

# Entrevistas a Actores Clave en Guatemala: Expansión a Escala del Método de Días Fijos®

Submitted May 2012  
The Institute for Reproductive Health  
Georgetown University



© 2012. Institute for Reproductive Health, Georgetown University

**Recommended Citation:**

Entrevistas a Actores Clave en Guatemala: Expansión a Escala del Método de Días Fijos®. May 2012. Washington, D.C.: Institute for Reproductive Health, Georgetown University for the U.S. Agency for International Development (USAID).

The Institute for Reproductive Health (IRH) is part of the Georgetown University Medical Center, an internationally recognized academic medical center with a three-part mission of research, teaching and patient care. IRH is a leading technical resource and learning center committed to developing and increasing the availability of effective, easy-to-use, fertility awareness-based methods (FAM) of family planning.

IRH was awarded the 5-year Fertility Awareness-Based Methods (FAM) Project by the United States Agency for International Development (USAID) in September 2007. This 5-year project aims to increase access and use of FAM within a broad range of service delivery programs using systems-oriented scaling up approaches.

This publication was made possible through support provided by the United States Agency for International Development (USAID) under the terms of the Cooperative Agreement No. GPO-A-00-07-00003-00. The contents of this document do not necessarily reflect the views or policies of USAID or Georgetown University.

This publication was written by Lorena Pahor for IRH, with the help of Elizabeth Salazar.

**The FAM Project**

Institute for Reproductive Health  
Georgetown University  
4301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 310  
Washington, D.C. 20008 USA  
Email: [irhinfo@georgetown.edu](mailto:irhinfo@georgetown.edu)  
Website: [www.irh.org](http://www.irh.org)

## Índice

Listado de Siglas .....	i
Executive Summary in English.....	iii
Resumen Ejecutivo .....	vii
1. Introducción .....	1
2. Metodología .....	2
3. Resultados.....	3
3.1. Descripción del proceso de expansión .....	3
3.2. Principales aciertos en la ampliación a escala del MDF .....	6
3.2.1. Fortalecimiento de los sistemas.....	7
3.3. Aspectos para mejorar la expansión a escala del MDF.....	8
3.4. Liderazgos en el equipo de recurso .....	9
3.5. La incidencia del “entorno” en la expansión a escala del MDF.....	10
3.5.1. El entorno político .....	10
3.5.2. El entorno legal (contexto de derechos sexuales y reproductivos) .....	11
3.5.3. La perspectiva de género en la PF.....	13
3.6. Expansión horizontal del MDF.....	15
3.6.1. Integración del MDF en la selección de métodos .....	15
3.6.2. Nivel de las capacitaciones sobre el MDF en el personal de salud .....	15
3.6.2.1 La actitud del personal de salud hacia la eficacia del MDF.....	16
3.7. Expansión vertical del MDF .....	18
3.7.1. El MDF en el sistema de registro, materiales y presupuesto de las organizaciones usuarias .....	19
3.7.2. Normas y encuestas de salud reproductiva.....	20
3.7.3. El Collar del Ciclo en el sistema de compras de los programas .....	20
3.8. Comparación de la expansión del MDF en las distintas áreas.....	21
3.9. Beneficios de la integración del MDF en los programas de PF.....	22
3.10. Posibilidad de involucramiento de las OBF a partir del MDF .....	23
4. Recomendaciones.....	24
5. Referencias.....	28
6. Anexo A.....	29

## Listado de Siglas

<b>APROFAM</b>	Asociación Probienestar de la Familia
<b>COCODE</b>	Consejo Comunitario de Desarrollo
<b>COCEDE</b>	Consejo Departamental de Desarrollo
<b>COMUDE</b>	Consejo Municipal de Desarrollo
<b>DECAP</b>	Departamento de Capacitación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>ENSMI</b>	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>IGSS</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>IRH</b>	Instituto de Salud Reproductiva, por sus siglas en inglés
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar)
<b>MBCF</b>	Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad
<b>MDF</b>	Método de Días Fijos
<b>MELA</b>	Método de Lactancia y Amenorrea
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>MOU</b>	Memorandum Of Understanding (Memorandum o carta de entendimiento)
<b>OBF</b>	Organización Basada en la Fe
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OSAR</b>	Observatorio en Salud Reproductiva
<b>PASMO</b>	Organización Panamericana de Mercadeo Social
<b>PEC</b>	Programa de Extensión de Cobertura
<b>PF</b>	Planificación Familiar
<b>PNSR</b>	Programa Nacional de Salud Reproductiva
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de Naciones Unidas, por sus siglas en inglés
<b>URC/HCI</b>	Corporación Universidad de Investigación/Mejoramiento de la Calidad en Salud, por sus siglas en inglés
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, por sus siglas en inglés
<b>SIAS</b>	Sistema Integral de Atención en Salud
<b>SIGSA</b>	Sistema de Información Gerencial en Salud



## Executive Summary

### Interviews with Stakeholders in Guatemala: Scale-up of the Standard Days Method®

#### Background

In order to scale up the Standard Days Method® (SDM) in Guatemala, the Institute for Reproductive Health (IRH) of Georgetown University proposed using the ExpandNet model for scaling-up health innovations. This conceptual model takes into account comments needed to attain sustainability of the method, as well as the stakeholders involved and the existing environment.

Before this initiative, from late December 2008 to January 2009, IRH interviewed 15 stakeholders from the Ministry of Health (MOH), donor and cooperation agencies, family planning non-governmental organizations (NGOs), affiliates of International Planned Parenthood Federation (IPPF), faith-based organizations (FBOs) and associations defending sexual and reproductive rights, to ascertain the extent of their knowledge of SDM and the degree to which the method has been integrated into the country's family planning (FP) services, as well as to gain a better understanding of the environment and to determine whether there are opportunities to increase the method's coverage.

In June 2009, IRH and member organizations of the resource team began working to scale-up and integrate SDM using the ExpandNet model in three departments in the country: Sololá, Quetzaltenango and Santa Rosa. Consequently, around late 2011, another series of interviews was held with 18 stakeholders from family planning and sexual and reproductive health (SRH) organizations, to get their opinions on the results of the implementation of the model and the degree to which SDM could be expanded in the intervention areas. The interviews also served to assess changes of attitude in the stakeholders about SDM during that period and to gauge their degree of commitment on the integration of the method in family planning programs.

#### Results

All the stakeholders described the scale-up in a way that coincided with the proposal of the ExpandNet model, i.e., an effort to progressively give greater coverage to an innovation based on a successful experience and thus benefit more people. They stated that ExpandNet worked as a useful model for the scale-up of SDM. They even considered it applicable to other types of programs and projects due to its integral and integrating structure. The component of the model that has served them best in working cohesively was the resource team that was formed on the central level, plus the local resource teams that were implemented in the community setting. The mutual support and coordination within the Ministry of Health itself —National Reproductive Health Program (*PNSR* by its Spanish initials), Training Department (*DECAP*), Coverage Extension

Program (*PEC*) and the Department of Human Resource Training— and with the different private organizations, NGOs, FBOs and the Guatemalan Social Security Institute (*IGSS*) were pointed out as the main strength. Those interviewed acknowledged the important support from IRH in following up on the actions of the resource team, but also indicated the leadership and initiative of Guatemala’s National Reproductive Health Program throughout the process.

Although the stakeholders who had been informed of the ExpandNet model explained that they could fully understand the strategy only in practice, several participants who joined later and are working actively on the resource team asked for training on the use and implementation of the model because they had never received any.

One of the resource team’s achievements was the signing of a letter of understanding between the different Ministry of Health offices and IRH, serving as recognition of the group, which could be a step towards its institutionalization. Another achievement is the partnership with the MOH Training Department (*DECAP*), through which all training on reproductive health topics, including training on SDM and LAM, has MOH status and thus becomes a part of their system.

The stakeholders also stressed that the training on SDM promoted by the IRH, which strongly emphasizes sexual and reproductive rights, has enriched the content of the explanation of other contraceptive methods. This is because the training increases knowledge of the menstrual cycle, fertility and communication between the couple, all while helping them understand how contraceptives work.

One significant change from the data gathered in the baseline study from 2008-2009 is that health personnel now have a better opinion of the effectiveness of SDM. They used to believe the method had a low rate of success in preventing pregnancy. The dissemination of scientific efficacy studies by IRH has played a role in the change of attitude that health providers displayed on this point. Also, the work of sensitizing them to the importance of providing the full range of methods under national family planning guidelines has led them to accept SDM as another effective method. According to those interviewed, prejudices concerning the effectiveness of SDM and other myths can be reduced through imparting knowledge and ongoing training. The distance learning course on SDM was mentioned in this regard. In general, many of the stakeholders stressed that ongoing training is “very necessary,” given the large turnover of personnel, the incorporation of new health providers and the fact that repetitive exposure to information is essential to solidifying knowledge.

As to which health personnel were the most appropriate for providing counseling in SDM, the stakeholders said it was precisely those who are presently providing the services: the nurse’s aides and the professional nurses, because they have direct contact with the community and have more time, as opposed to physicians, who are limited to diagnosing and treating.

On the other hand, the changing political environment that installs new ministerial authorities every four years was a reason for concern among half of the individuals interviewed, who stated that the progress made with SDM and its continuity could be affected by new authorities. They also said that the sensitization, empowerment and knowledge from the resource team for scale-up of the method could be lost if the same people do not continue in their existing roles. Nevertheless, the other half of stakeholders considered that the scale-up work done was sufficiently institutionalized, stating that SDM is now included in the country's legislation and national family planning guidelines, as well as the training content for health personnel. Advocacy with these authorities was mentioned as urgent for the sustainability of scale-up, as is pressure that civil society could bring to bear.

Although SDM is well integrated into the range of methods offered by agencies interviewed, the biggest problem lies in purchasing CycleBeads®. Some feel that this could endanger the method's sustainability. For now, all the stakeholders said they obtain CycleBeads through IRH donations, but they are afraid that when this ends an adequate purchase mechanism may not be found. The United Nations Population Fund, which in Guatemala is in charge of purchasing contraceptive supplies internationally, does not have CycleBeads in its purchasing catalog, which is why some of those interviewed recommended pressuring that donor agency. Others recommended seeking a local manufacturer and others suggested coordinating directly with the IRH in Washington.

Among the weaknesses in scaling up SDM, beyond the ones already mentioned, are problems with SDM Health Management Information Systems (HMIS) records, because health services have not been able to gather information in a standardized form. This is despite the achievement of getting SDM and LAM listed as separate items on health services' record forms, rather than just grouped together under "natural methods."

Concerning male participation in family planning, stakeholders stated that cultural norms of *machismo* still need to be taken into consideration as it is usually an obstruction for the use of this method.

Those interviewed listed several benefits that come with incorporating SDM into family planning programs. One example is that the range of methods is expanded, which means decisions are made based on greater variety and that helps fulfill the constitutional mandate and sexual and reproductive rights. They also mentioned being able to meet the needs of women seeking natural methods; a greater knowledge of the menstrual cycle and fertility on the part of users and health personnel; strengthening use of other methods (such as condoms) and couples being able to decide together which method they will use. In addition, some of people interviewed noted that SDM could be a "gateway" to faith-based organizations, helping to reduce unmet demand among women who want to choose a natural method.

## **Recommendations**

Stakeholders interviewed offered various suggestions for improving SDM scale-up process. These can be grouped into the following categories:

1. Expand the scale-up to more places in the country, in addition to the three departments where the interventions are currently taking place.
2. Continue with replications of SDM training in new areas as well as within the existing intervention areas, to combat the lack of knowledge resulting from high turnover of personnel and incorporation of new health providers.
3. Have IRH provide training in use and implementation of ExpandNet to members of the resource team who joined after the ExpandNet workshop in 2009 and for management personnel in the various agencies so they can learn about strategic models for expanding innovations.
4. Ensure supplies of CycleBeads in order to fulfill legislative requirements, which call for offering users the SDM among a wide range of methods.
5. Intensify work at the community level: approaching Community and Municipal Development Councils (*COCODES* and *COMUDES*), men, mothers-in-law, midwives, rural health technicians, community facilitators, etc.
6. Generate new strategic alliances (Ministry of Education, academies, and professional associations).
7. Have the resource team begin active advocacy with the new ministerial authorities to provide continuity and sustainability to SDM scale-up processes.
8. Strengthen monitoring and evaluation of all processes.

## Resumen Ejecutivo

### **Entrevistas a actores clave en Guatemala: Expansión a escala del Método de Días Fijos®**

#### **Antecedentes**

Con el propósito de integrar a amplia escala el Método de Días Fijos® (MDF) en Guatemala, el Instituto de Salud Reproductiva (IRH, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Georgetown propuso la aplicación del modelo ExpandNet. Este modelo conceptual toma en cuenta los componentes necesarios para obtener la sostenibilidad del método, además de los actores clave involucrados y el entorno existente.

Antes de esta iniciativa, entre fines de diciembre de 2008 y enero de 2009 IRH entrevistó a quince actores clave del Ministerio de Salud, agencias donantes y de cooperación, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de Planificación Familiar (PF), afiliadas a International Planned Parenthood Federation (IPPF), Organizaciones Basadas en la Fe (OBF) y asociaciones defensoras de derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de averiguar su grado de conocimiento del MDF y el estado de integración de este en los servicios de PF del país, así como adquirir un mejor panorama del entorno y determinar si existían oportunidades para aumentar la cobertura del método.

En junio de 2009 IRH y un variado equipo de recurso comenzó a aplicar ExpandNet en tres departamentos del país: Sololá, Quetzaltenango y Santa Rosa, por lo que a fines de 2011 nuevamente se realizó otra serie de entrevistas a dieciocho actores clave en asuntos de PF para conocer sus opiniones sobre los resultados de la aplicación del modelo y el grado de expansión del MDF alcanzado en las áreas de intervención. También las entrevistas tuvieron como objetivo evaluar los cambios de actitudes de los actores clave con respecto al MDF en ese período y medir su grado de compromiso en la integración del método en los programas de PF.

#### **Resultados**

Todos los actores clave definieron la expansión a escala de un modo que coincide con la propuesta del modelo ExpandNet, esto es, el esfuerzo para dar progresivamente mayor cobertura a una innovación sobre la base de una experiencia exitosa y así beneficiar a más personas. Afirmaron que ExpandNet funcionó como un modelo útil para la expansión a escala del MDF, incluso lo consideraron aplicable a programas y proyectos de distinta índole, debido a su estructura integral e integradora. El componente del modelo que mejor les ha servido para trabajar de manera cohesionada fue el equipo de recurso que se constituyó a nivel central, así como los equipos de

recurso locales que se implementaron en el ámbito comunitario. El apoyo mutuo y la coordinación al interior del propio Ministerio de Salud —Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), Departamento de Capacitación (DECAP), Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y Departamento de Formación de Recursos Humanos— y con las distintas organizaciones privadas, ONG, OBF y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) fueron destacados como la principal fortaleza. Los entrevistados reconocieron el importante aporte de IRH en el seguimiento a las acciones del equipo de recurso, pero también indicaron el liderazgo e iniciativa del PNSR en todo el proceso.

Si bien los actores clave que recibieron inducción sobre el modelo ExpandNet explicaron que pudieron comprender la estrategia a cabalidad solo en la práctica, varios participantes que se incorporaron más tarde y están trabajando activamente en el equipo de recurso solicitaron una capacitación sobre el uso y aplicación del modelo, ya que nunca habían recibido una.

Un logro del equipo de recurso fue la firma de una carta de entendimiento con las distintas instancias del Ministerio de Salud e IRH, que reconoce a este grupo y podría ser un paso para su institucionalización. También lo es el acuerdo con el DECAP, mediante el cual todas las capacitaciones sobre temas del PNSR —incluidas las brindadas por IRH sobre MDF y MELA— tienen estatus ministerial.

Asimismo, las capacitaciones del MDF promovidas por IRH, las cuales hacen un fuerte énfasis en derechos sexuales y reproductivos, han enriquecido, según aseguraron los actores clave, los contenidos del resto de métodos anticonceptivos. Esto se debe a que amplían los conocimientos sobre el ciclo menstrual, fertilidad y la comunicación en pareja, al tiempo que ayudan a entender el funcionamiento de todos los anticonceptivos.

Un cambio significativo con respecto a los datos recogidos en la línea basal de 2008-2009 fue una mejor consideración sobre la efectividad del MDF por parte del personal de salud, quien en el pasado solía atribuirle al método una baja tasa de seguridad para evitar embarazos. La pertinente diseminación de estudios científicos de eficacia por parte de IRH ha tenido que ver con el cambio de actitud que los proveedores de salud mostraron sobre este punto. También el trabajo de sensibilizarlos sobre la importancia de brindar toda la gama de métodos dispuesta por la ley de planificación familiar ha causado que estos acogieran al MDF como un método eficaz más. De acuerdo con los entrevistados, los prejuicios sobre la eficacia del MDF y otros mitos pueden disminuirse a través de la impartición de conocimientos y la capacitación permanente. En ese sentido se mencionó el curso a distancia del MDF. En general, la capacitación permanente fue resaltada siempre como “muy necesaria” por muchos actores clave, dada la gran rotación del personal, la incorporación de nuevos proveedores de salud y la indispensable exposición a la repetición de información para generar solidez en los conocimientos.

Respecto del personal de salud más apropiado para brindar la consejería en MDF, los actores clave señalaron que son precisamente quienes la dan en la actualidad en los servicios: la auxiliar de enfermería y la enfermera profesional, debido a que tienen contacto en el nivel comunitario y tienen más tiempo, a diferencia del personal médico, que se limita al diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado, el cambiante entorno político que trae nuevas autoridades ministeriales cada cuatro años fue motivo de preocupación por parte de la mitad de las personas entrevistadas, pues manifestaron que el trabajo avanzado con el MDF y su continuidad podrían verse afectados con otros directivos. Además, según ellas, se podría perder la sensibilización, empoderamiento y conocimiento sobre la expansión del método del equipo de recurso si no vuelve a contratarse a las mismas personas. No obstante, la otra mitad de los actores clave consideró que el trabajo de expansión realizado estaba suficientemente institucionalizado (el MDF está en las normas, las Guías nacionales de PF, los contenidos de formación del personal de salud, por ejemplo) como para que las futuras autoridades prosiguieran el proceso. La abogacía con estos cargos jerárquicos fue mencionada como una tarea impostergable con vistas a la sostenibilidad de la expansión, al igual que la presión que podría ejercer la sociedad civil.

Si bien el MDF está bien integrado en la selección de métodos de las entidades entrevistadas, el problema mayor se suscita a la hora de la adquisición de los collares. Y esto podría colocar en riesgo la sostenibilidad del método, según algunas opiniones. Por ahora, todos los actores clave dijeron abastecerse a través de donaciones de IRH, pero temen que cuando este finalice no se consiga un mecanismo de compra adecuado. UNFPA, quien se encarga en Guatemala de la compra de insumos anticonceptivos a nivel internacional, no tiene incorporados al Collar del Ciclo® en su catálogo de compra, por lo que algunas personas entrevistadas recomendaron presionar a dicha agencia donante; otras, buscar algún fabricante local y otras, dialogar directamente con IRH Washington.

Entre las debilidades para la expansión del MDF se encuentran, además de la ya citada, problemas con el registro del MDF, puesto que en los servicios de salud no logra estandarizarse una manera de recolección de la información. Esto a pesar del logro de que el MDF y el MELA ya figuran desagregados en las boletas de recolección en los servicios y ya no solamente como “métodos naturales”.

Acerca de la participación masculina en la PF, los actores clave indicaron que todavía queda trabajar aquellas normas culturales que tienen que ver con el machismo, lo cual suele obstruir el uso de este método.

Los entrevistados enumeraron varios beneficios que trajo aparejada la incorporación del MDF a los programas de PF. Por ejemplo, la ampliación de la gama de métodos, lo que refuerza una decisión basada en mayor variedad que, por lo tanto, contribuye a cumplir con el mandato

constitucional y los derechos sexuales y reproductivos. También se señaló poder cubrir las necesidades de mujeres que buscan métodos naturales; un mayor conocimiento del ciclo menstrual y la fertilidad por parte de usuarios y personal de salud; el refuerzo del uso de otros métodos (como el condón) y la posibilidad de decidir en pareja el método que se va a usar. Por otro lado, algunas personas entrevistadas notaron que el MDF podría ser una “puerta” para que las OBF contribuyan a disminuir la demanda insatisfecha en los casos de las mujeres que quieren optar por un método natural.

### **Recomendaciones**

Las personas entrevistadas hicieron variadas sugerencias para mejorar en el futuro el proceso de expansión a escala del MDF. Estas se pueden agrupar en grandes grupos:

1. Extender la ampliación a escala a más sitios del país, además de los tres departamentos en los que se están realizando las intervenciones.
2. Continuar con réplicas del MDF tanto a nuevas áreas como en las que ya se ha intervenido, para combatir el desconocimiento producido por la alta rotación de personal y por la incorporación de nuevos proveedores de salud.
3. Que IRH encare capacitaciones en el uso y aplicación de ExpandNet a integrantes del equipo de recurso que se incorporaron después del taller sobre este en 2009, así como a personal directivo de las distintas entidades para que tome contacto con modelos estratégicos de ampliación de innovaciones.
4. Asegurar el abastecimiento del Collar del Ciclo para poder cumplir con la norma, que ofrece a las usuarias el MDF dentro de una amplia gama de métodos.
5. Intensificar el trabajo con la comunidad (apertura con COCODES, COMUDES, hombres, la figura de la suegra, comadronas, técnicos en salud rural, facilitadores comunitarios, etc.).
6. Generar nuevas alianzas estratégicas (Ministerio de Educación, la Academia, colegios de profesionales).
7. Que el equipo de recurso comience una activa abogacía con las nuevas autoridades ministeriales para dar continuidad y sostenibilidad a los procesos de expansión a escala del MDF.
8. Fortalecer el monitoreo y evaluación de todos los procesos.

## 1. Introducción

El Método de Días Fijos® (MDF) es una opción anticonceptiva basada en el conocimiento de la fertilidad, que a través de un collar de perlas identifica los días en que la mujer puede quedar embarazada y los días que no. El Instituto de Salud Reproductiva (IRH, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Georgetown comenzó a trabajar en la aceptación de este método por parte de las usuarias y en la factibilidad de su integración en los servicios de salud de Guatemala en 2002.

A pesar de que el MDF formaba parte de la oferta sistemática de métodos desde ese año —cuando el método se incorporó a las normas—, no había logrado extenderse a gran escala en el país. Fue así que en 2009, IRH propuso la aplicación de ExpandNet para lograr esa meta. En virtud del modelo ExpandNet, la expansión comprende las actividades que se desarrollan deliberadamente con el fin de acrecentar el impacto de las innovaciones probadas en materia de servicios de salud para beneficiar a más personas y fomentar un desarrollo sostenible de políticas y programas. Este modelo conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) toma en cuenta los componentes necesarios para obtener la sostenibilidad del método, además de los actores clave involucrados y el entorno existente.

En los últimos 20 años el empleo de anticonceptivos ha aumentado en Guatemala: la prevalencia de su uso es del 43%. No obstante, todavía se mantiene una considerable demanda insatisfecha, sobre todo en las áreas rurales (ENSMI, 2002). Por su parte, el uso de métodos naturales también ha ido creciendo de modo estable en los últimos 12 años. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI), el uso de métodos “tradicionales” estaba por encima del 4.6% en 1998-1999 y se había incrementado al 8.8% en 2002. Los métodos calificados como “tradicionales” son el MDF, el MELA, el método del ritmo y el “retiro” (coito interrumpido), además de otros métodos “caseros”. Desafortunadamente, no existen datos específicos sobre el MDF, pero de la información recogida en la Encuesta se puede inferir que las mujeres se beneficiarían al conocer mejor el MDF y manejar información correcta sobre su ciclo menstrual y fertilidad. Es que cuando se les preguntó a las mujeres que estaban usando un método de abstinencia periódica, como el ritmo, si podían identificar su ciclo fértil, el 70% no lo pudo hacer o dio una respuesta incorrecta (ENSMI, 2002). Dichos resultados sugieren que las mujeres en edad reproductiva podrían usar la información del MDF para conocer mejor su cuerpo y mejorar sus opciones de Planificación Familiar (PF). De hecho, este método es especialmente beneficioso para aquellas mujeres que buscan una alternativa natural, ya sea por cuestiones religiosas o porque les preocupa los efectos secundarios de otros anticonceptivos.

Para obtener una idea del progreso de la integración de los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF), IRH entrevistó entre diciembre de 2008 y enero de 2009 a quince actores clave en temas de PF antes de que se aplicara la estrategia de ExpandNet. Luego de dos años y medio de implementación, a fines de 2011 se entrevistaron en profundidad a dieciocho actores

clave, para hacer una evaluación comparativa y sopesar los resultados de la aplicación a escala y planificar los pasos a seguir para la sostenibilidad del MDF.

Entonces, para este estudio, IRH se propuso los siguientes objetivos:

- Comprender los puntos de vista y definiciones de la expansión, y en especial de la expansión del MDF, que expresen los actores.
- Determinar la perspectiva de los actores sobre el alcance del éxito o fracaso de la expansión y el análisis de los factores que han afectado su éxito o fracaso.
- Evaluar los cambios de las actitudes de los actores clave —así como las causas de estos— con respecto al MDF y su integración en los programas de PF, y determinar su compromiso y actitudes actuales en relación con el MDF.
- Determinar qué necesidades se van a cumplir para la expansión del MDF y quiénes lo van a hacer.
- Informar a los actores clave acerca de lo que el Instituto ha logrado con respecto a la expansión del MDF.

## **2. Metodología**

IRH realizó entrevistas en profundidad a dieciocho actores clave en materia de PF, desde el nivel de quienes establecen los lineamientos normativos hasta el personal que operativiza estas acciones en el ámbito comunitario, pasando por miembros de agencias donantes y de cooperación. Entre las personas entrevistadas se encuentran miembros de:

- Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (PNSR/MSPAS) (3)
- Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (PEC-SIAS/MSPAS) (1)
- Departamento de Capacitación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (DECAP/MSPAS) (1)
- Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1)
- Área de Salud de Sololá y Santa Rosa del MSPAS (2)
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) (1)
- Organización basada en la fe (1)
- Organización comunitaria (1)
- Organizaciones donantes (2)
- Agencias de cooperación (3)
- Organización privada/afiliada de IPPF (2)

Las entrevistas se llevaron a cabo mediante un mismo cuestionario con preguntas estructuradas para todos los actores clave, con excepción de algunos cortos bloques de preguntas que se modificaron ligeramente. Estas se desarrollaron entre noviembre y diciembre de 2011.

### 3. Resultados

#### 3.1. Descripción del proceso de expansión

El 8, 9 y 12 de junio de 2009 IRH presentó en Guatemala el modelo ExpandNet, con la intención de que se utilizara para la ampliación a escala del MDF. Antes de ese evento, ninguno de los entrevistados conocía la existencia de esta estrategia desarrollada por la OMS.

A partir de esa fecha y hasta la actualidad, un par de actores clave se involucraron activamente en la aplicación del modelo, unos siete lo hicieron tiempo después y otros lo conocieron en esa fecha, pero luego delegaron el seguimiento a otras personas de sus instituciones (3) o dejaron de participar en el equipo de recurso (3). Dos de los entrevistados nunca habían visto el modelo, uno de ellos se incorporó recientemente al equipo de recurso central. Y a un actor clave se le había presentado una vez el modelo ExpandNet, pero no ha participado de las acciones de expansión del MDF.

Entonces, dado que varias personas entrevistadas no recibieron una inducción sobre este modelo conceptual, porque se integraron a las actividades de expansión después de junio de 2009, se solicitó para ellas una inmersión sobre el modelo ExpandNet.

Por otra parte, tres organizaciones estaban realizando en el momento de las entrevistas una expansión a escala con otro modelo: URC/HCI, utilizando una propuesta basada en el mejoramiento de la calidad, en el área neonatal y en PF; Wings, multiplicando toda la gama de métodos, a través de una red de educadoras y promotoras de PF; y PASMO, quien se encontraba haciendo la ampliación a escala del DIU y el Jadell en el sector privado. Ninguna de ellas forma parte del equipo de recurso.

Todas las personas entrevistadas pudieron definir la expansión a escala como un proceso paulatino para extender una innovación a mayor cantidad de lugares a partir de una experiencia exitosa previa.

Asimismo, todas coincidieron en que **ExpandNet era un modelo útil para la expansión a escala y que presentaba una estructura integral**. Entre las características que destacaron como útiles se encuentran:

- 1) que el modelo “toma en cuenta los procesos organizativos con la comunidad, los alcaldes, el Ministerio de Salud y otras instituciones que apoyan este tema”;
- 2) contribuye a “sistematizar los procesos”;

- 3) disminuye la duplicidad de esfuerzos del Sector Salud al hacer énfasis en la “coordinación intraministerial, interinstitucional e interdisciplinaria”, lo cual además redundante en el “aprovechamiento de tiempo, recurso humano y financiero”;
- 4) tiene la capacidad de ir involucrando a más actores; y
- 5) “como la planeación estratégica, toma en cuenta el entorno”.

Según los entrevistados, los aspectos citados permiten una mayor cobertura del MDF, y la PF en general, a nivel nacional. Otra cualidad positiva mencionada fue que ExpandNet incluye el monitoreo y evaluación, “muchas veces dejado de lado” por las organizaciones.

También se preguntó a los entrevistados que formaron o forman parte de los equipos de recurso si su opinión acerca del modelo ExpandNet había variado desde que tomaron contacto por primera vez con este hasta la actualidad. En ese sentido, unánimemente **los actores clave dijeron que ahora entienden mejor el modelo** y que este se comprende en la práctica, haciendo el trabajo paso por paso:

*[Al principio] me parecía confuso, como que llevaba mucho... Cuesta entenderlo cuando uno mira esto [la gráfica del modelo ExpandNet], pero conforme uno se va metiendo va entendiendo por qué es importante el entorno, un equipo, la abogacía, la logística, la implementación de todo el proceso. Hay que meterse para entender cómo funciona. - Miembro del MSPAS/PNSR*

*Al inicio uno está viendo si tiene una finalidad positiva o cuáles son los alcances, pero a medida que fuimos entrando al proceso, estoy encantado del modelo. Siento que es la mejor manera de trabajar con la población. De hecho, hay algunos distritos que nos preguntan: “¿Por qué no nos capacitan a nosotros? Ya hay algunos capacitados ¿y nosotros qué?” - Miembro del MSPAS/Área de Salud*

Varios **actores clave señalaron que el modelo ExpandNet también puede aplicarse a otros métodos anticonceptivos, proyectos o programas**: “Lo podría aplicar para Materno-Infantil, para PF, para Adolescentes, por ejemplo” (miembro del MSPAS/PNSR). De hecho, el PNSR se encontraba haciendo, con el apoyo de IRH, una expansión a escala de un proyecto piloto con comadronas que había iniciado en 2009, y en el IGSS se está aplicando el modelo al Programa de Inmunizaciones.

Cuando se les preguntó qué indicadores creían que podrían medir la efectividad de la expansión a escala del MDF, las respuestas fueron variadas, dependiendo del componente que manejara la persona entrevistada. Algunos actores clave refirieron que necesitaban más tiempo para reflexionar sobre los indicadores y no emitieron una respuesta.

Algunos indicadores que enumeraron fueron:

- Número de organizaciones comunitarias que participan en el proceso.
- Número de personas que participan en los procesos de capacitación permanente del MDF.
- Número de organizaciones gubernamentales capacitadas, especialmente las que tienen que ver con PF y las de servicios básicos de salud.
- Porcentaje de aumento de la demanda del servicio de PF.
- Personas líderes (miembros de los COCODES) capacitadas, “para convencer a otra gente”.
- Número de comisiones de salud de los COCODES que incorporan la PF dentro de sus agendas.
- Porcentaje de servicios que conocen el MDF.
- Porcentaje de servicios que ofertan el MDF.
- Equipo de recurso conformado, organizado e institucionalizado.
- En capacitación del recurso humano del MSPAS:
  - número de productos de capacitación diseñados en diferentes modalidades (en línea, presencial, etc.).
- En formación del recurso humano del MSPAS:
  - Incorporación del MDF en el contenido curricular.
  - Porcentaje de inclusión del MDF en la consejería balanceada durante la práctica supervisada de las estudiantes de auxiliares de enfermería.

Yendo más lejos en su análisis respecto de la comprobación de la efectividad de ExpandNet para ampliar a escala el MDF, una persona entrevistada respondió:

*La institucionalización de los procesos es el mejor indicador. Que esté o no esté IRH, el Ministerio de Salud tiene que destinar presupuesto para la innovación. ¿De qué sirve tener una innovación maravillosa, si cuando se vaya el proyecto se va a perder? Si no presionamos para que esto esté, no se va a institucionalizar. - Miembro del MSPAS/PNSR*

Por lo tanto, este actor clave, además de recomendar una ardua tarea de abogacía, dejó entrever que un indicador de la efectividad del modelo sería que se cuente con presupuesto suficiente para capacitación, compra del insumo, promoción, materiales y contratación del personal para el MDF.

Las personas entrevistadas que participaron en aquella primera actividad de difusión de ExpandNet recordaron que luego del taller en el que se les presentó el modelo, se dividieron en grupos para viajar al interior del país y evaluar las distintas situaciones, obstáculos y oportunidades para la expansión a escala del MDF. Tras las visitas, el grupo volvió a reunirse para formular una estrategia. Explicaron que se seleccionaron tres departamentos para hacer las intervenciones: Sololá, Santa Rosa y Quetzaltenango.

### 3.2. Principales aciertos en la ampliación a escala del MDF

Para la mayoría de los entrevistados que se integraron al proceso de ExpandNet, lo que mejor funcionó del modelo fue el **equipo de recurso**. También, como resaltó un actor clave, “que el Instituto [de Salud Reproductiva] se haya incorporado al Ministerio de Salud y que no haya trabajado a un lado en paralelo, fue básico” (miembro del MSPAS/PNSR).

El éxito de este componente de ExpandNet quedó explícito en estos testimonios:

*... lo más importante ha sido el trabajo con el equipo de recurso, porque se ha buscado no solo a personas del Programa de Salud Reproductiva, sino a otras instancias del Ministerio de Salud y de otras organizaciones no gubernamentales que tienen que ver con el proceso de expansión y operativización de las innovaciones. Porque nosotros ponemos la parte normativa a nivel de país, pero quienes van a desarrollar las acciones son los servicios, que hacen llegar las innovaciones a la comunidad, y eso se hace a través del SIAS, por ejemplo.*

*El equipo de recurso permitió una mejor coordinación para que todo lo que se decide a nivel central llegue a la comunidad. - Miembro del MSPAS/PNSR*

*Lo que mejor funcionó fue el equipo de recurso, porque [antes] se hacían muchas acciones, pero muy aisladas. [...] Y el equipo de recurso vino a fortalecer. Con esto miramos todos hacia un mismo lugar. Incluso si queremos comprar algo, hacemos una compra masiva.” - Miembro de MSPAS/PNSR*

No obstante las mentadas bondades del equipo de recurso, para varios entrevistados del Ministerio de Salud, se tiene que seguir trabajando para institucionalizar a este grupo de organizaciones que lleva adelante la expansión a escala del MDF. Según uno de ellos, “ahora está en proceso de institucionalización”. Estas personas **coincidieron en señalar como un importante avance hacia la consolidación del equipo de recurso la carta de entendimiento que firmaron los actores clave del Ministerio de Salud** (ministro, Dirección del PNSR, Direcciones de Área de Salud donde se lleva a cabo la expansión, DECAP y SIAS) e IRH.

Sin embargo, una fuente consideró que el MOU no era suficiente:

*Siento que como equipo de recurso nos está faltando algo... No sé si como una declaración o un acuerdo ministerial donde conste que se constituye el equipo de recurso como una estructura de instituciones.*

*Yo siento que tiene que ser como un acuerdo ministerial, porque las cartas de entendimiento son de compromiso moral. Aunque esta carta de compromiso fue*

*revisada por el cuerpo político del ministerio, creo que le falta...* - Miembro del MSPAS/PNSR

**Además del equipo de recurso a nivel central, varios entrevistados estimaron como un logro la conformación de los equipos de recurso locales.** De acuerdo con sus testimonios, “el mismo proceso que se hizo de incorporarlo [al equipo de recurso] a nivel central, se hizo con las autoridades a nivel local: entonces, ellos se empoderan, se comprometen y se apropian del proceso y lo ven como parte de su trabajo” (miembro del MSPAS/PNSR).

Otro actor clave especificó:

*La fortaleza es que no solo hay coordinación con el equipo de recurso central, sino con los locales. Hacemos un mejor esfuerzo de coordinación y apoyo: [por ejemplo,] si estamos desabastecidos, le pedimos apoyo al IGSS. Que la usuaria quede satisfecha es lo más importante; si no tenemos algo, la podemos referir a otro lugar.* - Miembro de MSPAS/PEC-SIAS

Por último, al menos cinco **entrevistados destacaron como valiosa la implementación del curso de capacitación del MDF** —tanto el de autoestudio como su versión en línea— para ampliar a escala el método. Uno de ellos indicó que tener “colgado” un curso del MDF en la página electrónica del Ministerio de Salud constituía un paso firme para la institucionalización del método. Por otro lado, otro actor clave manifestó que ello ha contribuido al fortalecimiento de toda la oferta de anticonceptivos y a la participación de más actores clave en esa dirección:

*[El curso en línea del MDF] hizo que PASMO se comprometiera a realizar la misma plataforma en línea que la del MDF, para que se pueda dar el curso para toda la gama de métodos que provee el Ministerio, porque [el MDF] no puede irse solito. [De este modo,] se amplían las posibilidades de capacitación virtuales de otros métodos.*  
- Miembro del MSPAS/PNSR.

Para otra persona del Ministerio de Salud entrevistada, el curso de autoestudio del MDF y su modalidad en línea son beneficiosos porque, además, optimizan recursos para viáticos y capacitación presencial, y evitan la extracción del personal de los servicios de salud.

### **3.2.1. Fortalecimiento de los sistemas**

Gran parte de los **actores clave afirmaron que la ampliación a escala del MDF fortaleció al sistema de capacitaciones** de todos los métodos anticonceptivos en general, pero también al mismo método, debido, por un lado, a la búsqueda ministerial de sistematización y unificación en materia de PF. Así, una persona del MSPAS entrevistada explicó que la carta convenio que firmaron el PNSR y el DECAP para que todas las capacitaciones sobre temas del primero se

incorporen a las capacitaciones del segundo asegura, entre otros beneficios, el “respeto por las instituciones”. Esto es importante porque “otros proyectos llevan adelante sus capacitaciones a través de su personal, pero no incorporan sus procesos al nivel del Departamento de Capacitación del Ministerio”. Ejemplificó con lo que sucedió en una actividad de cierta envergadura:

*Se hizo una disseminación de las “Guías de planificación familiar” y se hicieron cinco talleres, en los que se buscó a los expertos en cada método. Y cuando tocó MELA y MDF, se invitó a IRH. PASMO apoyó en T de Cobre y Jadelle. Se logró un objetivo a nivel de trabajo que fue la armonización de la cooperación internacional. - Miembro del MSPAS/PNSR.*

Por su parte, para el IGSS, incorporar a las comadronas en las capacitaciones del MDF también ha hecho más sólido el sistema de capacitaciones. Estas actividades se enriquecieron, asimismo, debido a que incluyen temas que anteriormente no se abordaban, como el ciclo menstrual, género y derechos sexuales y reproductivos.

En el caso de APROFAM, la fuente entrevistada indicó algo similar: “el enfoque de derechos [que trabajamos] para que la usuaria tenga conocimiento de todos los métodos y que tome una decisión voluntaria” ayudó a fortalecer las capacitaciones. Y en eso tuvo su aporte IRH, como se verá más adelante. [Ver 3.5.2 “El entorno legal (contexto de derechos sexuales y reproductivos”)]

Además, que el MDF se enseñe como parte de los contenidos curriculares de las escuelas de auxiliares de enfermería ayudó a fortalecer el sistema educativo en general, porque “las capacitaciones [del MDF] además de contenido técnico, aportan metodología para llegar a los usuarios”, explicó la fuente del Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

En contraposición con los avances apreciados en el sistema de capacitaciones de los programas de las distintas organizaciones usuarias, varios **actores clave afirmaron que aún queda pendiente reforzar el sistema de monitoreo y evaluación**. Una de las personas entrevistadas se refirió a este problema:

*El monitoreo y evaluación es una debilidad; no tenemos la cultura de medir procesos, nos da miedo. Hay que capacitar a los equipos de recurso locales para que llenen instrumentos, reporten, vean abastecimiento. Tenemos que ir cerrando todas esas brechas antes de llegar al monitoreo y evaluación, para que este sea un proceso constructivo. - Miembro del MSPAS/PEC-SIAS*

### **3.3. Aspectos para mejorar la expansión a escala del MDF**

Cuando se preguntó a los actores clave si consideraban que IRH podría haber encarado los procesos de expansión de un modo diferente, la mayoría coincidió en que el Instituto desempeñó

un gran trabajo de coordinación, compromiso y respeto hacia las organizaciones participantes. Pero aparte de lo anterior, dos personas entrevistadas manifestaron, además, que tal vez se pudo haber sido “más ambiciosos” e intervenir en más áreas, aunque reconocieron que el trabajo hubiese requerido mucho más esfuerzo y de por sí aquel había sido “muy duro”. Otro actor clave sugirió insistir en el enfoque de derecho, “porque en una sociedad machista hay que afianzar mucho el tema; aunque ya se haya dicho, no hay que darlo todo por sabido”. Finalmente, una persona del MSPAS entrevistada, si bien estimaba positivo el trabajo con el Instituto, dijo que “sentíamos que IRH exigía mucho esfuerzo y mucho tiempo al Ministerio y a la hora que se solicitaba el apoyo, no había recurso [...] Al equipo que tengo sí le agobiaba un poquito el trabajo que exigía: tiempo y esfuerzo”.

### 3.4. Liderazgos en el equipo de recurso

La mayoría de los entrevistados destacó la “excelente” labor de IRH para impulsar la expansión a escala del MDF, así como el liderazgo que asumió el MSPAS dentro del proceso.

Los siguientes testimonios ilustran ese aspecto:

*Yo vi mucha integración en el equipo de recurso. Incluso IRH se quedó en un segundo plano: IRH estaba ahí, se sabía de su liderazgo, pero, por ejemplo, dejaban que la persona del Ministerio, Carlos, creo, hiciera la apertura... o sea que era un liderazgo muy positivo porque no era IRH quien estaba al frente, dejaban al Ministerio. Y el Ministerio lo sentía así y eso es importante, porque hay una mejor apropiación de los servicios. - Miembro del MSPAS/ Formación de Recursos Humanos*

*Recuerdo que [IRH] siempre ha sido muy participativo y, a pesar de ser un proyecto pequeño, creo que **ha tenido bastante habilidad para convocar a las personas y hacerlas participar**. Siempre me ha parecido que son muy efectivos para eso, porque es trabajo de paciencia, de estar persiguiendo a las autoridades... eso lo han hecho bien. - Miembro de agencia de cooperación*

*Creo que quien ha puesto mayor interés fue el Ministerio de Salud, a través del Programa de Salud Reproductiva, e IRH. El IGSS dio acompañamiento en dos actividades, pero está siendo dificultoso por las mismas normas que tienen para fines administrativos. Lo mismo con APROFAM. - Miembro del MSPAS/PNSR*

En tanto, en las entrevistas a las personas integrantes de los equipos de recurso locales quedó documentado el liderazgo y la iniciativa (en las convocatorias y seguimientos, por ejemplo) de los trabajadores/as sociales de las Áreas de Salud implicadas en la expansión.

### 3.5. La incidencia del “entorno” en la expansión a escala del MDF

#### 3.5.1. El entorno político

Las entrevistas hicieron hincapié en conocer las opiniones de los actores clave respecto de si la transición del actual gobierno (2012-2015) podría afectar el trabajo que se realizó en 2008-2011 para expandir a escala el MDF e impulsar la PF en general. Los puntos de vista fueron divididos. Mientras algunos mostraron preocupación por que se pudieran perder los logros conseguidos o lentificar la continuidad de los procesos, otros consideraron que el cambio de las máximas autoridades no debería afectar.

Una persona entrevistada ilustró lo que históricamente ha sucedido en el Ministerio de Salud cuando se produce el pasaje de un gobierno al siguiente:

*Las nuevas autoridades entran y desconocen cómo trabaja el gobierno, y en lo que aprenden, tardan dos años... Al tercer año quieren hacer algo, pero ya están por salir y en el cuarto ya nadie les hace caso.*

*En las Áreas de Salud cambian a los directores de Área. A nivel central cambian también los directores de los programas y cambian las normas, o no las conocen, entonces hay confusión. [...] Esto tiene efectos en el tiempo, se pierde mucho tiempo volviendo a explicar lo mismo. - Miembro de agencia de cooperación*

Unos tres actores clave manifestaron su preocupación en cuanto a que con las nuevas autoridades ministeriales, muchos de los integrantes actuales de los equipos de recurso central y locales no vuelvan a ser contratados, por lo que se podría perder el trabajo de sensibilización, empoderamiento y capacitación sobre el MDF.

*El cambio de gobierno afecta. El 85% aquí somos contratados y los institucionales son muy pocos. Si se rompe el equipo [con el nuevo gobierno], hay que iniciar todo el proceso, porque el conocimiento y los procesos ya realizados se cortan por el desconocimiento de las personas que llegan. - Miembro del MSPAS/Área de Salud*

Por otro lado, en general se percibió incertidumbre en los actores clave acerca de quiénes reemplazarían los cargos decisivos y qué posición tomarían en relación con la planificación familiar: “El nuevo ministro viene del sector privado, hay que ver sus opiniones respecto de la PF”, esbozó un miembro de una agencia de cooperación, mientras que otras pocas personas entrevistadas especularon que se avecinaba una “línea tradicional” para la política anticonceptiva.

Entre quienes sostuvieron que el nuevo entorno político no debería afectar la expansión a escala del MDF ni al impulso dado hasta ahora a todo el paquete de métodos, la abogacía fue nombrada como una herramienta fundamental para el seguimiento de estos procesos, al igual que el monitoreo y fiscalización por parte de la sociedad civil:

*El hecho de que se cambien personas no significa que se vaya a cambiar la norma totalmente. Es cuestión de sentarse con las nuevas autoridades para persuadirlas y que se operativice.*

*Creo que las políticas estatales de salud rescatan las políticas de salud reproductiva; esto está enmarcado dentro de los Objetivos del Milenio. No es fácil decir “esto no va”, porque está tanto dentro de la Norma de Atención como dentro de las mismas políticas del Estado. Además, hoy en día la sociedad exige sus derechos también. - Miembro de una organización basada en la fe*

*Pienso que **hay suficiente institucionalización**, tenemos productos para mostrar a las nuevas autoridades de cómo han funcionado, para que tengan una valoración positiva sobre la continuidad de estos procesos. - Miembro del MSPAS/DECAP*

*... desde [hace] unos cuatro o cinco años ha habido un crecimiento de la sociedad civil organizada en la presión para estos temas. Está el OSAR, que observa el cumplimiento del marco legal, y eso es independiente de quién llegue al Gobierno, lo cual le da mayor sostenibilidad. -Miembro de agencia de cooperación*

Cabe resaltar que esta sensación de inestabilidad en torno a los procesos emprendidos en el Ministerio de Salud no ocurre ni en el IGSS ni en APROFAM, de acuerdo con los entrevistados de ambas instituciones. En el caso de APROFAM, las actividades que se establecen en un plan estratégico son cumplidas por cualquier director que asuma el puesto. De hecho, han tenido tres directores en el último período, sin que esto comprometiera la institucionalidad de la expansión del MDF ni de otras innovaciones, confirmó la fuente entrevistada. La misma situación se señaló en el IGSS, donde las actividades estipuladas se institucionalizan a través de normas.

### **3.5.2. El entorno legal (contexto de derechos sexuales y reproductivos)**

Todas las organizaciones que han participado o participan en el equipo de recurso subrayaron que su trabajo se enmarca dentro de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Según esta, hombres y mujeres tienen el derecho a acceder —a través de información, educación y consejería clara, correcta y oportuna— a una amplia gama de métodos y servicios de PF para poder decidir libremente el que más les convenga.

En ese sentido, para el PNSR fue un acierto que se condice con la ley “el hecho de que IRH tuviera la apertura de no dar solo los dos métodos que implementa [MDF y MELA], sino de dar información sobre los demás métodos dentro de los suyos”.

Todo nuevo método probado científicamente que se pretenda integrar al abanico de opciones anticonceptivas aumenta las variantes que un/a usuario/a puede elegir de manera informada. Así, la **integración del Collar a la oferta sistemática de métodos “permite que el Ministerio siga cumpliendo con el mandato constitucional**<sup>1</sup> de brindarle opciones adicionales a la población para su derecho a la salud reproductiva”, razonó un miembro del DECAP.

Si bien el entorno legal favorece la integración del MDF, como en una doble vía, **la expansión a escala de este método ayudó también a fortalecer el enfoque en derechos** en muchas organizaciones usuarias. Esto fue posible mediante contenidos que en las capacitaciones del Collar, además de hablar estrictamente de su uso, hacen énfasis en los derechos humanos, dentro de los cuales se encuentran los derechos sexuales y reproductivos contemplados en la legislación nacional e internacional. Una persona entrevistada con contacto con los equipos de recurso locales comentó al respecto:

*IRH ayudó en el enfoque que le dio a la PF. Estábamos en la descripción científica de los métodos, pero ellos pusieron el enfoque del derecho, entonces fortaleció a los equipos en esa parte. Le dieron un enfoque más integral a las capacitaciones y los equipos se fueron con otra mira. - Miembro del MSPAS/PEC-SIAS*

La misma entrevistada explicó:

*Unas ONG nuestras trabajaron derechos sexuales y reproductivos, y el equipo de recurso, que son médicos, educadoras y auxiliares de enfermería se quedó impactado... porque muchas veces se habla de los anticonceptivos, qué son, pero no desde una perspectiva del derecho, qué tengo que hacer como proveedor, qué no... Fue un buen punto de IRH porque nos ayudó a que la gente cambiara de actitudes. - Miembro del MSPAS/PEC-SIAS*

Por otro lado, para un miembro de una agencia de cooperación, la creación más o menos reciente del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) ha sido beneficiosa “porque ha hecho más visible el derecho de todas las personas a la salud reproductiva”. Y las capacitaciones del Collar hacen hincapié en esos derechos —elegir el número de hijos que se quiere tener, decidir cuándo tener relaciones y cuándo no, entre otros— como lo resaltó un actor clave:

*Ahí hay bastante concientización de que la salud reproductiva es un derecho. El método por sí mismo es que la mujer no tiene que ocultarse del marido para ponerse la inyección o tomarse la píldora. Entonces, el collar ahí está colgadito y el hombre ya*

---

<sup>1</sup> El artículo 47 de la Constitución Política de Guatemala establece que se garantizarán la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

*sabe que ese día no se puede. En todas las capacitaciones oí decir que la mujer tiene derecho a decir “hoy no se puede porque el collar marca que estoy en un día fértil.*

- Miembro del MSPAS/Departamento de Formación de Recursos Humanos

### **3.5.3. La perspectiva de género en la PF**

La participación del hombre en la PF, o específicamente a través del MDF, no ha mostrado avances significativos todavía en Guatemala, según expresaron varios actores clave entrevistados. **El machismo, que impide a las mujeres planificar libremente, fue la principal causa mencionada en la falta de involucramiento del hombre en la vida reproductiva de la pareja.** En muchas ocasiones esto hace persistir al hombre como una barrera para este método. Así, una persona entrevistada comentó:

*Hay que tener en cuenta que la población de Santa Rosa tiene machismo de parte del hombre. Y se podría malinterpretar el MDF: a la mujer le traería problemas de por qué en determinados días no puede tener relaciones. El hombre suele pensar que anda con otro, que no lo quiere... Hay un montón de factores culturales ahí.* - Miembro del MSPAS/Área de Salud

Para otras dos personas entrevistadas, habría que profundizar el trabajo o buscar nuevas formas para cambiar ese machismo enraizado: “Creo que **hay que avanzar más en IEC, para que [el MDF] se conozca más a nivel comunitario y trabajarse con perspectiva de género y pertinencia cultural,** porque el machismo puede ser una barrera para trabajar el MDF” (miembro del MSPAS/DECAP).

*Guatemala tiene un papel inequitativo en cuanto a la paridad de los géneros. Hay deficiencias muy significativas en temas de salud, educación, participación política y ciudadana. La participación de los dos en temas de planificación familiar... estamos llegando a un punto donde hay que trabajar en doble vía: hay que trabajar nuevas masculinidades. **El acceso a servicio de salud reproductiva todavía está orientado a la mujer, tiene un fuerte componente de maternoinfantil; hay que hacer otros abordajes para acercar a los hombres a los servicios de salud.*** - Miembro de agencia donante

No obstante, a través de la expansión del MDF se han realizado algunos esfuerzos en estos años en dirección a empoderar al hombre en su involucramiento en la PF. Mientras que un actor clave mencionó que el MDF “es un método que nos ayuda a fomentar la buena comunicación en pareja”, otro comentó cómo se trabaja el Collar con la Red de Hombres en su Área de Salud:

*[Con los hombres] hemos hecho mucho énfasis en los métodos anticonceptivos, especialmente en el MDF. Les explicamos cómo se usa y les decimos que como esposos se tienen que involucrar para saber la situación física de su esposa. Y ha habido*

*involucramiento de los hombres. No le voy a decir que en un gran porcentaje, pero sí despierta interés este tipo de método.” - Miembro del MSPAS/ Área de Salud*

APROFAM ha observado una acción que pareció funcionarle en el nivel comunitario en cuanto al compromiso de los dos integrantes de la pareja en el uso del MDF: “Al ver a un educador rural hablando del ciclo menstrual, en la comunidad hay mayor identificación con él. Entonces, si el hombre escucha primero, también escucha la mujer. Eso se logró con los promotores voluntarios, que hacen entrega de servicios”.

En los esfuerzos por mejorar el involucramiento del hombre en la PF se señaló el aporte de IRH:

*El tema de la negociación es importante. **[Hay que] darles las herramientas a las usuarias para que puedan negociar en una cultura donde es difícil negociar. Eso lo incluimos en nuestro componente, para que no quede un vacío y el enfoque de derecho quedara incompleto. Aunque antes también lo dábamos, cuando IRH nos dio ese acompañamiento, toda esta parte se fortaleció. La convicción, la evidencia científica fue impactante... Que se nos plantee todo el conocimiento del cuerpo es muy importante para la negociación. Las perlas blancas fluorescentes ahí se ven...***  
- Miembro de organización privada/afiliada IPPF

Otras experiencias comunitarias recogidas en las entrevistas de organizaciones que precisamente no participan en el equipo de recurso podrían servir para abordar en un futuro la barrera del hombre en la PF. Una organización comunitaria relató cómo trabaja con los hombres:

*Vamos a la comunidad, identificamos a un líder que pueda tener más interés en salud reproductiva. Y pedimos que llame a sus amigos para que se arme un pequeño grupo de hombres. Así tienen más confianza para hablar. Tocamos temas como comunicación en pareja, género, anatomía. Es increíble la cantidad de hombres adultos que no saben cómo queda embarazada una mujer. Hablamos de ITS, hablamos de riesgo reproductivo, hablamos de PF pero en un sentido global: de interés familiar, cuántos hijos puede mantener con este salario... también hablamos de violencia doméstica. Ya de último hablamos de los puros métodos. Enfocamos en la vasectomía y en los condones, pero son pocos los hombres que quieren usarlos. Y ahí entramos en que si ellos no quieren un método para ellos, entonces que permitan que sus mujeres lo usen, porque una de las barreras más grandes para las mujeres es que el hombre no permite que la mujer se proteja. - Miembro de una organización comunitaria*

La misma persona entrevistada, refirió que un trabajo importante que se puede hacer para abrir el tema de la PF a los hombres es a partir de los Comités Comunitarios de Desarrollo (COCEDE), los cuales suelen tener una comisión de salud entre otras comisiones sobre diversos temas. Y en ella

intentan incidir para hablar de PF: “Ellos nos abren una puerta con la comunidad. Si ellos dicen que no, aunque haya 300 mujeres que estén interesadas en planificar, entonces no se puede entrar. Por eso es importante trabajar con esos grupos”, explicó.

Otra recomendación, brindada por una agencia de cooperación, es **reforzar el trabajo de IEC del MDF con estrategias para el cambio de comportamiento**. “Hay que trabajar en el cambio de normas sociales, porque la mujer puede cambiar a nivel individual, pero si la norma no cambia...”, dijo la persona entrevistada. Según ella, “se está viendo que la motivación para la PF [en Guatemala] viene más por razones económicas que por la salud de la mujer”. Por eso, sugiere trabajar esto en forma integral con todas las alianzas.

### **3.6. Expansión horizontal del MDF**

#### **3.6.1. Integración del MDF en la selección de métodos**

Una persona con contacto en la comunidad expresó sobre la integración del MDF: “Esto de los Días Fijos está... no le digo que se ha vuelto institucional, pero está tomando mucho valor en toda la información y capacitación que se maneja en el Área” (miembro del MSPAS/Área de Salud).

El IGSS explicó que el MDF está integrado 100% entre los métodos de PF: en capacitaciones, materiales de IEC y en el registro del sistema de información, gracias a una resolución directiva de esa entidad.

Desde el punto de vista de la formación del recurso humano del MSPAS, quienes forman al futuro personal que dará las consejerías en PF en los servicios, también el MDF está debidamente integrado en los contenidos curriculares del pensum de estudio.

#### **3.6.2. Nivel de las capacitaciones sobre el MDF en el personal de salud**

Se quiso saber cuál era el personal de salud más apropiado para dar la consejería en el MDF, y todos los entrevistados contestaron que lo son la auxiliar de enfermería y la enfermera profesional, tal como está dispuesto actualmente. Según explicaron, ellas tienen más contacto con la comunidad, además de que el personal médico no cuenta con el tiempo necesario para dar la consejería, sino que se restringe a la atención clínica. El IGSS, además, mencionó a las comadronas como “muy importantes en este proceso”.

Respecto de si las auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales estaban bien capacitadas para dar la consejería del MDF, los entrevistados contestaron que “**todavía falta**”. Y enumeraron dos motivos: el primero es la alta rotación del personal en los servicios, por lo que se necesita alimentar la capacitación permanentemente y el segundo tiene que ver con ciertas dificultades del método, que es necesario reforzar:

*Lo que pasa es que **en los servicios hay mucha rotación de personal** y es imposible que la que está capacitada capacite en todo a la otra [que llega]. Entonces, hay que*

*mejorar eso en el monitoreo de la rotación del personal para fortalecer en el tema a quien queda en el puesto. Incluso llega mucho personal nuevo: las enfermeras graduadas. A ellas hay que capacitarlas.* - Miembro del MSPAS/PNSR

Los educadores rurales y los promotores en APROFAM que dan la consejería del Collar también tienen una alta rotación, por lo que una persona entrevistada de esa institución comentó que la capacitación es “un proceso que hay que reempezar; es un ciclo constante, que es muy común”.

En referencia a los aspectos propios del MDF que se deben reforzar en la capacitación del personal, un actor clave expuso:

*Creo que les falta capacitación, hay que reforzar, para ellos es más fácil poner una inyección. **Hay que mejorar la consejería y lo técnico también. El personal de salud necesita refuerzo en las situaciones intermedias [llamadas especiales]: aquellas mujeres que han usado por mucho tiempo la inyección y quieren “que mi cuerpo descanse”, pero no pueden [usar el MDF] por la amenorrea de la inyección, entonces no saben cómo empezar. Las mujeres en posparto es otro caso especial.***

- Miembro de agencia de cooperación

Para otra persona entrevistada, las capacitaciones sobre PF en general y MDF en particular deben reforzarse por lo menos una vez al año, no solo por la rotación del personal, sino porque las educadoras necesitan estar expuestas repetidas veces a una misma información, pues el conocimiento se les puede olvidar, no prestan suficiente atención u otros motivos.

En referencia a si se había generado suficiente conocimiento sobre el MDF, los actores clave expresaron que aunque se había hecho un buen aporte con las capacitaciones brindadas por IRH, todavía queda mucho por hacer:

*Hemos ido mejorando tal vez un 80% las cosas. Pero que tengan conocimiento todos los municipios no es cierto... Esto podría mejorarse si este equipo [de recurso local] se agrandara para que se tomen otros distritos. Acá estamos compuestos por diez distritos, y apenas hemos tocado unos tres o cuatro. Se necesita más personal porque esto que hacemos [equipo de recurso] es adicional a lo que hacemos nosotros [funciones por contrato].* - Miembro de MSPAS/Área de Salud

Para ampliar el conocimiento sobre el MDF, el curso a distancia y en línea de este método podría “consolidar más los conocimientos y la motivación” del personal, sugirió un miembro del IGSS.

#### **3.6.2.1. La actitud del personal de salud hacia la eficacia del MDF**

Uno de los aspectos en los que puede apreciarse un cambio significativo en relación con la línea basal de 2008 es la actitud de los proveedores de salud e incluso de los actores clave acerca de la

efectividad del MDF. De acuerdo con algunas personas entrevistadas, esto pudo deberse al hecho de que IRH presentó estudios científicos de eficacia que contribuyeron a derribar dichos prejuicios. Así, una de ellas comentó: “Al inicio se creía que tenía muy baja eficacia. Fue una de las barreras que se pudo eliminar. La evidencia científica que mostró el Instituto desde las primeras capacitaciones fue lo que hizo cambiar esa idea” (miembro de organización privada/afiliada a IPPF).

Un par de actores clave se explayaron sobre cómo la evidencia científica y el enfoque en derechos —por ejemplo, el deber de dar la orientación sobre *todos* los métodos de manera clara, correcta y oportuna para la toma de decisiones informada de los usuarios— coadyuvaron a la disminución del prejuicio de la efectividad del MDF:

*Sobre todo los proveedores de salud de mayor conocimiento tienden a pensar que los métodos químicos son los más seguros y que los demás revisten demasiado riesgo. Pero nosotros tratamos de darles la información basados en la evidencia científica y hacemos hincapié en la oferta de toda la gama de métodos. [...] No le puedo decir que ha cambiado radicalmente, pero sí ha disminuido. Si miramos cada uno de los prejuicios de 2003 a 2008 en un estudio, se ve la disminución.* - Miembro del MSPAS/PNSR

*La actitud es fundamental. Hay proveedores que piensan: “No, esta señora no va a entender” o “su pareja es machista, para qué se lo voy a dar”. Ahora tienen como norma informar todos los métodos, y del método seleccionado, dar la consejería específica”* - Miembro del MSPAS/PNSR

La mayoría de los entrevistados coincidió en que los proveedores de salud que dan la consejería del MDF aceptan el método y creen en su eficacia, siempre que las personas cumplan con las condiciones para su uso.

Algunas opiniones emitidas fueron:

- “No creo [que haya sesgo negativo sobre la eficacia del método]. La efectividad tiene que ver con que si es un método adecuado para uno o no lo es” (miembro de organización comunitaria).
- “Los proveedores están claros de que es un método efectivo, siempre que el ciclo de la usuaria sea el correcto. Ahora que tienen el insumo se ha fijado más ese conocimiento, tienen más confianza en la efectividad, siempre que se apliquen los tres pasos (miembro del MSPAS/PNSR).
- “Los proveedores lo aceptan siempre y cuando haya comunicación con la pareja por los días fértiles. Les da temor darlo a usuarias que no tienen buena comunicación. El miedo no es por la efectividad sino por la comunicación en pareja” (miembro del MSPAS/PEC-SIAS).

De todas maneras, un par de entrevistados habló de la persistencia de la desconfianza de los proveedores de salud en cuanto a la eficacia del MDF. Uno de ellos nombró los casos de embarazo que se le aparecen a los orientadores en los servicios luego de haber dado la consejería sobre algún método natural.

Para varios entrevistados, muchas veces no es la efectividad del método, sino la falta de tiempo en la consejería o el hecho de no saber darlo bien lo que genera que los proveedores no oferten el MDF:

*Creo que es un asunto actitudinal. Creo que el personal de salud no es escuchado. Siempre se le dice: “haga, haga y haga”. Pero ellos tienen que trabajar 18 programas, ese proveedor está agotado. Por eso, para él es más fácil ofrecer un DIU o una inyección” - Miembro de organización basada en la fe*

*Las ONG no lo ponen muy en práctica al MDF, hay capacitaciones, pero a la hora de la hora dan la depo-provera, que es más rápida. Es cuestión de actitud. Hay quienes ponen bastante interés, pero a veces están los que se quieren ir rápido o están apurados, entonces prefieren ofertar otros. Ha mejorado, pero todavía falta.*  
- Miembro de MSPAS/Área de Salud

*Una de las barreras del prestador de servicio sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad es que el propio prestador tiene un gran desconocimiento de cómo funciona el proceso de fertilidad. Creo que el MDF es una buena oportunidad para enseñar el proceso de fisiología y endocrinología que el personal tiene mucha debilidad. Eso los hace sentir incapaces e inseguros. Y otra cuestión que sesga es que tal vez es más fácil poner una inyección que explicar el método. - Miembro de organización donante*

Debido a testimonios como el último, **los actores clave insisten en un proceso de capacitación permanente del MDF** y que llegue a mayor cantidad de personas.

### **3.7. Expansión vertical del MDF**

Todas las personas entrevistadas coincidieron en que **el MDF se había integrado totalmente en la selección de métodos de sus respectivos programas y servicios de PF**, debido a que este está incluido en las normas de atención en salud, por lo que corresponde integrarlo y ofrecerlo a las usuarias. Además de su integración en las normas, “IRH ha entrado con bases sólidas a la sociedad científica, con evidencia científica” —explicó un miembro de una organización donante— lo cual le ha dado al MDF un fuerte respaldo para poder integrarlo en los distintos programas y proyectos de PF. Asimismo, un miembro del MSPAS/PNSR entrevistado sostuvo que se hizo mucha

incidencia en la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA) para que el Collar se integrara institucionalmente.

### 3.7.1. El MDF en el sistema de registro, materiales y presupuesto de las organizaciones usuarias

Para algunos actores clave, **el sistema de información y de registro del Collar en los servicios de salud es todavía débil**, aunque se logró que este se registre en la boleta de recolección de los servicios. Un actor clave consultado señaló: “En sí el sistema de registro es bien débil: es fácil que se caiga la plataforma, que no se permita el ingreso. Pero en la boleta de recolección ya hay una casilla específica para ambos métodos [MELA y MDF]”. Esto, afirmó, pudo lograrse a partir del intenso trabajo de abogacía en la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA).

Y siguió explicando:

*Creo que nos debemos fortalecer en el sistema de información, porque si no se incluye [el Collar] en el sistema de información, no existe. Pueden tenerlo en un cuadernito, en unas hojitas en los centros de salud para mandárnoslo al Programa, pero eso no existe. Para hacer proyecciones le pedimos a las Áreas que nos den esos datos periódicamente, pero muchas veces no coincide con lo que está en el SIGSA. - Miembro de MSPAS/PNSR*

Finalmente, agregó: “Si hubiera una extensión del proyecto [de IRH] sería bueno que tuviera un punto importante para fortalecer el sistema de información y logística. Este es un problema técnico y tecnológico”.

Otro actor clave reconoció que “el problema pasa por el registro, debe mejorar el registro, porque todavía el Ministerio proyecta sobre la base del consumo, todavía proyecta históricamente, no ha podido pasar a la proyección por población” (miembro de agencia donante).

Una persona entrevistada relató cómo se utilizan los registros en PF:

*En neonatal, por ejemplo, hay una ficha que queda en el servicio y registra si la mujer llega por parto, embarazo o posparto. E incluso queda registrado si tuvo consejería de PF en el posparto, pero no dice qué eligió porque se la pasa a otra ficha de PF. Y para mí, esa planilla está muy mal diseñada, no sé cómo la analizan, vi que varía de un lugar a otro; en un lugar la señora tiene un carné, en otro lugar tienen otro. No está bien estandarizado. Los datos que pueden aparecer en el SIGSA no son de mucha calidad. - Miembro de agencia de cooperación*

Tanto en el IGSS como en APROFAM el MDF está desagregado dentro de los métodos naturales en las boletas de registro.

Con respecto a la planificación del MDF y el presupuesto para las actividades en torno a él, las personas entrevistadas dijeron que sí las planifican en sus POA (Plan Operativo Anual). “En general se incluye todo, menos el dinero para la compra del Collar”, explicó un actor clave.

Los entrevistados también confirmaron que cuentan con materiales de IEC para el MDF. La mayoría señaló que los reciben del nivel central, mientras que otros también mencionaron el inserto que viene con el Collar del Ciclo.

### 3.7.2. Normas y encuestas de salud reproductiva

Cuando se preguntó a los actores clave en qué medida el MDF concordaba dentro de las prioridades de las organizaciones entrevistadas, unánimemente señalaron que el MDF tiene la misma importancia que el resto de los métodos, por mandato legal.

El MDF está incluido en las normas de atención en salud y en las *Guías nacionales de planificación familiar*. Sin embargo, en la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) todavía no tiene datos desagregados, sino que se anota el porcentaje de usuarias de “métodos naturales” indistintamente.

### 3.7.3. El Collar del Ciclo en el sistema de compras de los programas

Mientras que la integración del MDF en las normas de atención en salud, en los contenidos curriculares del pensum de estudio para la formación del personal de salud, en los sistemas de capacitaciones y dentro de la amplia gama de métodos ha mostrado importantes avances, que el Collar del Ciclo pueda comprarse como insumo anticonceptivo no ha reportado cambios desde la línea basal de 2008. Todos los actores clave se han mostrado preocupados por este aspecto, lo cual evidencia ser un punto problemático para la expansión del MDF:

*No hemos logrado tener el mecanismo adecuado para la compra del Collar, porque hasta ahora IRH nos lo está donando, pero cuando no esté, ¿a quién se lo vamos a comprar? UNFPA [encargada de la compra a nivel mundial de insumos anticonceptivos] no lo tiene dentro de su catálogo de compras. Ese es un punto problemático para mí: si **[el Collar del Ciclo] no está establecido en el mecanismo de compra y no hay a quién comprarlo**, por más que lo tengamos en cuenta en nuestras proyecciones, de qué sirve. - Miembro del MSPAS/PNSR*

Según informó la fuente citada, aparentemente, solo Guatemala estaba solicitando el Collar en esta región, lo cual jugaba en contra para que UNFPA lo colocara como parte de su catálogo.

El personal clave del IGSS tampoco sabe “dónde se pueden conseguir los collares”. Y como el resto de las organizaciones, APROFAM también se abastece de collares solo por medio de la donación que hace IRH.

Ante la cerrada situación para la compra del insumo, una de las personas entrevistadas expuso: “Tenemos que ver dónde lo podemos comprar [al Collar] si ellos [UNFPA] no lo pueden comprar. Hay uno que no es de la misma marca, que de repente se puede comprar. Y está la opción del Collar de papel, tenemos que buscar alternativas para suministrar el método” (miembro del MSPAS/PNSR).

Otro actor clave aconsejó: “Yo sugeriría que IRH central hable con la encargada de UNFPA para que coloque al Collar en su catálogo como método basado en el conocimiento de la fertilidad. Pienso que de esa forma UNFPA lo podría incorporar” (miembro del MSPAS/ PNSR).

El problema, entonces, es que el MSPAS tiene los recursos —a través del 15% del impuesto a las bebidas alcohólicas—, está comprando métodos, el MDF está dentro de sus solicitudes, pero no se encuentra un mecanismo de compra todavía.

La propuesta de otra persona entrevistada fue que se compre el Collar directamente a IRH, porque con UNFPA sería más caro, pues este cobra un manejo administrativo. Sin embargo, aclaró: “Siento que al Ministerio le falta todavía proyectar el uso del MDF para hacer la compra anual, porque el sistema de información no es bueno en ese sentido” (miembro de agencia donante).

Para mitigar el problema de las donaciones de los collares, APROFAM estudió qué cantidad de dinero estaban dispuestas a pagar las usuarias, ya que el insumo no es gratis para ellas en esa organización. Una de las personas entrevistadas de esa entidad explicó que de los Q27 de costo del Collar<sup>2</sup>, las usuarias podían pagar hasta Q15. Entre las alternativas que conversaron se encuentran que las usuarias corran con el 60% del precio del Collar y que la otra parte se subsidie a través de actividades que APROFAM realice en empresas y otras organizaciones.

### **3.8. Comparación de la expansión del MDF en las distintas áreas**

El MDF se ha desplegado con mayor o menor éxito dependiendo de las áreas geográficas, e IRH quiso saber con los actores clave a qué podía deberse esa situación. Muchos de los entrevistados consideraron que ello se trataba de una cuestión actitudinal por parte de los proveedores de salud y de los equipos de recurso locales: “Creo que Santiago Atitlán ha tenido mucho éxito, pero depende del director del distrito. El equipo de recurso de ahí es muy colaborador, eso ayuda mucho. Tiene que ver con el recurso humano” (miembro del MSPAS/Área de Salud).

En cambio, para otras dos personas entrevistadas, el éxito tiene que ver con el tipo de audiencia:

*En el área rural, en Occidente, por ejemplo, que hay población indígena grande con alto nivel de analfabetismo, [el MDF] ha tenido un impacto positivo porque es algo*

---

<sup>2</sup> La cifra actualizada de compra del collar para los países en desarrollo es de un dólar (Q12 aproximadamente), cuando este insumo se compra en forma masiva. Dicho precio no incluye los gastos de transporte o almacenamiento en los que se pudiera incurrir localmente.

*tangible, práctico, aunque lo negativo está en la parte machista, que es una barrera. En el área urbana, hay mayor acceso a todo y es más fácil —o por cuestiones de tiempo— ponerse un DIU o una inyección a estar llevando el control de mis días. Puedo suponer que hay mayor uso del MDF en el área rural que en la urbana.* - Miembro de organización privada/afiliada IPFF

*Una buena parte de la población aquí es cristiano-evangélica y la aceptación del método no ha sido mala, en comparación con la T de Cobre, la inyección y el condón. Ellos creen que les hace daño a su salud, en cambio a este método lo han visto de manera especial.* - Miembro del MSPAS/Área de Salud

Por su parte, el entrevistado de otra Área de Salud comentó que el MDF estaba creciendo en los tres distritos donde se encontraba la ampliación a escala: “por igual, despacio”.

### **3.9. Beneficios de la integración del MDF en los programas de PF**

El hecho de haber incorporado el MDF dentro del paquete de servicios de PF en las organizaciones entrevistadas generó interesantes beneficios, según reflexionaron los actores clave. El más importante de ellos ha sido ampliar la gama de anticonceptivos, lo que repercute en mayores opciones para que los usuarios puedan decidir libremente, que a su vez ayuda a cumplir con la Ley. Por otra parte, se mencionó que contribuye a disminuir la demanda insatisfecha, pues hay muchos usuarios en busca de métodos naturales.

Varias personas entrevistadas también señalaron que **el MDF “vino a mejorar la capacitación y el conocimiento sobre la fertilidad”**. En esa línea, un actor clave expresó:

*Este modelo incorpora todo el tema de ciclo menstrual, días fértiles y todo eso, que en determinado momento es la plataforma en donde se viene a asentar la aceptación o no de un método, ya sea basado en el conocimiento de la fertilidad o uno moderno. Esa ventana de oportunidad de tener temas relacionados a la salud reproductiva de las mujeres es un valor agregado, porque partimos de una población que ignora sobre sus derechos y sobre su cuerpo, y esto ha venido a fortalecer el modelo de disseminación a todos los métodos.* - Miembro de agencia de cooperación

Por su parte, dos entrevistadas también hablaron de la posibilidad que brinda el método de fomentar la comunicación en la pareja.

Otros beneficios referidos por los actores clave fueron:

- “Es una alternativa amigable para las prácticas culturales y religiosas de los pueblos” (miembro del MSPAS/DECAP).

- “El costo, primero, porque no hay que darlo todos los meses y no tiene fecha de caducidad” (miembro del MSPAS/Departamento de Formación de Recursos Humanos).
- “Abrió una brecha para seguir trabajando, por ejemplo con las comadronas, que pueden decir a las mujeres: «usen MELA en lo que deciden qué otro método usar»” (miembro del MSPAS/PNSR).
- “Favorece la mezcla de métodos” (miembro del MSPAS/PNSR).

El hecho de que el MDF sea un MCBF ha agregado un plusvalor a los programas de PF, de acuerdo con lo que sostuvieron los actores clave, ya que puede usarse como un eje transversal para conocer el funcionamiento del ciclo menstrual y el de todos los métodos anticonceptivos.

*El hecho que sea un método basado en el conocimiento de la fertilidad ayuda al resto de los métodos, porque la señora se conoce. Además, en las capacitaciones se empezó a dar el tema desde el ciclo menstrual. Es útil para explicarles a las adolescentes sobre su fertilidad. La gente se siente más cómoda con saber su ciclo, qué le está pasando.*

- Miembro del MSPAS/PEC-SIAS

Incluso, una entrevistada razonó que:

***El MDF tiende a fortalecer el uso de otros métodos, por ejemplo, el condón, porque se insiste en que en los días fértiles se practique la abstinencia o el uso del condón. El Collar mejora el conocimiento sobre que a partir de mi menstruación qué días son fértiles y cuáles no, y dónde tengo la alerta de si me vino o no.*** - Miembro del MSPAS/PNSR

Se preguntó a los entrevistados si creían que había alguna desventaja al introducir el MDF a los programas de PF o a la oferta sistemática de métodos. Si bien negaron desventajas, una persona entrevistada señaló que incorporar la consejería del MDF en los servicios sin el insumo, sería un problema. Otra persona entrevistada habló de una pequeña desventaja la mayor carga de trabajo para los proveedores de salud.

### **3.10. Posibilidad de involucramiento de las OBF a partir del MDF**

Dado que algunas OBF no están de acuerdo con el uso de métodos de planificación familiar diferentes de los naturales, IRH consideró que estas podían interesarse en el MDF y así ayudar a ampliar la cobertura y disminuir la demanda insatisfecha. Las personas entrevistadas coincidieron con esa visión, aunque solo dos OBF, Visión Mundial y la diócesis de Santa Rosa, forman parte hasta ahora de los equipos de recurso central y locales, respectivamente.

En general, los actores clave vieron una oportunidad que tiene IRH para entablar un diálogo con las OBF, a través del MDF. **“Se abre otra puerta con estas organizaciones para que nos apoyen**

**en la oferta de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y con eso ampliamos la cobertura”,** dijo un miembro del MSPAS/PEC-SIAS.

*Esto lo ven como algo menos dañino para la salud. Al Collar lo han tomado muy bien las organizaciones religiosas, estoy seguro de que algunas iglesias van a empezar a ser más flexibles, porque allí hemos encontrado un poco más de choque con los demás métodos. - Miembro del MSPAS/Área de Salud*

Por otro lado, algunos actores clave entrevistados vieron una oportunidad para que, primero a través de los métodos naturales, las OBF pudieran incorporar información a su audiencia sobre toda la gama de métodos:

*Veo como una ventaja que las OBF hablen del Collar, porque no hay rechazo total a la PF. Están más abiertos. Porque si se quiere hablar de los otros métodos, se cierran y perjudican a su gente. Entonces vemos de poder entrar primero con los métodos naturales y después vemos si podemos seguir con los demás métodos. - Miembro de organización comunitaria*

Para otra entrevistada, el punto de negociación con las OBF para la orientación de métodos “es que hablen de que [los naturales] no son los únicos, son parte de una gama completa” y para otro actor clave es fundamental negociar “que no sesguen la información”.

#### **4. Recomendaciones**

Los distintos actores clave ofrecieron diversas sugerencias para fortalecer la expansión a escala del MDF o para que esta sea sostenible con el tiempo. A continuación se citan cada una de esas ideas. Se consideró importante enumerarlas a todas aunque se repitan (se las agrupó por tema), para que se aprecie la mayor o menor frecuencia de una recomendación.

1. Que IRH inicie una segunda fase de capacitación en el uso y aplicación del modelo ExpandNet
  - Volver a capacitar en el modelo de ExpandNet a las personas que se integraron al equipo de recurso luego del taller de difusión de 2009, ya que podría haber “debilidad en su dominio” por parte de algunos actores clave (miembro del MSPAS/ Decap).
  - Tener réplica del modelo de ExpandNet para que el nuevo equipo que está involucrado se empodere (miembro de organización privada/afiliada de IPPF).
  - Capacitar en el modelo ExpandNet a nivel directivo, para que se pueda usar esta modalidad de desarrollo de estrategias en otros temas. Incidir en algunas áreas, como planeación estratégica (miembro de MSPAS/DECAP).

## 2. Extender la expansión a escala a más sitios

- Alcanzar la expansión a escala del MDF a todo el departamento de Sololá. Para eso, sería necesario incrementar el personal del equipo de recurso y agregar más tiempo, porque “creo que en dos años no vamos a llegar” (miembro del MSPAS/Área de Salud).
- Seguir expandiendo el MDF a otras áreas y buscar nuevos socios para establecer la estrategia en tales lugares, “porque solo IRH no puede” (miembro del MSPAS/ PNSR).
- “Tal vez [la expansión a escala del MDF] se podría tomar con mayor agresividad para que crezca más... A través del PNSR debe darse el impulso para que tenga impacto” (miembro del MSPAS/Departamento de Formación de Recursos Humanos).
- “Habría que hacer un ejercicio sobre a qué nuevas áreas puede expandirse el MDF en una segunda fase. Pero se debe asegurar el insumo en todas partes” (miembro del MSPAS/PNSR).

## 3. Intensificar el trabajo a nivel comunitario

- Ampliar el equipo de recurso, trabajando más con los equipos básicos de extensión de cobertura (miembro de organización comunitaria).
- Apoyarse en la comunidad para fortalecer la extensión de cobertura. Para esto, se podría “empoderar a los líderes comunitarios, quienes podrían descargar el trabajo del proveedor de salud. Guardianes comunitarios, comadronas, facilitadores comunitarios y vigilantes de salud podrían hacer todo lo preventivo” (miembro de organización basada en la fe).
- “Debería retomarse la figura del técnico en salud rural, que ha estado muy olvidada”. Ellos se relacionan directamente con los promotores y facilitadores comunitarios, y también con las autoridades locales, como los COMUDES y COCODES. “Si el Ministerio le diera mayor atención a este recurso humano, ellos podrían ser miembros de la expansión que se requiere” (miembro de organización basada en la fe).
- Involucrar y sensibilizar a líderes de COMUDES y COCODES para que apoyen la PF en sus comisiones de salud (miembro de organización comunitaria).

## 4. Aseguramiento de la adquisición de collares

- Darle fuerte seguimiento a la obtención del Collar, a través de un trabajo de abogacía, “porque no tenerlo en los servicios es una limitante”. Valorar un proveedor a nivel local para bajar los costos (miembro de una agencia de cooperación).
- Procurar la disponibilidad del Collar para evitar demanda insatisfecha (miembro del MSPAS/Área de Salud).
- Tener disponibilidad de collares. Conseguir que alguien los fabrique localmente (miembro de agencia de cooperación).

- Aseguramiento de disponibilidad de collares. Involucrar a la sociedad civil para fiscalización y monitoreo de este insumo. Presionar para una respuesta por parte de UNFPA (miembro de organización donante).
- “Explorar mecanismos que garanticen el insumo, porque la investigación dio que la gente prefiere el Collar al Collar de papel. Ver vías alternativas, además de la del UNFPA” (miembro de agencia donante).
- Se requiere información de dónde comprar el insumo (miembro del IGSS).
- Disponer del Collar porque “no me sirve decirle a una mujer que use el MDF, pero si no lo tengo disponible, no sirve de nada...” (miembro de organización basada en la fe).
- “Lo más importante es asegurar que el método esté disponible en Guatemala. Está en las normas, entonces tenemos la obligación de tenerlo. Hay que facilitar la compra. Mientras no esté asegurado ese mecanismo de compra, habrá que asegurar una donación para las necesidades de Guatemala, de lo contrario se va a perder” (miembro del MSPAS/PNSR).

##### 5. Abogacía con nuevas autoridades ministeriales

- Empezar la abogacía con las nuevas autoridades del PNSR y con el viceministro técnico (miembro del MSPAS/PNSR).
- Retomar la disseminación y abogacía con las nuevas autoridades y sensibilizarlas sobre “cómo va a impactar [la expansión del MDF] en menos muertes maternas y en la desnutrición, que es lo que les interesa a todos” (miembro del MSPAS/ Departamento de Formación de Recursos Humanos).
- Elaborar un acuerdo ministerial que avale la estrategia de expansión y el equipo de recurso institucional (miembro del MSPAS/PNSR).
- “Fortalecer las cartas de entendimiento: que el próximo gobierno no haga caso omiso de estas” (miembro del MSPAS/PNSR).
- “Es importante dar continuidad más allá del proyecto [de IRH], hay que hacer conciencia real para que no se rompan los procesos y que la sostenibilidad sea efectiva y se mantenga. Yo tuve una experiencia con el programa de Adolescentes: UNFPA daba el apoyo y teníamos 19 Espacios Amigables. Se fue el programa y se perdieron los Espacios. La abogacía es clave” (miembro del MSPAS/Área de Salud).

##### 6. Continuar proceso de capacitación del MDF

- “Aún se requiere del apoyo de IRH para el curso del MDF y para las capacitaciones del método” (miembro del IGSS).
- Capacitar sobre el MDF al equipo de recurso, pues el que fue capacitado ya no está (miembro del MSPAS/Área de Salud).

## 7. Generar nuevas alianzas

- Fomentar la participación de la Academia (universidades, colegios de profesionales) y en el nivel local a los alcaldes, para abrir el tema a otros interlocutores, porque ahora son las organizaciones de mujeres quienes lo están llevando a cabo (miembro de agencia donante).
- “Hacer empoderamiento de las mujeres, para ello, involucrar al Ministerio de Educación” (miembro de organización donante).

## 8. Monitoreo y evaluación

- Reforzar el monitoreo y evaluación, “porque sistematizamos a nuestro ritmo. Pero creo que debe ser muy estricto para que podamos estar conscientes y verificar” (miembro de organización privada/afiliada de IPPF).
- Hacer evaluaciones para ver qué tanto se ha avanzado en la expansión a escala del MDF en los distritos (miembro del MSPAS/Área de Salud).

## 9. Perspectiva de género

- Involucrar más al hombre y a otras figuras importantes en las comunidades, como la suegra, para generar alianzas integrales en IEC (miembro de agencia de cooperación).
- “Con los hombres queremos acercarnos más, por ejemplo, en los partidos de fútbol. Y en los clubes de madres, como estructura social de las mujeres” (miembro de organización privada/afiliada de IPPF).

## 10. Otros

- Al trabajo de IEC, agregar estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en las comunidades (miembro de agencia de cooperación)
- Evaluar cómo se oferta el método. “Para mí debe cambiar la consejería, porque esta se diseñó cuando el nivel de conocimiento del país sobre la PF era muy bajo, la gente no tenía ni idea. Ahora la gente quiere saber qué me pasa: si me pongo la inyección, qué me va a pasar, qué voy a sentir. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad tienen un valor agregado porque no tiene efectos secundarios y en Guatemala hay un temor de la gente por estos efectos...” (miembro de agencia de cooperación).
- “Deberían difundirse un poco más los estudios científicos sobre la validez del MDF, para convencer a la gente que todavía duda de ello (miembro de organización comunitaria).
- Fortalecer el sistema de información y logística.

## 5. Referencias

Miembro del PNSR/MSPAS. Entrevista personal. 22 de noviembre de 2011

Miembro del PNSR/MSPAS. Entrevista personal. 22 de noviembre de 2011.

Miembro del PNSR/MSPAS. Entrevista personal. 28 de noviembre de 2011.

Miembro del DECAP/MSPAS. Entrevista personal. 22 de noviembre de 2011.

Miembro del Departamento de Formación de Recursos Humanos/MSPAS. Entrevista personal. 28 de noviembre de 2011.

Miembro de Área de Salud/MSPAS. Entrevista personal. 23 de noviembre de 2011.

Miembro de Área de Salud/MSPAS. Entrevista personal. 24 de noviembre de 2011.

Miembro de PEC-SIAS/MSPAS. Entrevista personal. 23 de noviembre de 2011.

Miembro del IGSS. Entrevista personal. 25 de noviembre de 2011.

Miembro de organización privada/afiliada a IPPF. Entrevista personal. 30 de noviembre de 2011.

Miembro de organización privada/afiliada a IPPF. Entrevista personal. 30 de noviembre de 2011.

Miembro de organización comunitaria. Entrevista personal. 24 de noviembre de 2011.

Miembro de agencia de cooperación. Entrevista personal. 25 de noviembre de 2011.

Miembro de agencia de cooperación. Entrevista personal. 28 de noviembre de 2011.

Miembro de agencia de cooperación. Entrevista personal. 28 de noviembre de 2011.

Miembro de agencia donante. Entrevista personal. 29 de noviembre de 2011.

Miembro de agencia donante. Entrevista personal. 22 de noviembre de 2011.

Miembro de organización basada en la fe. Entrevista personal. 1 de diciembre de 2011.

## Anexo A

### Guía de entrevista para actores clave

Nombre de la persona entrevistada:

Título o Cargo:

Institución/Organización:

Fecha de la entrevista:

---

*LEA LO SIGUIENTE ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA:*

*Hola, me llamo \_\_\_\_\_. Represento al Instituto de Salud Reproductiva. El Instituto está trabajando en varios países para introducir el Método de Días fijos o MDF en los servicios de planificación familiar. Estamos llevando a cabo un estudio para documentar el proceso de introducción del MDF en \_\_\_\_\_ (país/región). Como parte de este estudio, quisiera hacerle algunas preguntas sobre la expansión de las innovaciones de salud, como el MDF por ejemplo, la salud reproductiva y los servicios de planificación familiar en general y la integración del MDF en particular. Esta entrevista debiera tomar alrededor de 45 minutos a una hora. Su participación es totalmente voluntaria; no hay penalidad alguna si usted opta por no participar. Solamente tiene que responder a aquellas preguntas que desee responder y puede parar la entrevista en cualquier momento. Vamos a incluir sus ideas en nuestro informe, pero no vamos a incluir su nombre y nos ocuparemos de que sus comentarios no le sean atribuidos en forma personal.*

*¿Tiene alguna pregunta? ¿Acepta participar en la entrevista? (Pida a la persona entrevistada que firme el formulario)*

### Temas, preguntas y sondeos principales:

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA EXPANSIÓN

*Todos los gobiernos usan modelos de ampliación o expansión a escala, ya sea expresos o implícitos, para ayudar a integrar las mejores prácticas a sus programas o ayudar a expandir el acceso a una mejor práctica de una manera sistemática.*

- *¿Qué es lo que entiende por expansión a escala? ¿Qué es lo que piensa que implica la expansión a escala?*

*El IRH usó el modelo ExpandNet como guía para planificar y evaluar las actividades de expansión del MDF que desarrolló con los socios o aliados locales. En virtud del modelo ExpandNet, la expansión comprende de las actividades que se desarrollan deliberadamente con el fin de acrecentar el impacto de las innovaciones probadas en materia de servicios de salud para beneficiar a más gente y fomentar un desarrollo sustentable de políticas y programas.*

*[Mostrar a los participantes el marco normativo del modelo ExpandNet y explicar los distintos componentes. De acuerdo con este modelo, la innovación sería aquellas intervenciones o mejores prácticas que son objeto de la expansión. Por equipo de recursos se entiende aquellas personas u organizaciones que van a promover y facilitar un uso más amplio de la innovación. Por organización usuaria se entiende aquellas organizaciones que van a adoptar o implementar la innovación. Por entorno se entiende las condiciones que afectan la expansión, como ser los factores políticos, económicos y sociales. Por estrategia de expansión se entiende los distintos tipos de expansión, como ser la expansión política y geográfica, los métodos de difusión, los procesos institucionales, la movilización de recursos y la supervisión o monitoreo y evaluación.]*

- ¿Ha visto este modelo antes? ¿Piensa usted que es útil un modelo de este tipo? ¿Por qué?
- ¿Qué considera que son indicadores de una expansión acertada o exitosa?

## **2. PROCESO DE EXPANSIÓN Y ALCANCE DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE EXPANSIÓN**

- ¿Puede describir la forma en que se puso en práctica la expansión del MDF? ¿Qué funcionó bien? ¿Qué no funcionó?
  - *¿En qué medida se utilizó un modelo/enfoque estratégico para la planificación? Describa. ¿En qué medida es diferente de otras actividades que desarrolla su organización/programa para la expansión a escala? ¿Quién ha participado? ¿Cómo ha cambiado eso?*
  - *¿Diría usted que el proceso contribuyó de alguna manera al fortalecimiento de los sistemas?*
  - *¿Tiene conocimiento de los datos/evidencia de la expansión del MDF? Por ejemplo, los datos de la Herramienta para mejorar el conocimiento del MDF (KIT), los resultados de la evaluación intermedia, las estadísticas de servicios y las historias de Cambios más significantes. ¿En qué medida se usaron las pruebas y los datos recolectados con respecto al MDF para complementar la expansión?*
- Hay muchos factores externos que pueden ejercer influencia en las actividades de expansión del MDF dentro del gran entorno político y social, así como entre las distintas organizaciones involucradas. ¿Hay factores externos que hayan tenido influencia en la expansión del MDF en los últimos cuatro años?
  - *¿De qué manera han ejercido un rol las transiciones gubernamentales y el entorno político?*
  - *¿Cuál ha sido la participación de los diversos actores en este proceso? ¿Ha habido algún paladín o defensor que haya cumplido una función importante? Si es así, ¿qué es lo que hizo?*
  - *¿De qué manera ha influido el concepto de derechos humanos o reproductivos? ¿En qué medida cree usted que la labor realizada en relación con el MDF ha involucrado la igualdad de ambos sexos?*
  - *¿Cómo ha colaborado el IRH para que ello suceda?*
  - *¿Qué se podría haber hecho de una forma diferente?*

### 3. GRADO DE EXPANSIÓN DEL MDF EN SU PAÍS Y ORGANIZACIÓN

*[Muestre y explique el Resumen del progreso de las metas por indicador.] Dedique tiempo a analizar estos referentes de la expansión del MDF. Señale lo que le llame la atención.*

*[Haga un sondeo por elementos del Resumen del progreso de las metas (Para los directores de programas y representantes de las organizaciones privadas)]:*

- Con respecto a la provisión de métodos de planificación familiar, ¿en qué medida se ha integrado totalmente el MDF en su organización/programas? ¿Por qué? ¿Por qué no?
  - *¿Se incluye al MDF como parte de la selección de métodos de su programa/organización?*
  - *¿Están los proveedores capacitados para dar consejería sobre el MDF? ¿Qué tipo de proveedores están en mejores condiciones de ofrecer el MDF? ¿Qué opinan los proveedores en cuanto a la eficacia del MDF? ¿Afecta o influye la integración del MDF en la capacitación general de planificación familiar para proveedores?*
  - *¿Se incluye al Collar del Ciclo en el sistema logístico de su programa/organización?*
  - *¿Se incluye al MDF en los sistemas de información gerencial de su programa/organización?*
  - *¿Se incluye al MDF en los planes y presupuestos de su programa/organización?*
  - *¿Se incluye al MDF en los materiales y actividades de su programa/organización para aumentar el conocimiento de los métodos y demanda de la planificación familiar? ¿Cree usted que se ha generado suficiente conocimiento de este método? De no ser así, ¿cree usted que es necesario crear mayor conocimiento?*
  - *¿Qué papel juegan las actitudes de los proveedores?*
  - *¿Por qué cree usted que la expansión ha tenido éxito en algunas áreas más que en otras?*

*[Haga un sondeo por elementos del Resumen del progreso de las metas (Para los responsables de formular políticas y representantes de los organismos donantes y cooperadores)]:*

- Con respecto a la inclusión del MDF en las iniciativas y programas de planificación familiar, ¿en qué medida se ha integrado totalmente el MDF en su organización/programa? ¿Por qué? ¿Por qué no?
  - *¿Diría usted que el MDF está incluido en las políticas, normas y pautas clave del país? Si no es así, ¿por qué?*
  - *¿Se incluye al Collar del Ciclo en el sistema de adquisiciones del país? Si no es así, ¿por qué?*
  - *¿Se incluye al MDF en las encuestas nacionales de salud del país? Si no es así, ¿por qué?*
  - *¿Qué papel juegan las actitudes de los proveedores? ¿Afecta o influye la integración del MDF en la capacitación general de planificación familiar para proveedores?*
  - *¿Por qué cree usted que la expansión ha tenido éxito en algunas áreas más que en otras?*

### 4. PREGUNTAS ESPECÍFICAS CON RESPECTO AL MDF

- ¿En qué medida el MDF concuerda, o no, con las actuales prioridades de su programa/organización en materia de salud reproductiva y planificación familiar?

- *¿Cuáles cree usted que son los beneficios que el MDF aporta a los programas de salud reproductiva y planificación familiar en su país? ¿Tiene también algunas desventajas?*
- *¿Cuál es el efecto de agregar el MDF a la selección de métodos?*
- *¿La expansión del MDF es una forma eficaz de involucrar organizaciones no tradicionales en la planificación familiar (como por ejemplo las OBF)? ¿Cómo?*
- *Desde que empezó a participar en la expansión a escala del MDF, ¿ha cambiado su opinión de la expansión a escala? ¿De qué manera?*

## **5. LOS SIGUIENTES PASOS**

- *¿Qué es necesario hacer para finalizar la expansión a escala del MDF en su país? ¿Qué es necesario hacer para sustentar lo que se ha logrado?*