
n = 103
43


MINISTERIO DE SALUD
Aceptacion de metodos de PF
PRE
POST
Aceptantes después del alta 27,5 % 8 7 %
Pildora 12
Inyectable 9
Condon 3
Norplant 2
Tab. vaginal 1
Abs. periódica 1
3 Inyectable
3 Tab. vaginal
2 Pildoras
1 LTB
n = 102
n = 103
44


MINISTERIO DE SALUD
Razones para salir sin metodo de PF
PRE
POST
Razones más importantes
No se lo ofrecieron 84 2 % 37 5 % No deseaba
Debia consultar 5,3 % 21,9 % No se lo ofrecieron
No deseaba 2,1 % 18,8 % No estaba disponible
15 6 % Debia consultar
n = 100
n = 42
45

53

Aceptación de metodos de PF

Aceptantes	Pre intervencion	Post intervencion
Antes del alta	1,9 %	59 2 %
Despues del alta	27,5 %	8 7 % *
Aceptantes al mes	29 4 %	67,9 % *
	n = 102	n = 103

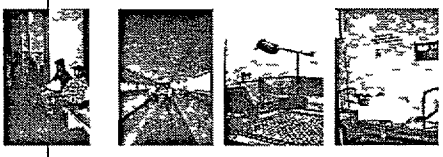
Seguimiento hasta el 5 de Enero

46

3 Cambios en la calidad de atención

Infraestructura y equipamiento

Pre intervencion



47

Infraestructura y equipamiento

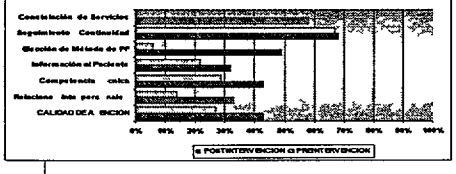
Post intervencion

DPS MINSA / DISURS I / IPAS The PC / INOPAL III / USAID

48

Entrega de Servicios

Cambios en la Calidad de Atención de APA después de la intervención



49

Percepción de dolor

VARIABLE	PUNTAJE PROMEDIO PRE	PUNTAJE PROMEDIO POST	% CON PUNTAJE MAYOR A 7 PRE	% CON PUNTAJE MAYOR A 7 POST
★ PREprocedimiento	5,8	4 1	44 1 %	28 4 % ★
PROcedimiento	4,8	5 1	31 9 %	32,9 %
POSTprocedimiento	1,0	1,4	1,0 %	1,0 %
	n = 102	n = 103	n = 102	n = 103

50

54

Percepción de la usuaria

	Pre intervencion	Post intervencion
Atención inmediata	15 %	58 %
Mas de 3 tactos vaginales	44 %	2 %
Recomienda el servicio	75 %	98 %
	n = 102	n = 103

51

Información proporcionada

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Identificacion del médico	8,8 %	12,7 %
Diagnóstico	10,8 %	21,4 %
Tratamiento necesario	9,8 %	8 7%
Resultado de intervención	11,8%	29 1 %
	n = 102	n = 103

52

Informacion para seguimiento

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Higiene personal	54,5 %	36,3 %
Retorno a rutina	7,9 %	26,5 %
Reinicio de menstruacion	9 9 %	25,5 %
Abstinencia	61,8 %	33 0 %
CITA	59,8 %	69 6 %
	n = 102	n = 103

53

Signos de alarma

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Dolor	82,0 %	20 6 %
Sangrado severo	51,5 %	22,5 %
Secrecion vaginal	23 7 %	20 0 %
Fiebre	60,8 %	21,4 /
Escalosfrios	26,3 %	23,3 /o
Desmayo	23 2 %	21,4 %
	n = 102	n = 103

54

Sostenibilidad

Pensar en sostenibilidad

- Revisar antecedentes
- Asegurar continuidad en entrega de servicios
- Desarrollo y mantenimiento de la infraestructura
- Apoyar el desarrollo de la capacidad institucional a largo plazo
- Lograr apoyo de los decisores clave

55

Revisión de antecedentes

- 4 hospitales / 3 proyectos
- Entrevistas a informantes claves

PROBLEMAS DETECTADOS

- Personal a cargo de atención
- Selección de personal capacitado
- No participación de la administración
- Costos reposición de equipos, otros
- Legalidad de equipos de AMEU
- Estigma del aborto

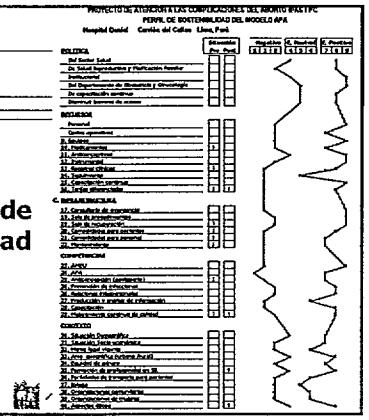
56

Resultados

- Logros
  - ✔Registro sanitario de equipos AMEU
  - ✔Administración del Camion involucrada desde el inicio
  - ✔Personal objetivo residentes
  - ✔Reposicion de equipos y mat. Capacitacion a otros hospitales
- Asuntos pendientes
  - ✔Incrementar coordinacion proyecto extension Pathfinder/ODA
- Lecciones aprendidas
  - ✔Necesidad de información previa (fuente primaria)

57

Perfil de Sostenibilidad



Comentarios finales

Los aciertos

- Descubrir la realidad
- Participacion de la administracion
- Movilizar recursos
- Reorganizar procesos
- Pensar en sostenibilidad

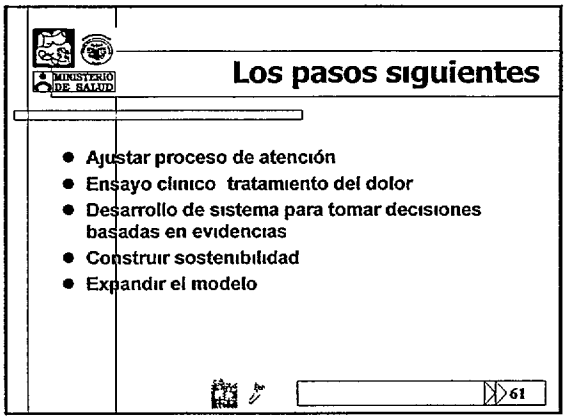
59

Las barreras

- La dificultad para el cambio
- La administración pública
- El estigma social del aborto
- El exito

60

56


MINISTERIO DE SALUD
Los pasos siguientes
Ajustar proceso de atención
Ensayo clínico tratamiento del dolor
Desarrollo de sistema para tomar decisiones basadas en evidencias
Construir sostenibilidad
Expandir el modelo
61

S1

Anexo 3

Reunión de presentación de resultados finales del proyecto "Prueba de un modelo para integrar la planificación familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto"
Hotel José Antonio Executive – Salón Miramar
Lima, 18 de febrero de 1998

Agenda

Moderador Lucy Lopez

09 00 – 09 10	Palabras en memoria de John Nagahata Victor Huapaya
09 10 – 09 15	Palabras de bienvenida Dra Lucy Lopez, USAID- Peru
09 15 – 09 30	Presentacion del proyecto *Josephine Gulman, A B Prisma* *Maria Rosa Garate, Population Council*
09 30 – 09 45	Atencion Postaborto – La tecnica de AMEU *Victor Huapaya, A B Prisma*
09 45 – 10 05	Aspectos generales del proyecto y caracteristicas de las pacientes *Victor Huapaya, A B Prisma*
10 05 – 10 25	Cambios en el Modelo de Atencion Postaborto *Luz Juarez, Hospital Daniel A Carrion*
10 25 – 10 40	Receso
10 40 – 11 00	Integracion de la atencion postaborto y la planificacion familiar *Julio Aguilar, Departamento de Ginecologia y Obstetricia* *Hospital Daniel A Carrion*
11 00 – 11 20	Cambios en la calidad de atencion y sostenibilidad del proyecto *Jorge Parra V, Ministerio de Salud*
11 20 – 11 35	Pasos futuros para mejorar la atencion postaborto *Victor Huapaya, A B Prisma*
11 35 – 12 15	Comentarios Benigno Lozada Stambury, *Hospital Regional de Arequipa* Rene Cervantes, *Proyecto 2000* Miguel Gutierrez, *Pathfinder International* Miguel Espinoza, *JHPIEGO*
12 15 – 12 35	*Preguntas*
12 35	Vino de honor

Population Council

Prueba de un modelo para integrar la planificación familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto

Hospital Daniel A. Carrión
Callao - Peru

Ja le Benson, Marian Abernathy Victor Huapaya
John Nagahata, Julio Aguilar Luz Juárez,
Wilfredo Solis, Edwi Mejía,
María Rosa Garate, Rosa Monge, Elizabeth Aliaga

Las investigaciones operativas de este proyecto son financiadas por la Oficina de Población de USAID, bajo el contrato Nº AID/OCP-3030-C-00-5007-00, Investigación Operativa y Asistencia Técnica en Planificación Familiar Salud Reproductiva para América Latina El Caribe

Atención Postaborto (APA)

Reconociendo el problema

1967 Resolución WHA20 41 Asamblea Mundial de Salud
El aborto constituye un importante problema de salud publica

1994 Parrafo 8 25 Programa de Acción CIPD El Cairo Egipto
"...En ningun caso se debe promover el aborto como metodo de planificacion de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas como un importante problema de salud publ'ca...

Reconociendo el problema

Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1996-2000

El aborto es un problema de salud publica

- **Magnitud**
- **Gravedad**
- **Posibilidad de prevencion**
- **Importancia para la comunidad**

Causas

Causas

Retrasos en
- Decision de busqueda de atencion
- Busqueda atencion y
- Atencion oportuna y adecuada

Desequilibrio entre Demanda y Oferta

- Demanda y necesidad potencial en todo el territorio nacional
- Oferta limitada poco accesible, concentrada incompleta costosa y de escasa calidad

Atención Postaborto (APA)

Elementos clave

- Tratamiento de emergencia del aborto incompleto y de las complicaciones que pudieran poner en riesgo la vida
- Orientacion y servicios de planificación familiar postaborto
- Vínculos entre los servicios de emeregencia postaborto y el sistema de atencion en salud reproductiva

Atención Postaborto (APA)

Funcion	Propósito
Dar servicios de urgencias	Reducir la morbilidad y la mortalidad
Dar servicios de PF	Evitar embarazos indeseados
Vincular a los servicios de SR	Mejorar la salud de la mujer

Atención Postaborto (APA)

Informacion basica

- Hablar con la mujer respecto a su condicion medica y al plan de tratamiento
- Que puede volver a gestar casi inmediatamente despues del aborto
- Que hay maneras seguras y eficaces de posponer o evitar otro embarazo
- Donde se puede conseguir informacion orientacion y/o metodos anticonceptivos
- Signos y sintomas de una recuperacion normal, asi como senales de riesgo y signos de alarma

Atencion Postaborto (APA)

Dificultades

- Falta de recursos humanos
- Condiciones físicas inadecuadas
- Carencia de equipos y/o medicamentos
- Falta de competencias
- Problemas decomunicacion con las pacientes
- Actitudes/valores en conflicto

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Aspectos generales del proyecto y características de las pacientes

Propósito

Desarrollar un modelo de servicios hospitalarios de atencion a las complicaciones del aborto que responda a las necesidades de las usuarias, incluyendo la satisfacción de sus necesidades de informacion y servicios de planificacion familiar

Intervenciones

- 2 Cursos para capacitadores
  - AMEU
  - PF + Relaciones Interpersonales
- Acreditación en AMEU / APA
- Asistencia técnica
- Monitoreo de servicios
- *Réplica de cursos por equipos capacitados*
- Reorganización de servicio APA
- Atención ambulatoria (tanfa)
- *Nueva unidad de emergencia obstétrica*

Medición de cambios

	Pre Ag/Oct 96 n	Post Oct/Di 97 n
Datos Cuantitativos		
• Entrevistas estructuradas	102	103
• Encuesta estructurada de informacion clinica	102	103
• Estudio de costos	17	17
• Verificacion de infraestructura y recursos	12	12
• Verificación de entrega de servicios clinicos	15	15
Datos Cualitativos		
• Entrevistas a profundidad con pacientes	15	
• Entrevistas a profundidad con personal	10	
• Grupos focales con proveedores	6	

La opinión de las usuarias

Trato recibido Pre intervencion

Personal	.. solo me dio colera un practicante, me ha hincado en todo sitio hasta que no me deje y le pedi que venga la doctora..
Tiempo	...me atendieron como a las 4 p.m ...despues tuve que esperar varias horas mas recien a media noche me hicieron el legrado.. a las 5 a m me pasaron a piso
Costo	La asistenta social me ha dicho que tenia que pagar porque sino me tenian que mandar al judicial
Dolor	... cuando me hicieron el legrado no tuve dolor Es que me pusieron anestesia que mi hermana fue a comprar y me adormeci

La opinión de las usuarias

Pre intervencion

Entrega de Información	Me dijeron que tenia un aborto frustro .. yo no se que es eso no se nada... hasta ahora no se lo que han hecho
Conocimientos sobre Anticoncepcion	Esperaba cinco dias despues de mi regla para tener relaciones sexuales. Asi siempre me funciono hasta que salí embarazada No se que paso me sentia segura con ese metodo

La opinión de los proveedores

Pre - intervencion

Actitud frente al aborto	.No es un maltrato a la paciente. es hacerle un llamado de atencion un jalon de orejas
Percepcion de la paciente	.. cuanto mejor nivel cultural tiene la paciente. Le dice si doctor yo me he provocado el aborto ..cuanto menos nivel cultural ..lo niega, lo niega, lo niega " " .son pacientes netamente abandonadas ... vienen los familiares y las dejan. y esperar que aparezca el familiar con el dinero "

La opinión de los proveedores

Pre - intervencion

Relaciones interpersonales	" Siempre hay quizas celos profesionales " " A veces hay roces, que son facil de limarlos pero dejan un sabor amargo. "
Sugerencias para mejorar la atención	Mejorar abatecimiento de instrumental equipos e insumos Mejorar infraestructura • Mayor autonomia del Dpto de O & G Disminuir los costos de la atencion

Características de las pacientes

	VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Edad	Edad promedio	27,1 años	27,8 años
Estado Civil	Casada	30,2 %	34,8 %
	En union	54,2 %	39,1 %
	Soltera	11,5 %	25,0 %
	Otros	4,1 %	1 1 %
		n = 102	n = 103

Lugar de residencia

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Callao	57,8 %	49,0 %
Bellavista	5 9 %	5 9 %
C. de la Legua	6,9 %	2,0 %
La Perl	2,0 %	6,8 %
La Punta	0,0 %	0,0 %
Ventanill	14,7 %	15 7 %
Otros	12,7 %	18,6 %

Nivel Educativo

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Ninguno	1,0 %	0 %
Primaria	22,5 %	11,8 %
Secundaria	62 7 %	63 7%
★ Superior	13,8%	24 5 % ★
	n = 102	n = 103

Ocupación

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
Ama de casa	62,7 %	60 3 %
Empleo con beneficios	17 6 %	17 5 %
Empleo sin beneficios	10,8 %	12,5 %
Otros	8 9 %	9 7 %
	n = 102	n = 103

Historia e intenciones Reproductivas

Caracteristicas de las pacientes

		Pre intervencion	Post intervencion
Gestaciones Previas	1	21,6 %	32,0 %
	2 3	44 1 %	38 9 %
	4 o +	34,3 %	29 1 %
Embarazo actual deseado		37 2 %	36 9 %
NO DESEA MAS HIJOS		29 7 %	24 5 %

Intenciones Reproductivas

Tiempo que desea espaciar para un nuevo embarazo

VARIABLE	Pre intervencion	Post intervencion
< 3 meses	1,4 %	8,8 %
4 m 2 años	47,8 %	48,5 %
> 2 años	50 7 %	42,6%
	n = 69	n = 77

Conocimiento y uso de anticonceptivos

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
Conocimiento	98 0 %	92,2 %
Uso pasado	96 0 %	73 3 %
Metodos mas usados	Ritmo Píldora Condón	Píldora Ritmo Condón
	n = 102	n = 103

Uso de anticonceptivos al iniciar gestación

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
★ Uso al iniciar gestación	52,6 %	35 7 % ★
Métodos más usados	Ritmo Condon Píldora	Ritmo DIU Condon
	n = 102	n = 103

Cambios en el modelo de atención postaborto

Cambios en el modelo de atencion

Proposito

- Eliminar ineficiencias
- Uso eficiente de recursos disponibles
- Disminucion de costos y tarifas a pacientes
- Recuperacion de costos y tarifas diferenciadas

PARTICIPACION DE LA ADMINISTRACION

Estudio de Costos - Metodologia IPAS

Evaluación rápida

Estudio de tiempos y movimientos
Tiempo de observación 3 semanas
Muestra 17 pacientes

Diseño e instrumentos

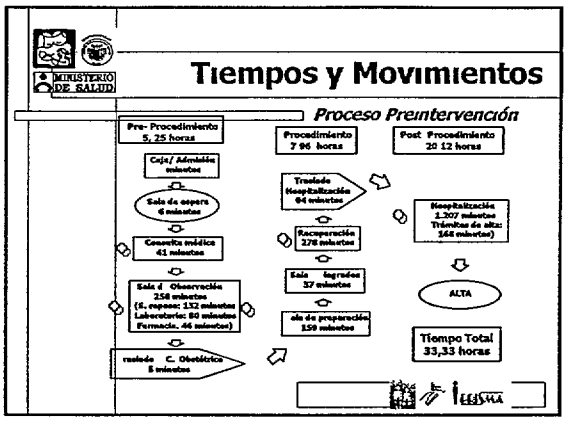
Guía para evaluar el uso de recursos en el tratamiento del aborto incompleto
IPAS 1993

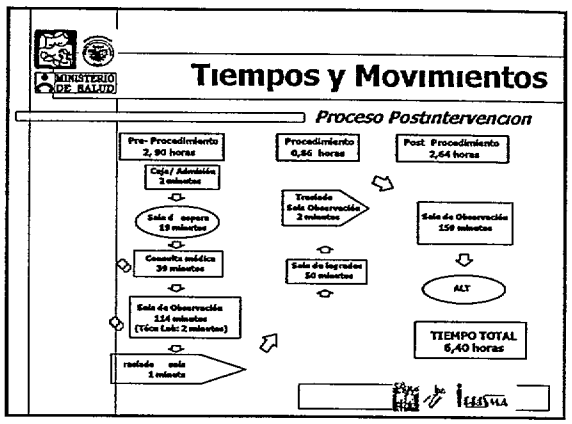
Criterios de Seleccion:
- Orden de llegada a emergencia
- Aborto incompleto no complicado
- Tamaño uterino < o = a 12 semanas
- Aceptacion voluntaria

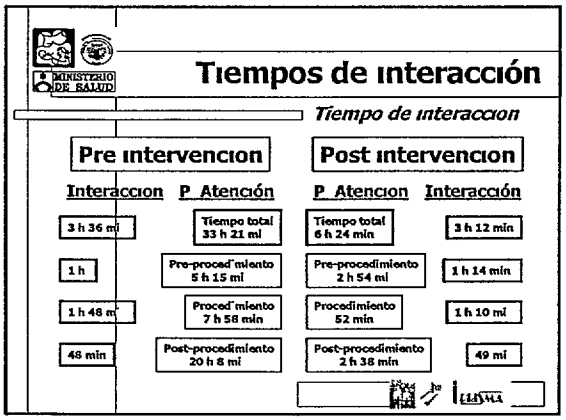
Estudio de Costos - Metodologia IPAS

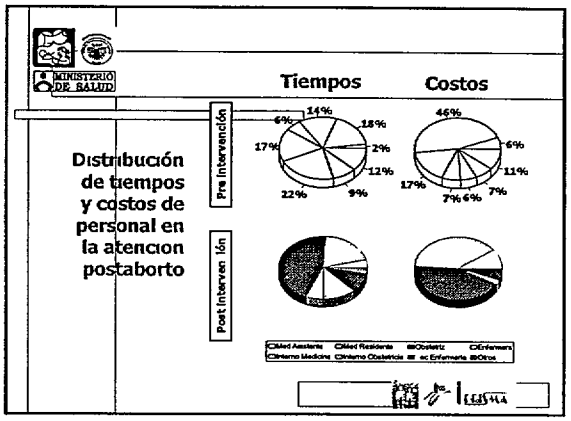
Objetivos

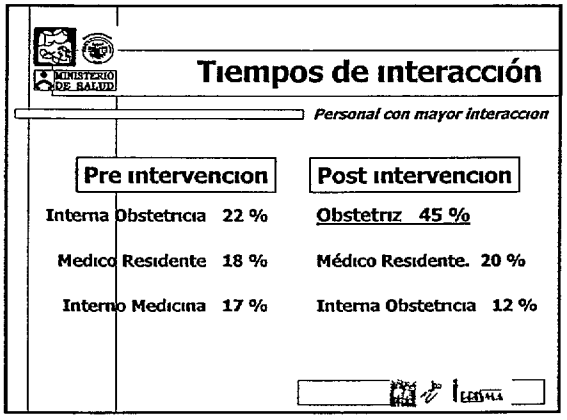
- Determinar el proceso de la atencion postaborto
- Documentar y analizar el uso de los recursos y los costos asociados con dicha atencion
- Contribuir a documentar y analizar el nivel de calidad del servicio de atención postaborto

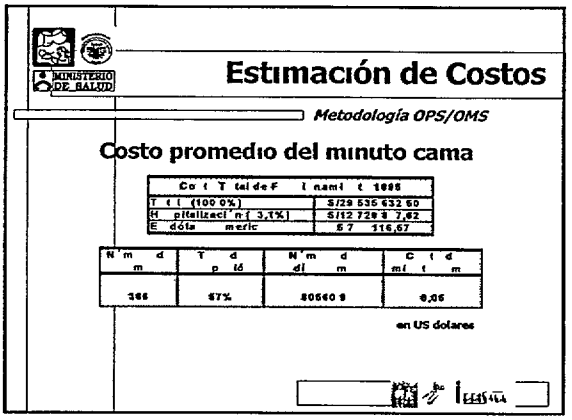

MINISTERIO DE SALUD
Tiempos y Movimientos
Proceso Preintervención
Pre- Procedimiento 5, 25 horas
Procedimiento 7 96 horas
Post Procedimiento 20 12 horas
Caja/ Admisión minutos
Sala de espera 4 minutos
Consulta médica 41 minutos
Sala d Observación 258 minutos (S. reposo: 132 minutos Laboratorio: 80 minutos Farmacia. 46 minutos)
Traslado C. Obstétrico 5 minutos
Traslado Hospitalización 64 minutos
Recuperación 178 minutos
Sala Ingresos 57 minutos
ala de preparación 159 minutos
Hospitalización 1.207 minutos Trámites de alta: 168 minutos)
ALTA
Tiempo Total 33,33 horas


MINISTERIO DE SALUD
Tiempos y Movimientos
Proceso Postintervencion
Pre- Procedimiento 2, 90 horas
Procedimiento 0,86 horas
Post Procedimiento 2,64 horas
Caja/ Admisión 2 minutos
Sala d espera 19 minutos
Consulta médica 39 minutos
Sala de Observación 114 minutos (Tóm Labs: 2 minutos)
Traslado sala 1 minuto
Traslado Sala Observación 2 minutos
Sala de Ingresos 50 minutos
Sala de Observación 158 minutos
ALT
TIEMPO TOTAL 6,40 horas


MINISTERIO DE SALUD
Tiempos de interacción
Tiempo de interaccion
Pre intervencion
Post intervencion
Interaccion
P. Atención
P. Atencion
Interacción
3 h 36 mi
Tiempo total 33 h 21 mi
Tiempo total 6 h 24 min
3 h 12 min
1 h
Pre-procedimiento 5 h 15 mi
Pre-procedimiento 2 h 54 mi
1 h 14 min
1 h 48 m
Procedimiento 7 h 58 min
Procedimiento 52 min
1 h 10 mi
48 min
Post-procedimiento 20 h 8 mi
Post-procedimiento 2 h 38 min
49 mi


MINISTERIO DE SALUD
Tiempos
Costos
Distribución de tiempos y costos de personal en la atencion postaborto
Pre intervención
Post Interven ión
6%
14%
18%
17%
2%
12%
22%
9%
46%
6%
11%
17%
7%
6%
7%


MINISTERIO DE SALUD
Tiempos de interacción
Personal con mayor interaccion
Pre intervencion
Post intervencion
Interna Obstetricia 22 %
Obstetriz 45 %
Medico Residente 18 %
Médico Residente. 20 %
Interno Medicina 17 %
Interna Obstetricia 12 %


MINISTERIO DE SALUD
Estimación de Costos
Metodología OPS/OMS
Costo promedio del minuto cama
en US dolares

Estimación de Costos

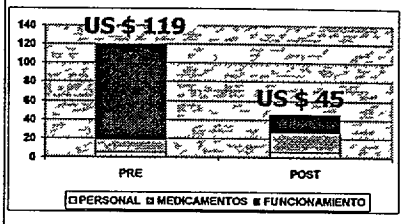
Comparacion metodologías OPS IPAS

Costos Pre intervención

Metodologia IPAS	Metodologia OPS/OMS
US $ 118,73	US $ 112,44

Resultados

Estimacion de costos



Resultados

Estimacion de costos

	Pre intervencion	Post intervencion
Personal	4,93 (4%)	6,03 (13%)
Medicamentos y equipos	13,82 (12%)	19,93 (44%)
Funcionamiento	99 98 (84%)	19 20 (43%)
TOTAL	118 73 (100%)	45,16 (100%)

Resultados

Un paso hacia la sostenibilidad

Disminuyendo y recuperando costos

	Pre intervencion	Post intervencion
Tiempo total	33 h 19 min	06 h 24 min
Costo	US $ 119	US $ 45
Recuperacion costos	US $ 53	US $ 37
Balance por atencion	US $ -(66)	US $ -(8)

DPS MINSA / DISURS I / IPAS The PC / INOPAL III / USAID

Otros resultados

Cambios que benefician a usuarios

- Atencion ambulatoria
- Atencion rapida
- Alta 24 horas / todos los dias
- Baja de tarifa de S/ 80 a S/ 40
- Exoneracion parcial / total

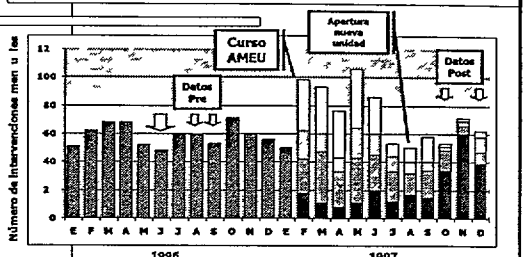
Otros resultados

Cambios que benefician a Institucion

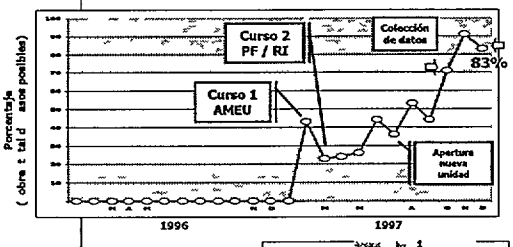
- Uso eficiente de recursos
- Estimacion de costos
- Mejorar el ambiente de trabajo
- Recuperacion de costos
- Disminucion de "perdidas"
- Incremento de productividad

Uso de la AMEU y la integración con PF

Procedimientos realizados



Uso de la AMEU



Información sobre PF

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
★ Informacion / Consejeria	18 2 %	77 7 % ★
Riesgo de Embarazo	38 4 %	64 1 %
Aceptante suministro/control	50 %	91 %
No aceptante Cita	50 0 %	46 3 %
	n = 102	n = 103

Aceptacion de metodos de PF

Aceptantes	Pre Intervencion	Post Intervencion
★ Antes del alta	1 9 %	59 2 % ★
LTB	1	33 Inyectable
DIU	1	23 Píldoras
		5 DIU
	n = 102	n = 103

Aceptantes que prefenan otro método de PF

	PRE	POST
Aceptantes antes del alta	2	61
Hubiera preferido otro método	0	11 (18%)
	n = 102	3 Condón 3 LTB 2 DIU 1 Inyectable 1 Implante 1 Abst. Periódica n = 103

Aceptacion de metodos de PF

	PRE	POST	
Aceptantes después del alta	27,5 %	8 7 %	
Píldora	12	3	Inyectable
Inyectable	9	3	Tab. vaginal
Condon	3	2	Píldoras
Norplant	2	1	LTB
T b vaginal	1		
Abs. periodica	1		
	n = 102	n = 103	

Razones para salir sin metodo de PF

Razones más importantes	PRE	POST	
No se lo ofrecieron	84 2 %	37,5 %	No deseaba
Debia consultar	5,3 %	21,9 %	No se lo ofrecieron
No deseaba	2,1 %	18,8 %	No estaba disponible
		15 6 %	Debia consultar
	n = 100	n = 42	

Aceptación de metodos de PF

Aceptantes	Pre intervencion	Post intervencion
Antes del alta	1 9 %	59,2 %
Despues del alta	27 5 %	8 7 % *
Aceptantes al mes	29 4 %	67 9 % *
	n = 102	n = 103

Seguimiento hasta el 5 de Enero

Cambios en la calidad de atención

Infraestructura y equipamiento

Pre intervencion

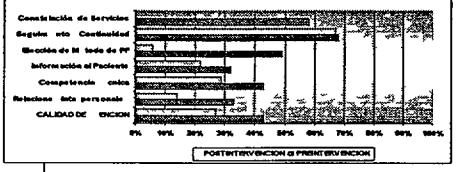
Infraestructura y equipamiento

Post intervención

DPS MINSA / DISURS I / IPAS The PC / INOPAL III / USAID

Entrega de Servicios

Cambios en la Calidad de Atención de APA después de la Intervención



Percepción de dolor

VARIABLE	PUNTAJE PROMEDIO PRE	PUNTAJE PROMEDIO POST	% CON PUNTAJE MAYOR A 7 PRE	% CON PUNTAJE MAYOR A 7 POST
★ PREprocedimiento	5,8	4 1	44 1 %	28,4 % ★
PROcedimiento	4,8	5 1	31 9 %	32,9 %
POSTprocedimiento	1 0	1,4	1,0 %	1,0 %
	n = 102	n = 103	n = 102	n = 103

Percepción de la usuaria

	Pre Intervencion	Post Intervencion
Atencion inmediata	15 %	58 %
Más de 3 tactos vaginales	44 %	2 %
Recomienda el servicio	75 %	98 %
	n = 102	n = 103

Información proporcionada

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
Identificacion del médico	8,8 %	12 7 %
Diagnóstico	10,8 %	21,4 %
Tratamiento necesario	9,8 %	8 7%
Resultado de intervención	11,8%	29 1 %
	n = 102	n = 103

Informacion para seguimiento

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
Higiene personal	54,5 %	36 3 %
Retorno a rutina	7,9 %	26,5 %
Reinicio de menstruacion	9 9 %	25 5 %
Abstinencia	61,8 %	33 0 %
CITA	59,8 %	69 6 %
	n = 102	n = 103

Signos de alarma

VARIABLE	Pre Intervencion	Post Intervencion
Dolor	82,0 %	20 6 %
Sangrado severo	51,5 %	22,5 %
Secrecion vaginal	23 7 %	20 0 %
Fiebre	60,8 %	21,4 %
Escalosfrios	26,3 %	23 3 %
Desmayo	23 2 %	21,4 %
	n = 102	n = 103

Sostenibilidad

Pensar en sostenibilidad

- Revisar antecedentes
- Asegurar continuidad en entrega de servicios
- Desarrollo y mantenimiento de la infraestructura
- Apoyar el desarrollo de la capacidad institucional a largo plazo
- Lograr apoyo de los decisores clave

Revisión de antecedentes

- 4 hospitales / 3 proyectos
- Entrevistas a informantes claves

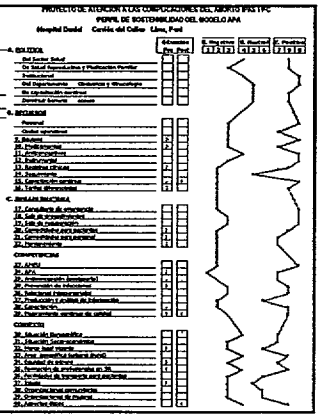
PROBLEMAS DETECTADOS

- Personal a cargo de atencion
- Seleccion de personal capacitado
- No participacion de la administracion
- Costos reposición de equipos otros
- Legalidad de equipos de AMEU
- Estigma del aborto

Resultados

- Logros
  - ✔ Registro sanitario de equipos AMEU
  - ✔ Administracion del Carrion involucrada desde el inicio
  - ✔ Personal objetivo residentes
  - ✔ Reposicion de equipos y mat. Capacitacion a otros hospitales
- Asuntos pendientes
  - ✔ Incrementar coordinacion proyecto extension Pathfinder/ODA
- Lecciones aprendidas
  - ✔ Necesidad de informacion previa (fuente primaria)

Perfil de Sostenibilidad



Lecciones aprendidas

Los aciertos

- Descubrir la realidad
- Participacion de la administracion
- Movilizar recursos
- Reorganizar procesos
- Pensar en sostenibilidad

Las barreras

- La dificultad para el cambio
- La administracion publica
- El estigma social del aborto
- El exito

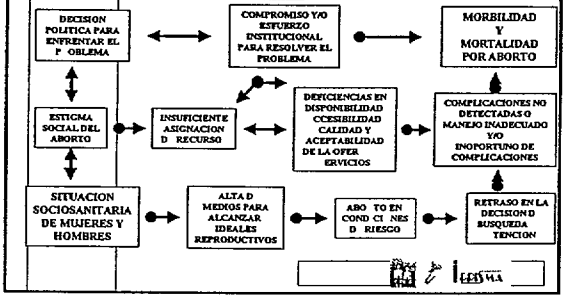
Los pasos siguientes

- Ajustar proceso de atención
- Ensayo clinico tratamiento del dolor
- Desarrollo de sistema para tomar decisiones basadas en evidencias
- Construir sostenibilidad
- Expandir el modelo

El reto presente y futuro

Construir un modelo sostenible de APA, que responda a las verdaderas necesidades de las mujeres

Análisis estratégico



71

Reunión de difusión para personal tecnico
FEBRERO 18 (MIERCOLES)

Lista de Participantes

Nº	Nombre
01	G O Miguel Exebio Exebio
02	Dr Benjamin Paz
03	Dr Edwin Zevallos B
04	Dra Emma Salazar Salvatierra
05	Dra Hilda Baca Neglia
06	Sra Salome Leon Garcia
07	Obst Ines Chancafe Chu
08	Sra Gladys Falla Marchena
09	Sra Juana Barreda Grados
10	Dr Julio Cano Cardenas
11	Dr Humberto Farfan Bravo
12	Dr Oscar Paredes Laguna
13	Dr Jose Calderon Iberico
14	Dr Benigno Lozada Stambury
15	Dr Luis Salazar Huajardo
16	Dr Enrique Huaman
17	Dr Hugo Tibucio Fano
18	Dr Abner Ortiz Rocca
19	Sr Miguel Gutierrez
20	Dr Jorge Parra Vergara

21	Dr Carlos Ponce
22	Dr Carlos Gutierrez
23	Sr Henry Infante Takey
24	Sra Sonia Odria
25	Sra Isabel Huayanay
26	Dra Luz Juarez
27	Sra Maria Romero-Concepcion
28	Dr Adolfo Pinedo
29	Dra Laura Altobelli
30	Dr Miguel Espinoza
31	Sra Gladys Canelo
32	Obst Gladys Yucra Bustamante
33	Dr Jesus Chipana Hurtado
34	Obst Maria Luisa Arias Flores
35	Ginec Juan Cerdeno R
36	Srta Maritza Ortega
37	Sr Jhonny Juarez
38	Dr Julio Aguilar
39	Sr Luis Cornelio Cullanco
40	Obst Jorge S
42	Obst Jose Delgado Sanchez

Anexo 4

Paseo Padre Constancio Bollar 225 Pque El Olivar de San Isidro
San Isidro Lima 27 – Peru
Teléfono (511) 442-0448 (511) 442-3679 Fax (511) 440-0635
E mail postmast@pclima org pe
http //www popcouncil org

Population Council Latin America and the Caribbean - Perú Office

Ipas INOPAL MINISTERIO DE SALUD

Prueba de un modelo hospitalario para integrar el tratamiento de las complicaciones del aborto con la planificación familiar

Janie Benson Marian Abernathy Victor Huapaya John Nagahata Julio Aguilar Luz Juarez Wilfredo Solis Edwin Mejia Maria Rosa Garate Rosa Monge Elizabeth Aliaga

Las tasas de mortalidad materna en el Peru no han mejorado en los ultimos 20 años Una gran proporcion de muertes maternas registradas en los hospitales –22%- son causadas por abortos inducidos en condiciones no seguras Para enfrentar estos problemas, el Ministerio de Salud del Peru solicito la asistencia tecnica de Ipas y el Population Council (a traves del Proyecto INOPAL de AID) para evaluar un modelo mejorado de la atencion del post aborto (APA) a nivel hospitalario Este modelo integra el tratamiento del aborto incompleto con el uso de la aspiracion manual (AMEU), la consejeria y la entrega de informacion y servicios de planificacion familiar El estudio fue realizado en el hospital D A. Carrion, establecimiento de tercer nivel ubicado en el Callao, Peru

Los objetivos del estudio fueron evaluar la efectividad y costo efectividad de la integracion de Planificacion Familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto a nivel del hospital, medir los cambios en los recursos utilizados en la atencion post aborto, documentar los cambios en el tratamiento clinico, documentar la institucionalizacion del modelo, y servir como un modelo para otros establecimientos de salud en el Peru. La implementacion de este nuevo modelo integrado comprendio la capacitacion a proveedores en el uso del AMEU, planificacion familiar durante el post aborto y comunicacion con pacientes, reorganizacion de los servicios entrega de un servicio ambulatorio de APA en un ambiente de emergencia recientemente instalado disminucion de las tarifas a pacientes, monitoreo de la entrega de servicios y asistencia tecnica.

Se recolectaron datos antes y despues de la implementacion del nuevo modelo de APA para medir los cambios en la calidad de los servicios Los instrumentos de recoleccion de datos (pre y post intervencion) fueron los siguientes

1 Entrevistas de salida con mujeres que habian recibido tratamiento por aborto incompleto (n=102, n=103),
2 Formatos de recoleccion de la historia clinica(n=102, n=103),
3 Estudio de costos con observacion de pacientes y revision de registros, usando tanto la metodologia de Ipas como la de OMS/OPS (n=17, pre y post),
4 Revision del libro de registros de todos los procedimientos realizados durante el estudio,
5 Observaciones de la infraestructura y recursos de los servicios de APA (n=12, pre y post),
6 Observaciones de la entrega de APA (n=15, pre y post),
7 Entrevistas en profundidad con pacientes (n=15) y funcionarios (n=10) grupos focales con proveedores (n=6)

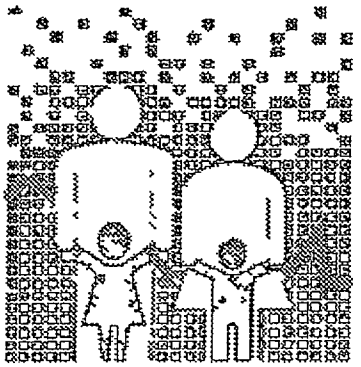
Las mujeres entrevistadas antes y despues de la intervencion tuvieron caracteristicas socio demograficas similares En promedio, las mujeres participantes del estudio tuvieron alrededor de 20 años la mayoria era casada o en union y trabajaban como amas de casa Ambos grupos reportaron tener un nivel educativo alto sin embargo, el grupo post intervencion tuvo mas años de educacion ($p< 05$) Mas de un tercio de las mujeres en ambos grupos refirio que su embarazo era deseado Casi 30 y 25 por ciento en los grupos pre y post intervencion respectivamente, refirio no desear un siguiente embarazo De aquellas que si deseaban un embarazo futuro casi la mitad en el grupo pre intervencion y 42 por ciento en el post intervencion deseaba retrasar un siguiente embarazo por 2 años o mas El conocimiento acerca de anticonceptivos era casi universal, aunque la frecuencia de uso de algun metodo variaba de 96 por ciento a 73 por ciento en el grupo pre y post respectivamente Cerca de la mitad del grupo pre y por encima del 30 por ciento del grupo post indicaron que habian usado un anticonceptivo cuando salieron embarazadas ($p< 05$) En ambos grupos el metodo mas utilizado era el metodo del ritmo

15

4Paseo Padre Constancio Bollar 225 Pque El Olivar de San Isidro
San Isidro Lima 27 – Peru
Telefono (511) 442-0448 (511) 442-3679 Fax (511) 440-0635
E-mail postmast@pclima org pe
http //www popcouncil org

Population Council Latin America & the Caribbean – Perú Office

Prueba de un modelo hospitalario para integrar el tratamiento de las complicaciones del aborto con la planificación familiar



Janie Benson, Marian Abernathy, Víctor Huapaya, John Nagahata, Julio Aguilar, Luz Juárez, Wilfredo Solís, Edwin Mejía, María Rosa Gárate, Rosa Monge, Elizabeth Aliaga

Lima, febrero de 1998

16

Prueba de un modelo hospitalario para integrar el tratamiento de las complicaciones del aborto con la planificación familiar

Janie Benson
Victor Huapaya
Marian Abernathy
John Nagahata
Julio Aguilar
Luz Juarez
Wilfredo Solis
Edwin Mejia
Maria Rosa Garate
Rosa Monge
Elizabeth Aliaga

Janie Benson es directora de Investigacion en Sistemas de Salud y Marian Abernathy es Subdirectora Asociada de Programas para Latinoamerica de IPAS Carrboro NC USA

Victor Huapaya fue coordinador del proyecto por la Asociacion Benefica Prisma para la Oficina del Population Council en Peru

John Nagahata fue Director de Programas Sociales del Ministerio de Salud durante todo el desarrollo del proyecto

Luz Juarez es directora del Hospital Daniel A Carrion del Callao Edwin Mejia fue jefe del Departamento de Ginecologia y Obstetricia y Julio Aguilar es el encargado del consultorio de planificacion familiar en el Hospital Daniel A. Carrion del Callao

Wilfredo Solis es consultor en administracion de servicios de salud

Maria Rosa Garate Rosa Monge y Elizabeth Aliaga son consultoras para la oficina del Population Council en Peru

Publicacion preparada para la reunion de presentacion
de resultados finales del estudio de investigacion
Hotel Jose Antonio Executive - Miraflores
Lima, febrero de 1998

A la memoria de

John R. Nagahata Susanibar

Quien dedico gran parte de su vida a la noble causa de proporcionar salud y bienestar a los hombres y mujeres del Peru, facilitando su acceso a los beneficios de la planificacion familiar

Agradecimientos

Los autores de esta publicacion expresan su sincero agradecimiento a todos y cada uno de los trabajadores y directivos de salud quienes de una u otra manera ayudaron a realizar este proyecto

Es justo y necesario expresar un especial reconocimiento a Carlos Joo Luck, director de la Direccion Subregional de Salud I – Callao, a Consuelo Rodriguez y Jorge Alcantara en el Hospital Daniel A Carrion, a Federico Leon, Maria Rosa Garate, Jeanne Noble, Ana Prevoo, Victor Llontop, Cecilia Delgado y Milagros Casas en la oficina del Population Council en Lima, a Josephine Gilman y Carlos Gutierrez en A.B Prisma, a Lucy Lopez, Tom Morris y Susan Brems en la Oficina de Salud, Nutricion y Poblacion en USAID-Peru

La recoleccion de datos fue realizada por un grupo de profesionales competentes y dedicados Ruth Bonilla, Jeanette Castillo, Haime Criado, Ana Maria De las Casas, Ruth Maldonado, Janet Omontes, Virginia Orellana, Ursula Padilla, Alicia Salazar, Carmen Uribe, Erika Vasquez, Silvia Velarde y Maria Zamudio, trabajaron en forma eficiente para recolectar datos, bajo la coordinacion y supervision directa de Rosa Monge y Wilfredo Solis

Hector Verastegui en Lima y Tim King en Chapell Hill, Carolina del Norte, prestaron un apoyo tecnico invalorable en el manejo y analisis de los datos recolectados

Jim Foreit (Population Council) y Sarah Harbison (USAID) en Washington y Rosalinda Lidh (IPAS) en Chapell Hill, Carolina del Norte, ofrecieron la mas decidida colaboracion, tiempo y apoyo tecnico a este proyecto

Finalmente, deseamos agradecer a las pacientes, medicos, obstetrices, enfermeras, internos e internas de medicina y obstetrices, auxiliares de enfermeria y todo el personal del hospital que con paciencia y en forma desinteresada proporcionaron su tiempo, colaboracion y opiniones en momentos particularmente dificiles de sus vidas o de su trabajo diario

Las investigaciones operativas de este proyecto son financiadas por la Oficina de Poblacion de USAID bajo el contrato N° AID/CCP-3030-C-00-5007-00 Investigacion Operativa y Asistencia Tecnica en Planificacion Familiar y Salud Reproductiva para America Latina y El Caribe

Resumen

Esta publicacion resume los resultados de un proyecto de investigacion operativa para probar un modelo de integracion de planificacion familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto en un hospital de tercer nivel en la provincia constitucional del Callao, de Lima - Peru

La intervencion principal fue la introduccion e institucionalizacion de un nuevo modelo de atencion postaborto (APA), que incluia el tratamiento quirurgico de emergencia del aborto incompleto con el uso de la tecnica de aspiracion manual endouterina (AMEU), la entrega de informacion, orientacion, consejeria en salud reproductiva y finalmente, la entrega de informacion, consejeria y servicios de planificacion familiar postaborto

Para medir los cambios ocurridos en la calidad de la atencion producidos como resultado de la introduccion e institucionalizacion de modelo antes señalado, se recolectaron - antes y despues de la intervencion - datos de entrevistas a pacientes (n=102, linea de base, y n=103 postintervencion), de las historias clinicas (n=102, linea de base, y n=103 postintervencion), de un estudio de costos, del libro de registro de procedimientos quirurgicos en sala de legrados y de la observacion de la entrega de servicios clinicos

Despues de la intervencion, el uso de la AMEU se incremento de 0 a 83 por ciento en los pacientes que cumplian los criterios clinicos necesarios para el uso de esta tecnica Tambien se evidencio un incremento en el porcentaje de pacientes que recibieron informacion acerca de su diagnostico (10,8% vs 21,4%) y los resultados de la intervencion (11,8% vs 29,1%) El porcentaje de pacientes que recibio otro tipo de informacion para el cuidado de su salud reproductiva permanecio igual o disminuyo despues de la intervencion Asi el porcentaje de pacientes que refirieron haber recibido la indicacion de guardar abstinencia sexual despues del alta, disminuyo de 61,8% a 33% en la postintervencion

La percepcion de dolor, referida por las pacientes, durante su estadia en emergencia antes del procedimiento de evacuacion de restos uterinos disminuyo en forma significativa despues de la intervencion Por otro lado, la percepcion

Anexo 5

Reunión de presentación de resultados finales del proyecto "Prueba de un modelo para integrar la planificación familiar con el tratamiento de las complicaciones del aborto"
Hotel José Antonio Executive – Salón Miramar
Lima, 25 de febrero de 1998

Moderador: Oscar Guzman

09 00 – 09 05	Palabras de bienvenida Susan Brems / Tom Morris / Lucy Lopez USAID
09 05 – 09 15	Presentacion del proyecto *Josephine Guilman, A B Prisma* *Maria Rosa Gárate, The Population Council* *Janie Benson IPAS*
09 15 – 09 30	Atencion Postaborto – La tecnica de AMEU *Victor Huapaya, A B Prisma*
09 30 – 09 45	Modelo para mejoramiento de Calidad de Atencion *Victor Huapaya, A B Prisma*
09 45 – 10 00	Estudio de Costos – Metodologia IPAS Janie Benson, IPAS
10 00 – 10 20	Aspectos generales del proyecto y caracteristicas de las pacientes *Jorge Parra,Ministerio de Salud*
10 20 – 10 35	Receso
10 35 – 10 55	Cambios en el Modelo de Atencion Postaborto *Luz Juarez Hospital Daniel A Carrion*
10 55 – 11 15	Integracion de planificacion familiar y atencion postaborto *Julio Aguilar, Departamento de Obstetricia y Ginecologia* *Hospital Daniel A Carrion*
11 15 – 11 35	Cambios en la calidad de atencion y sostenibilidad del proyecto *Jorge Parra Ministerio de Salud*
11 35 – 12 05	Comentarios *Bruno Benavides, Proyecto 2000* *Pedro Mendoza, Proyecto Fortalecimiento de Servicios de Salud* *Alvaro Galliour, Proyecto Salud y Nutricion Basica*
12 05 – 12 30	*Preguntas*
12 30	Vino de Honor

Material enviado

Nº	Institucion	Cargo	Nombre
01	Clinica Hogar de la Madre	Gerente General	Dr Wilfredo Solis
02	Hospital San Bartolome	Director	Dr Fernando Ortega Castre
03	Hospital Arzobispo Loayza	Director	Dr Nelson Garcia Chambilla
04	Hospital Hipolito Unanue	Director	Dr Jose Albites Jara
05	Hospital Santa Rosa	Director	Dr Alejandro Kanashiro K
06	Hospital Maria Auxiliadora	Director	Dr Victor Lucero Roldon
07	Hospital Dos de Mayo	Director	Dr Jose Gonzalez Guerrero
08	Hospital Cesar Lopez Silva	Director	Dra Derlinda Portugal G
09	C de S Tahunatinsuyo Bajo	Director	Dr Carlos Toscano
10	Subregion Salud Lima – Norte	Director	Dr Luis Julian Pro Delgado
11	Subregion Salud Lima – Sur	Director	Dr Italo Arbulu Tejero
12	Subregion Salud Lima – Este	Director	Dra Betsy Moscoso Rojas
13	Subregion Salud Lima – Ciudad	Director	Dr Jorge Miano Trellez
14	Region de Salud Arequipa	Director	Dr Gustavo Rondon Fudinaga
15	Region de Salud San Martin	Director Sub-Regional	Dr Miguel Vela Lopez
16	Subregion de Salud Chachapoyas	Director	Dr Jose Luis Mejia Mejia
17	Subregion de Salud Huancayo	Director	Dr Pablo E Gutierrez Maravi
18	Ministerio de Salud – Atencion a las Personas	Director Gral De la Direcc Gral De Salud de las Personas	Dr Eduardo Zarate
19	Proyecto Fortalecimiento de Servicios de Salud	Capacitacion en gestion	Dr Ricardo Corcuera
20	Grupo Quipus	Presidente	Dr Walter Torres
21	Proyecto Salud y Nutricion Basica	Coordinador General	Dr Alvaro Galliour
22	Programa Salud Basica Para Todos	Coord Nacional del Programa	Dr Danilo Fernandez Borjas

23	PCMI		Dr Claudio Lanata
24	Proyecto Generacion Capacidades	Coordinador	Dr Ariel Frisancho
25	MSH	Coordinador Residente en Peru	Lic Teobaldo Espejo
26	INPPARES	Gerente General	Dr Daniel Aspilcueta
27	Proyecto Max Salud – Chiclayo	Director Medico	Dr Luis Castañeda
28	CESIP	Jefe de Proyectos	Psic Silvia Madalegoitia
29	Proyecto Reprosalud		Sra Susana Galdos
30	Ministerio de Salud – Programas	Director Adjunto de la Direc Gen Sal De las Personas	Dr Jesus Toledo Tito
31	USAID – Proyecto Alcance	Coordinadora del Proyecto	Dra Raquel Hurtado
32	INANDEP	Coordinadora General	Dra Dina Li
33	OPS	Consultora Nacional	Dra Margarita Petrera
34	PRISMA (Investigaciones)	Director	Dr Luis Segura
35	FUTURES GROUP	Representante	Dra Patricia Mostajo