Population Reports

Informed Choice
Family Planning Methods

Envíe este reporte a un colega

JHU/CCP

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada

Elección informada en la planificación familiar

Cómo ayudar a la gente a decidir

Las mejores decisiones sobre la planificación familiar son las que las personas toman por sí mismas, basándose en una información correcta y en una variedad de métodos anticonceptivos entre los cuales elegir. Las personas que toman decisiones informadas están en mejores condiciones de practicar la planificación familiar de manera segura y eficaz. Los proveedores de servicios y los programas tienen la responsabilidad de ayudar a la gente a hacer una elección informada en materia de planificación familiar.

Las decisiones sobre la procreación y el uso de anticonceptivos tienen más probabilidad de satisfacer las necesidades de una persona si son fruto de los deseos y valores individuales, se basan en información correcta y pertinente y son apropiadas desde el punto de vista médico, o sea, cuando son elecciones informadas. Para hacer una elección informada, las personas necesitan conocer la planificación familiar, tener acceso a una variedad de métodos y contar con el apoyo de políticas sociales y normas comunitarias en favor de la elección individual.

4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

La elección informada ofrece numerosos beneficios. Las personas practican la planificación familiar por más largo tiempo si eligen los métodos por sí mismas. Además, el acceso a una variedad de métodos les facilita el acceso al método preferido y cambiar de método cuando así lo deseen. La capacidad de las personas para hacer elecciones informadas fomenta la confianza mutua entre clientes y proveedores de servicios e incita a la gente a asumir más responsabilidad por la propia salud. En la prestación de servicios de buena calidad es fundamental facultar a los clientes para que hagan elecciones informadas.

Una estrategia para la elección informada

El principio de la elección informada se refiere a las decisiones que las personas pueden tomar por sí mismas, y no a un proceso que llevan a cabo los programas y los proveedores de servicios de planificación familiar. No obstante, los programas, proveedores y autoridades responsables pueden hacer mucho en apoyo de la capacidad de las personas para hacer elecciones informadas en materia de planificación familiar. Para ello los programas pueden adoptar una estrategia que abarque cinco áreas: políticas gubernamentales, programas de comunicación, acceso a la planificación familiar, liderazgo y administración, y comunicación entre cliente y proveedor.

Políticas de apoyo. A fin de apoyar la capacidad de la gente para hacer elecciones informadas en materia de planificación familiar, los gobiernos y los programas de planificación familiar nacionales pueden establecer criterios y normas para la prestación de servicios; eliminar barreras médicas innecesarias y todos los objetivos, incentivos y desincentivos demográficos, y asegurar que las personas puedan tener acceso a los métodos que prefieran. Las políticas sociales y económicas nacionales pueden también mejorar la capacidad de las personas para hacer elecciones informadas por sí mismas, como ocurre cuando contribuyen a elevar la educación y la condición social de la mujer.

Programas de comunicación. Los programas de

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

comunicación pueden alcanzar e informar al público acerca de las elecciones en materia de planificación familiar. A través de los medios de difusión pública y de las redes comunitarias y sociales, puede transmitirse a las personas que ellas tienen derecho a informarse sobre su propia salud y son capaces de tomar por sí mismas decisiones acertadas en materia de planificación familiar, de acuerdo con sus propias necesidades y deseos. Los mensajes pueden poner de relieve los métodos anticonceptivos disponibles e informar dónde y cómo encontrar información y servicios. Los programas de comunicación también pueden incitar a la gente a visitar a los proveedores de servicios de planificación familiar para encontrar respuestas a sus preguntas y preocupaciones.

Más acceso. Cuanto más numerosos sean los métodos de planificación familiar disponibles, mayor será el número de personas que elijan un método apropiado y más fácilmente podrán cambiar de método al cambiar sus necesidades. El ofrecimiento de una variedad de métodos a través de tantos centros de prestación de servicios como sea posible ayuda a asegurar que todos encuentren el método elegido, incluso los habitantes de zonas rurales, las personas de bajos ingresos, las que no pueden dejar su casa fácilmente y las que no quieren visitar dispensarios.

Liderazgo y administración. Un fuerte liderazgo puede establecer el principio de la elección informada como meta del programa y medida del éxito. Los administradores de programas pueden lograr que la elección informada pase a ser una norma de organización si analizan y mejoran el desempeño, suministrando supervisión eficaz, capacitando al personal y evaluando los resultados. La administración con vistas a la elección informada requiere prestar especial atención a las decisiones sobre los métodos permanentes y a largo plazo, es decir, esterilización, DIU e implantes, puesto que se trata de decisiones que, una vez tomadas, no son fácilmente reversibles.

Comunicación entre cliente y proveedor. Las personas pueden hacer elecciones informadas sin haber visto nunca a un proveedor de servicios de planificación familiar. Pero cuando una persona visita a un proveedor, es mucho lo que éste puede

hacer para asegurar una elección informada. Los proveedores pueden preguntar a los nuevos clientes qué método prefieren y generalmente pueden dárselo. Además, pueden preguntar a los clientes constantes si les gustaría cambiar de método, evitando tomar decisiones por los clientes o interfiriendo con la capacidad de éstos para hacer la elección. En una orientación eficaz para la elección informada, los clientes desempeñan un papel activo, haciendo preguntas, expresando inquietudes y participando en la misma medida que los proveedores.

Cómo asegurar la elección informada

Las decisiones sobre la salud reproductiva y el uso de anticonceptivos se hallan entre las más críticas que las personas en edad fértil pueden hacer. Si se respaldara ampliamente la elección informada en materia de planificación familiar, se conseguiría que en todo el mundo los habitantes puedan tener mejor información, una mayor variedad de opciones y más apoyo para tomar ellos mismos las decisiones apropiadas. En todas partes, las organizaciones donantes, los gobiernos, los programas de planificación y los proveedores de servicios deberán tener como meta asegurar la elección informada en materia de planificación familiar

Siguiente
Parte principal | Contenidos

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?

Creditos

Este informe fue preparado por Ushma D. Upadhyay, M.P.H. Vidya Setty asistió en las investigaciones. Bryant Robey, Redactor. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Merridy Gottlieb, Peter Hammerer, Mónica Jiménez y Deborah Maenner.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Jane Bertrand, Barbara Crane, Margarita Díaz, Alison Ellis, Bernard Guyer, Jill Tabbutt-Henry, Michelle Heerey, Ronald Hess, Sallie Craig Huber, Monica Jasis, Young Mi Kim, Jan Kumar, Alice Payne Merritt, Suellen Miller, Rosalind Petchesky, Phyllis Tilson Piotrow, Malcolm Potts, Sharon Rudy, Avantika Singh, J. Joseph Spiedel, Patricia Stephenson, Marcel Vekemans, Judith Winkler y Nancy Yinger.

Suggested citation: Upadhyay, U.D. *Informed Choice in Family Planning: Helping People Decide*. *Population Reports*, Series J, No. 50. Baltimore, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Spring 2001.

Population Information Program
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins University
Bloomberg School of Public Health

Phyllis Tilson Piotrow, Ph.d., Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, **Population Information Program** (PIP)

Ward Rinehart, Director de Proyectos, **PIP**

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de ediciones en idiomas extranjeros de *Population Reports*.

Anne W. Compton, Directora Adjunta, **PIP**, y Jefa de los servicios bibliográficos computarizados POPLINE

- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50

Hugh M. Rigby, Director Asociado del, **PIP**, y Jefe del Centro de Materiales de Comunicación

Jose G. Rimon II, Director Adjunto, **Center for Communication Programs** Director de Proyectos, **Population Communication Services**

Population Reports (USPS 063–150) is published four times a year (Spring, Summer, Fall, and Winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202–4012, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland and other locations. Postmaster to send address changes to Population Reports, Population Information Program, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202–4012, USA.

Population Reports fue ideado para proporcionar información general, precisa y experta con respecto a los desarrollos en el campo de la población.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y de G/PHN/POP/CMT, bajo los términos de la Subvención No. HRN-A-00-97-00009-00. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Programas de planificación familiar	

Anterior | Siguiente
Parte principal | Contenido

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
   - Qué se entiende por elección informada
   - Beneficios de la elección informada
   - Evolución de la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

Por qué es importante la elección informada

Las elecciones que se hagan respecto de la procreación y el uso de anticonceptivos están entre las decisiones más importantes que toman muchas personas en relación con su salud (162). Es muy probable que estas decisiones satisfagan las necesidades de esas personas si son fruto de los deseos y valores individuales, se basan en información correcta y pertinente y son apropiadas desde el punto de vista médico, o sea, cuando se trata de elecciones informadas (22).

"El proceso por el cual un individuo llega a una decisión sobre el cuidado de la salud" es una elección informada si se "basa en el acceso y plena comprensión de toda la información necesaria desde la perspectiva del cliente", según una definición de EngenderHealth, anteriormente AVSC International. "El proceso deberá resultar en una decisión libre e informada del individuo acerca de si desea o no obtener servicios sanitarios y, en caso afirmativo, qué método o procedimiento elegirá y consentirá en recibir" (22).

El concepto de elección informada puede aplicarse a una amplia variedad de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva. Este número de *Population Reports* está dedicado a la elección informada en materia de planificación familiar, inclusive para decidir si evitar o no el embarazo, si espaciar o no los nacimientos y si escoger o no el momento para ello, qué método de planificación familiar usar y si continuar o no el uso de un método y cuándo continuar o cambiar de método.

El término "elección informada" se refiere a la decisión que una persona puede tomar por sí misma, y no a un proceso llevado a cabo por el proveedor de servicios de planificación familiar. No obstante, las autoridades responsables, los administradores de programas y los proveedores de servicios tienen importantes papeles que desempeñar (ver el recuadro Estímulo a la elección informada—¿Qué puede hacerse?). Los programas de

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The

planificación familiar pueden ayudar a que las personas lleguen a la mejor elección informada mediante la adopción de una estrategia que abarque cinco áreas: políticas gubernamentales, programas de comunicación, acceso, liderazgo y administración y comunicación entre el cliente y el proveedor de servicios (ver Estrategia para la elección informada).

JHU/CCP

Danielle Baron, JHU/CCP

Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

Mrudula Amin, JHU/CCP

En Egipto (arriba), Senegal (centro) y la India (abajo), la gente obtiene información sobre planificación familiar de la familia, amigos y agentes comunitarios así como de los proveedores de servicios. Muchas personas toman sus decisiones mucho antes de buscar el método anticonceptivo mismo.

Anterior | Siguiente
Parte principal | Contenido

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
   - El individuo en la comunidad
   - Influencia de la familia
   - Valores individuales y características personales
   - Estrategia para la elección informada
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?

La toma de decisiones sobre la planificación familiar

El principio de la elección informada se centra en el individuo. No obstante, las decisiones que la mayoría de la gente toma respecto de la planificación familiar también reflejan una variedad de influencias externas. Cabe citar entre ellas la influencia del hogar y las normas de la comunidad, las leyes y políticas gubernamentales, la información disponible y el acceso a métodos y servicios de planificación familiar. Muy a menudo las personas no se dan cuenta de los factores que influyen en su capacidad para hacer una elección informada por tratarse de factores indirectos.

Los gobiernos influyen en las decisiones que toma la gente para planificar la familia, tanto indirectamente, como es el caso cuando la legislación afecta la capacidad de la mujer para tomar decisiones independientes, y directamente, como ocurre cuando las políticas regulan el acceso a información, suministros y servicios en materia de anticonceptivos (67). La información y los valores difundidos a través de los medios de comunicación y de una persona a otra influyen en el grado de conocimiento del público en materia de planificación familiar y en el grado de interés en ésta (81, 345). El acceso a la anticoncepción, el número de métodos que se hallan disponibles y son fáciles de obtener, influye en la capacidad de las personas para usar el método que prefieren (143) (ver la Figura 1).

Si bien se ha considerado por largo tiempo que la orientación es esencial para asegurar la elección informada, lo que ocurre antes de que las personas visiten al proveedor de servicios puede ser aún más importante. En general, las personas toman distintas decisiones sobre la planificación de la familia de manera progresiva a lo largo de los años fértiles, en lugar de adherirse a una sola elección (438).

Las decisiones más importantes de una persona sobre la planificación de la familia, si controlar o no su fecundidad y si adoptar o no un método de planificación familiar, generalmente se toman antes de que esa persona busque un método anticonceptivo

- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

o visite a un proveedor de servicios. En el momento que una persona pasa a ser cliente de los servicios de planificación familiar generalmente tiene en mente un método anticonceptivo en particular y ya posee alguna información, o información errónea, sobre éste (244). Por ejemplo, en los 50 países con datos de las EDS, entre las mujeres actualmente casadas que planeaban comenzar a practicar la planificación familiar en los 12 meses siguientes, al menos 80% de ellas dijeron que tenían en mente un método que preferían. En 26 países el porcentaje era superior al 90% (ver el Cuadro 1).

En el estudio de seis países ya mencionado (ver Uso continuado de anticonceptivos en la capitulo 1.2), 75% a 100% de las mujeres habían pensado ya en un método determinado cuando llegaron al dispensario de planificación familiar (193). También en Ecuador, Uganda y Zimbabue más de 94% de los clientes manifestaban preferencia por un cierto método antes de que el proveedor de servicios les impartiera orientación (407). En Kenia, por lo menos 46% de los nuevos clientes llegaron al dispensario con una firme preferencia por un determinado método (244). En un dispensario de Nigeria 55% de los nuevos clientes pedían un método en particular (7).

Cuanto más sepan las autoridades, administradores de programas y proveedores de servicios acerca de la manera en que las personas toman decisiones acerca de la planificación familiar y acerca de los factores directos e indirectos que influyen en esas decisiones, mejor podrán ayudar a las personas a hacer elecciones informadas.

Danielle Baron, JHU/CCP

Estas mujeres de Senegal participan en una reunión de la comunidad para hablar sobre la salud. Las normas y valores comunitarios moldean las actitudes de la gente. De allí que determinen si es socialmente aceptable practicar la anticoncepción y si los individuos pueden tomar decisiones por sí mismos en materia de planificación familiar.

Anterior | Siguiente
Parte principal | Contenido

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
   - Consenso internacional a favor de la elección informada
   - Apoyo nacional a la elección informada
   - Políticas que promueven el acceso
   - Eliminación de metas, incentivos y desincentivos
   - Políticas sociales y económicas
   - Organizaciones donantes
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros

Políticas para la elección informada

Las políticas públicas pueden apoyar la elección informada en materia de planificación familiar. El principio de elección informada se reconoce en el plano internacional y está basado en los derechos humanos (426). Los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad de asegurar que el principio se convierta en realidad.

Consenso internacional a favor de la elección informada

Detrás de la elección informada se encuentran dos derechos humanos fundamentales: (1) el derecho a decidir libremente el número de hijos que se van de tener y cuándo tenerlos, y (2) el derecho a tener acceso a información y servicios de planificación familiar. Estos derechos han estado sustentados por largo tiempo en declaraciones de consenso internacional, incluyendo la Proclamación de Teherán, sancionada en la Confe-rencia Internacional de los Derechos Humanos de 1968 (425).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 afirma que “los programas de planificación familiar deben tener como finalidad habilitar a las parejas y los individuos para que decidan libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y posean la información y medios para hacerlo y para asegurar la elección informada y la disponibilidad de métodos seguros y eficaces” (426).

Los gobiernos que firman documentos internacionales de principio se comprometen a actuar de acuerdo con esos principios (202). El grado de atención prestada por los gobiernos a esos compromisos y la cantidad de dinero asignada para cumplirlos, por otra parte, varían considerablemente en el mundo. Los que abogan por la elección informada insisten en que se haga cumplir ese compromiso a los gobiernos, que se incite a la gente a ejercer sus derechos y que los proveedores de servicios respeten esos derechos (204, 315, 320).

- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

IPPF

La Carta de IPPF reconoce el principio de la elección informada. Las políticas oficiales pueden abogar por la elección en materia de planificación familiar.

Ministerio de Salud de Zambia

Como en Zambia, los países pueden actualizar sus directrices para permitir que más personas obtengan el método de planificación familiar que prefieran.

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
   - El uso de muchos canales de comunicación
   - Cómo satisfacer las necesidades de información
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?

La comunicación para una elección informada

La comunicación desempeña un papel vital para asegurar una elección informada en materia de planificación familiar. Mediante una comunicación eficaz la gente está capacitada para buscar lo que es mejor para la propia salud y para ejercer su derecho a una buena atención de la salud (346). Como ya se observó, las personas toman muchas de las mayores decisiones para planificar la familia, inclusive si controlar o no su fecundidad y si usar o no un método de planificación familiar, antes de buscar un método anticonceptivo (ver la Capitulo 2). A fin de hacer una elección informada, la mayoría de la gente necesita saber mucho acerca de la planificación familiar bastante antes de decidirse a visitar a un proveedor de atención de salud.

En todo el mundo, millones de personas se informan acerca de la planificación familiar a través de los medios de difusión pública. Estos son a veces su fuente principal de información. En Kenia, por ejemplo, de 1.518 personas encuestadas en 1992, 42% dijeron que su fuente principal de información era la radio o la televisión (252). En 49 países con datos de las EDS, el porcentaje de mujeres casadas que habían oído o visto mensajes sobre la planificación familiar en la radio, la televisión o en ambas a la vez en los seis meses anteriores a la encuesta variaba del 12% en Côte d'Ivoire al 92% en Jordania. Entre los hombres casados encuestados en 26 países, el porcentaje variaba del 24% en Mozambique al 84% en Perú.

En el caso de las personas que deciden convertirse en clientes de los servicios de planificación familiar, los programas de comunicación suplementan la información provista por los consejeros de esos servicios. Los clientes de los servicios de planificación familiar quieren recibir información, pero a veces temen que los proveedores no les den todos los detalles (188). Si bien la orientación es valiosa, una sola sesión con un proveedor de servicios de planificación familiar por lo común no basta para impartir toda la información que la persona necesita para hacer

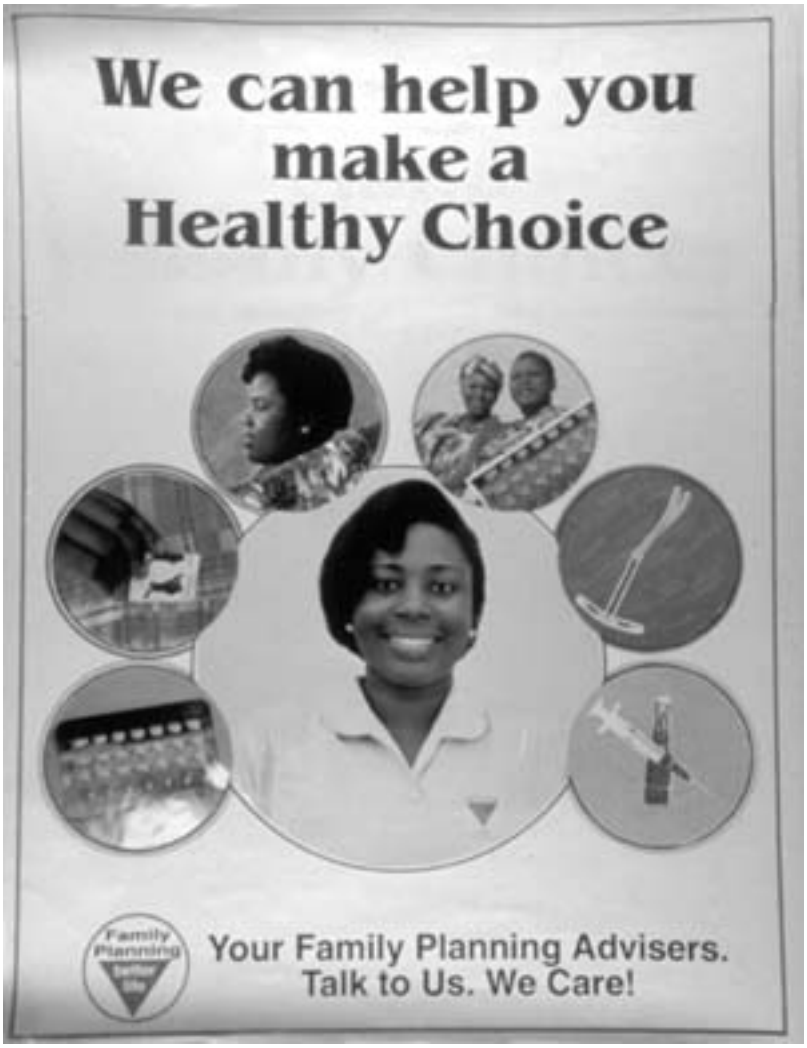
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

una elección informada. Tampoco deberá esperarse que los consejeros y otros proveedores de primera línea asuman toda la responsabilidad de asegurarse de que los clientes estén bien informados.



Ministerio de Salud de Ghana

Este cartel de Ghana dice "Podemos ayudarle a hacer una elección a favor de su salud". El material de comunicación puede incitar a las personas a buscar información a través de un proveedor de servicios y a hablar con él de lo que le preocupa.

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
   - Con más métodos, más opciones
   - Ofrecimiento de más fuentes de asistencia
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son

Mejoramiento del acceso

El ofrecimiento de amplio acceso a tantos métodos anticonceptivos como sea posible es la clave para ayudar a la gente a hacer elecciones informadas para la planificación de la familia. A medida que se disponga de un número mayor de métodos y a medida que aumente el acceso a ellos, aumentará también el número de personas que pueden encontrar los métodos que quieren.

Muchas personas están usando un método de planificación familiar distinto del que prefieren. Por ejemplo, entre nueve países con datos de encuestas de salud reproductiva, el porcentaje de mujeres que dijeron que preferirían usar un método diferente se extendía del 11% en Mauricio al 48% en Costa Rica (ver la Figura 3). Las razones citadas con más frecuencia eran que el método preferido era demasiado caro, demasiado difícil de obtener, o simplemente no disponible. Otras razones citadas eran la inelegibilidad y la desaprobación de la familia. Otros estudios revelan hallazgos similares (19, 393, 407).

Con más métodos, más opciones

A medida que se dispone de más métodos anticonceptivos, mayor es el número de personas que pueden encontrar uno que les resulte adecuado, inicialmente, y más tarde si quieren cambiar de método (170). Actualmente existe una variedad de anticonceptivos más grande que nunca. No obstante esto, para asegurar que haya una elección más grande para un número mayor de personas, es necesario contar con nuevos anticonceptivos (130, 159, 187, 287) y ya hay varios en proceso de desarrollo (48).

La gama de métodos anticonceptivos varía ampliamente. Entre las regiones en desarrollo, América Latina suministra la variedad más amplia de métodos, y África, la más restringida (357). Si bien prácticamente todos los países suministran al menos algunos métodos, en numerosos países la gente tiene poco o ningún acceso a ciertos métodos.

Entre 88 países en desarrollo estudiados en 1999, el porcentaje promedio de parejas que tenían acceso a los condones era del

importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

79%; a anticonceptivos orales, 76%; a los DIU, 61%; a la esterilización femenina, 43%, y a la esterilización masculina, 29%. En este análsisis se da igual peso a todos los países, prescindiendo del tamaño de la población. En el mismo estudio se encontró que en 50 países las parejas tienen poco o ningún acceso a la vasectomía; en 29, a la esterilización femenina; en 14, al DIU; en 5, a los anticonceptivos orales, y en 2 a los condones (357). Reflejando las diferencias en la disponibilidad de determinados anticonceptivos, los países tienen mezclas de métodos anticonceptivos muy diferentes (151). En el nivel nacional, la mezcla de métodos de un país puede sugerir si la gente puede o no hacer elecciones informadas (41).

Rick Maiman, cortesía de The David and Lucile Packard Foundation

En México los consejeros de jóvenes se valen de carritos tirados por bicicletas para trasladarse de una zona urbana a otra y ofrecer anticonceptivos e información. El ofrecimiento de más fuentes de planificación familiar puede brindar una selección más amplia a la gente.

La opción de cambiar de método es esencial para el uso continuado de la planificación familiar (90). La existencia de una variedad de métodos ayuda a la gente a cambiar de método cuando sus necesidades cambian, en lugar de usar uno que ya resulta inadecuado o no es satisfactorio o de abandonarlo por completo. Si se ofrece una variedad de métodos también se ayuda a asegurar que al menos se dispondrá siempre de algunos métodos, aun donde

a veces escasean porque la cadena de suministro es irregular (60).

Para ampliar la elección de anticonceptivos, los programas de planificación familiar pueden ofrecer métodos basados en el conocimiento de la fertilidad junto con los métodos de suministro (189). Los proveedores de servicios deberán ser capaces de explicar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad a sus clientes o, de lo contrario, saber adónde remitir a las clientes para que se les enseñe a usar estos métodos. Se están efectuando estudios en cinco países para examinar el acceso a los métodos basados en el conocimiento de la fértilidad (160, 273).

¿Cuántos métodos? Pocos programas tienen los recursos necesarios para ofrecer toda la gama de métodos de planificación familiar. ¿Cuánta variedad de métodos debe ofrecer un programa para asegurar la elección? Las directrices de la OMS sobre la mezcla de métodos anticonceptivos no mencionan los métodos específicos que los programas deberán ofrecer sino que afirman que “los programas deberán proveer una variedad de tipos de métodos para satisfacer las diferentes necesidades de diferentes individuos y parejas” (465). Otros expertos aconsejan a los programas que ofrezcan:

- opciones anticonceptivas tanto para el hombre como para la mujer,
- métodos temporales y métodos permanentes,
- métodos hormonales y métodos no hormonales,
- métodos de suministro y métodos basados en el conocimiento de la fértilidad,
- métodos controlados por el proveedor y métodos controlados por el usuario,
- opciones anticonceptivas para las mujeres que amamantan, incluido el método de la amenorrea de la lactancia (MELA), y la
- anticoncepción de emergencia (178).

Puesto que la mayoría de los programas de planificación familiar de los países en desarrollo dependen de productos donados, a menudo pueden ofrecer sólo los métodos provistos por los donantes. La reducción de las contribuciones de los donantes habitualmente reducen el acceso de la gente a la planificación familiar. Un mayor aporte de los donantes es crucial para asegurar la elección informada (ver la **Capitulo 3.6**). Además, los donantes

	y los métodos que cambian junto con ellos así como los ciclos de suministro y la coordinación deficiente suelen causar la interrupción temporaria del suministro de anticonceptivos (429).

Anterior | Siguiente
Parte principal | Contenido

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
   - Dirección del programa
   - Mejoramiento del desempeño
   - Monitoreo y evaluación
   - Métodos permanentes y a cargo del proveedor
   - La elección en lugares de escasos recursos
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

La administración en pro de la elección informada

En los programas de planificación familiar, una mejor administración de la prestación de servicios puede contribuir a aumentar la capacidad de los clientes para hacer una elección informada. Una administración en pro de la elección informada requiere el compromiso del liderazgo y un ambiente destinado a dar a los clientes lo que éstos quieran. Para aseurar que los clientes hagan una elección informada es necesario prestar atención a ciertas áreas administrativas como el análisis y el mejoramiento del desempeño, la provisión de supervisión eficaz, la capacitación del personal y la evaluación de los resultados.

La administración deberá cuidar especialmente que los clientes que elijan métodos permanentes o a largo plazo como la esterilización, DIU e implantes estén tomando decisiones informadas. Además, la administración en pro de la elección informada es particularmente importante en entornos de bajos recursos donde puede haber poco personal y escaso suministro de anticonceptivos y de material informativo.

Dirección del programa

Una firme dirección puede crear en el programa un ambiente que facilite la elección informada (386). Si el personal directivo superior da el ejemplo, el resto del personal lo seguirá. La mención de la elección informada en la exposición de objetivos del programa y en las directrices de las políticas oficiales puede ayudar a que el personal y los clientes se enteren de que el programa está comprometido a cumplir con el principio de la elección informada y los derechos de los clientes (209, 220).

Por ejemplo, la política sobre elección informada de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) establece que todas las Asociaciones de Planificación de la Familia (APF) facilitarán el acceso a una amplia gama de

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

servicios de salud sexual y reproductiva, inclusive servicios de orientación para todos los individuos que los soliciten. Además, las APF han de asegurar que los servicios se provean de manera no coercitiva, que la provisión de servicios no esté vinculada a incentivos financieros, y que ningún servicio esté condicionado a la aceptación de otro servicio. Todas las APF deben aceptar esta política en su calidad de miembros de la IPPF (192).

En programas en los cuales el concepto de elección informada es nuevo, los directores se asegurarán de que todo el personal de los distintos niveles de la organización lo entienden (106). Los directores de programas garantizarán que no quede ningún objetivo, incentivo ni desincentivo para el uso de anticonceptivos (ver la Capitulo 3.4). Aunque los objetivos, incentivos y desincentivos raramente constituyen la política nacional, y los donantes generalmente no apoyan los programas de planificación familiar que mantienen objetivos, a veces perdura una cultura de trabajo orientada hacia objetivos específicos (253, 398). Los programas pueden establecer la capacidad de los clientes para hacer elecciones informadas como indicador principal del éxito del programa, al lado o incluso en lugar de los indicadores corrientes como el aumento del número de nuevos clientes (25, 212) (ver la recuadro Evalución de la elección informada).

Los directores de programas pueden apoyar el principio de que todos los clientes han de recibir el método anticonceptivo que quieran si es apropiado desde el punto de vista médico, en consonancia con las directrices médicas actuales. Los directores pueden ayudar a eliminar los obstáculos que previenen que ciertos grupos, como los jóvenes, usen algunos servicios o métodos de planificación familiar (ver la Capitulo 7.1).

Cuando las directrices que promueven la elección informada son claras y comprensibles y se observan ampliamente, pueden llevar a aumentar el número de opciones a disposición de la gente en materia de anticonceptivos. Por ejemplo, después que Tanzania formuló nuevas directrices para la prestación de servicios de planificación familiar en 1994 y llevó a cabo un proceso de difusión de un año de duración que incluía

capacitación, los proveedores de servicios comenzaron a ofrecer inyectables a todas las mujeres. Anteriormente muchos pro-veedores consideraban que los inyectables eran peligrosos y que sólo debían ser prescritos por los médicos únicamente para las mujeres con muchos hijos (451).

En Kenia, después de un proceso similar de difusión de directrices en el año 2000, el porcentaje de proveedores que recomendaban una doble protección, a saber, usar condones solos o junto con otro método para protegerse contra las ITS y contra el embarazo, se elevó del 9% al 23% en el caso de los clientes constantes. El porcentaje de nuevas clientes a las que se negaban servicios de planificación familiar porque no estaban menstruando descendió del 19% al 2% (237).

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores
   - Cómo mejorar la orientación
   - Clientes activos
   - Cómo ayudar a los clientes a hacer elecciones informadas

- Figuras
- Cuadros

Mejor comunicación entre clientes y proveedores

Una buena comunicación entre los clientes y los proveedores de servicios de planificación familiar durante las sesiones de orientación es esencial para la elección informada. Cuando la orientación es una asociación en la que clientes y proveedores se comunican abiertamente, intercambian información, expresan emociones y preguntan y responden libremente, los clientes están más satisfechos, comprenden y recuerdan mejor la información, practican la anticoncepción más eficazmente y viven vidas más sanas (104, 109, 173).

El proceso de hacer elecciones informadas de métodos de planificación familiar comienza mucho antes de que la persona visite a un proveedor, naturalmente, y muchas personas hacen elecciones informadas sin comunicarse personalmente con un proveedor. Pero cuando los clientes buscan servicios, hay considerable evidencia de lo que clientes y proveedores pueden hacer juntos para asegurar que las decisiones acerca de la planificación familiar se apoyen en el principio de la elección informada.

La orientación dirigida a la elección informada, como la buena orientación en general, deberá verse como una asociación de dos expertos: el proveedor como experto médico y el cliente como experto en lo que atañe a su propia situación y necesidades (391, 432). Los clientes pueden desempeñar un papel activo en la sesión de orientación (248), mientras los proveedores pueden comprender y abordar las preocupaciones, deseos y necesidades de los clientes, entablando así un diálogo genuino (299, 436).

- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?
- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

JHU/CCP

Trabajadoras de salud de Nepal participan en un programa radiofónico interactivo de capacitación en educación sobre orientación para la planificación familiar. La capacitación de proveedores, junto con el ofrecimiento de apoyo continuo, contribuye a aumentar los conocimientos técnicos sobre planificación familiar y a mejorar la comunicación entre clientes y proveedores.

Cómo mejorar la orientación

Tanto los clientes como los proveedores de servicios de planificación familiar tienen la responsabilidad de asegurar que el proceso de orientación refleje el principio de la elección informada y conduzca a decisiones tomadas por los clientes mismos. Son varios los obstáculos que a menudo se interponen en la comunicación entre el cliente y el proveedor. Cabe citar entre ellos las barreras médicas innecesarias y otras restricciones que los proveedores establecen en los servicios, las preferencias en materia de anticoncepción de los propios proveedores y la predisposición de éstos en favor o en contra de ciertos métodos, la incomodidad que sienten proveedores y clientes al hablar sobre la sexualidad, las diferencias entre proveedores y clientes por su condición social y nivel de conocimientos, y los prejuicios basados en el género. Si se encuentra la manera de superar estos obstáculos se ayudará a promover la elección informada.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50
Programas de planificación familiar

Evitar las barreras médicas innecesarias. En ocasiones, programas y proveedores impiden erróneamente que los clientes reciban el método anticonceptivo que han elegido por adherirse a políticas o prácticas científicamente injustificadas, basadas al menos en parte en razones médicas (39, 382). En las directrices oficiales de los programas o en los exámenes habituales de los proveedores siguen apareciendo a veces contraindicaciones ya obsoletas (39).

Estas barreras médicas innecesarias pueden inhibir la elección informada aun cuando las políticas oficiales traten de asegurar que los clientes elegibles desde el punto de vista médico obtengan los métodos que quieran (383, 467). En un estudio realizado en cinco países de África, por ejemplo, los proveedores impusieron dos veces más criterios de elegibilidad que los requeridos por las directrices nacionales actuales de planificación familiar (288).

También en un estudio realizado en Kenia en 1999 se estimó que 78% de las mujeres que no estaban menstruando debieron irse sin que se las atendiera y esperar hasta la próxima menstruación para confirmar que no estaban embarazadas, una restricción innecesaria para la mayoría de los métodos hormonales (399). Muchas de las clientes no atendidas nunca reciben el método anticonceptivo elegido ni ningún otro método pues no pueden volver al dispensario (396).

Evitar los prejuicios del proveedor. El principio de la elección informada significa que los proveedores deben evitar sus prejuicios y respetar en cambio las preferencias de los clientes, aunque éstos elijan un método menos eficaz, usen un método sólo esporádicamente, cambien de método con frecuencia o rechacen algunos de los servicios o todos ellos (139). Sin embargo, muchos proveedores piensan que deben tomar las decisiones sobre planificación familiar por sus clientes porque ellos saben qué es lo mejor (102, 119, 244).

Los proveedores a veces erigen barreras basándose en la edad de las personas, el estado conyugal u otros criterios erróneos (178, 289). En particular, muchos proveedores se niegan a prestar servicios de planificación familiar a los jóvenes no casados (195, 247). En una encuesta de Ghana realizada en 1994, por ejemplo, 26% de los proveedores dijeron que el matrimonio era un requisito

previo para obtener servicios de planificación familiar. Aproximadamente 76% de los proveedores impusieron una edad mínima para solicitar servicios de planificación familiar porque pensaban que el acceso a la anticoncepción lleva a la promiscuidad entre los adultos jóvenes (423).

Los proveedores suelen tener sus propias preferencias e ideas preconcebidas acerca de cuál es el mejor método anticonceptivo para los clientes (102, 193, 378, 410). En un estudio llevado a cabo en 1993 en Jamaica, 90% de los médicos dijeron que preferían la píldora para las mujeres que querían postergar el primer embarazo, y 40% dijeron que se oponían por lo menos a un método de planificación familiar, generalmente los inyectables o los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (176).

En un estudio de 1994 realizado en la India se encontró que, en su mayoría, los proveedores estaban influidos por la orientación del programa hacia métodos específicos de ese tiempo y por lo tanto elegían la esterilización, los DIU y, en menor grado, la píldora para las clientes (255, 446). También en Kenia, una de las razones por las cuales el uso del DIU declinó notablemente a lo largo de 10 años fue que muchos proveedores de servicios estaban prevenidos en contra del método (400).

Lo mejor es ofrecer una presentación equilibrada, o sea, discutir tanto los aspectos positivos del método como los negativos (2, 413, 421). Cuando los proveedores se dan cuenta de sus propios prejuicios y percepciones son más capaces de evitar hacer la elección por el cliente y ayudarle, en cambio, a tomar decisiones informadas por sí mismo. Una indicación de la inclinación de un proveedor hacia ciertos métodos es la mezcla de métodos anticonceptivos entre los clientes de un proveedor que difiere completamente de la de los clientes de otros proveedores. De manera similar, si la mezcla de métodos anticonceptivos entre los clientes de un cierto dispensario se inclina hacia un método en particular, tal vez la razón sea la parcialidad del proveedor (41, 382).

Para ayudar a superar esta parcialidad, los ejercicios de dramatización y los grupos de discusión con los clientes pueden ayudar a los proveedores a comprender cómo influye su comportamiento en la elección de los clientes (69, 128, 358). La

presentación de modelos de comportamiento —o sea, la presentación de ejemplos de comportamiento positivo en la orientación— puede ayudar a los proveedores a mejorar su interacción con los clientes (325, 374).

Rick Maiman, cortesía de The David and Lucille Packard Foundation

Los hombres también necesitan estar informados de la planificación familiar. Los proveedores a veces suponen que los hombres no quieren tomar decisiones sobre la planificación familiar ni practicar la anticoncepción. Si se imparte orientación a los hombres, como en este dispensario de México, se estimulará su participación.

Sentirse cómodo con el tema de la sexualidad. Los proveedores de servicios de planificación familiar tal vez se sientan inseguros o dudosos acerca de las cuestiones concernientes a la sexualidad y eviten discutirlas, y muchos de ellos suponen que los clientes tampoco quieren tocar ese tema (34, 294, 300). Pero si no se discute la sexualidad, probablemente muchos clientes no harán una buena elección informada en materia de planificación familiar (100, 294).

Para muchos clientes la sesión de orientación es la única oportunidad que tienen de hablar sobre cuestiones sexuales, por lo que estarán ansiosos de conversar sobre ellas. En Egipto, 71% de los clientes que recibieron orientación sobre la sexualidad dijeron que no se sintieron molestos. Como dijo una cliente: “Si la doctora

nos pregunta,...le contaremos nuestros problemas, pero de lo contrario me daría vergüenza hacerlo" (3). Las sesiones de capacitación en las que se invita al personal a reflexionar sobre sus propios sentimientos sobre la sexualidad y su experiencia en este sentido pueden ayudar a los proveedores a sentirse más cómodos cuando hablen sobre ese tema con los clientes (34, 294).

Acortar la distancia social. Las diferencias entre proveedores y clientes en lo referente a clase social, niveles de instrucción, conocimiento científico y otros tipos de condición suelen interferir con la buena comunicación entre cliente y proveedor. A veces los proveedores tratan a los clientes de condición socioeconómica alta de manera distinta que a los de condición socioeconómica baja (139, 429). Los proveedores tienden en particular a creer que saben qué es lo mejor para los clientes pobres. Los proveedores de servicios de alta condición suelen subestimar a los clientes de condición más baja y por lo tanto toman las decisiones por ellos (429). Por ejemplo, en un estudio realizado en Bolivia en 1993, numerosas clientes aimaras dijeron que a menudo los proveedores eran groseros o condescendientes y ofrecían el DIU como única opción anticonceptiva, sin detenerse a explicar los efectos secundarios (370).

Es común que proveedores y clientes tengan diferentes creencias respecto de la salud y diferentes maneras de entender cómo actúa el cuerpo y qué es lo que causa enfermedad. Lo típico es que las ideas del proveedor se basen en la ciencia y las del cliente en la tradición, narraciones populares y discusiones familiares (166, 188).

Los clientes rara vez mencionan sus propias creencias sobre la salud a menos que los proveedores les pregunten acerca de ellas, pero con frecuencia rechazan la información que no se ajusta a esas creencias (110,150, 157, 254). Los proveedores pueden acortar la distancia que media entre sus conocimientos y los de los clientes si expresan respeto por las creencias de éstos y establecen conexiones entre esas creencias y el modelo médico de salud (188).

Abordar el género. Aunque no se habla mucho de los papeles asignados en razón de género —o sea, los papeles que una cultura considera apropiados para el hombre o la mujer— a menudo influyen en la manera de interactuar de proveedores y clientes y en

las decisiones que toman los clientes. Cuando se trata de una mujer, los proveedores tienden menos a contestar las preguntas de la cliente y a suministrar información técnica, ofrecer alternativas para el tratamiento y diagnosticar y tratar ciertas enfermedades, y es más probable que atribuyan las quejas de la cliente a factores psicosomáticos (242, 321).

Los proveedores a veces suponen que los hombres no quieren tomar decisiones sobre la planificación de la familia ni practicar la anticoncepción. En efecto, esos proveedores eligen por ellos, ofreciendo como explicación que los métodos anticonceptivos orientados hacia el hombre se usan mucho menos ampliamente que los métodos femeninos (111, 429).

Para ayudar a abordar las cuestiones de género relacionadas con las decisiones en materia de planificación familiar, los proveedores pueden preguntar a cada uno de los clientes cuánto desea él o ella que intervengan otras personas en la decisión que tomen sobre la planificación familiar. Si otros familiares se oponen a los deseos expresados por el o la cliente y si a éste o ésta no le incomoda hablar sobre el asunto, el proveedor puede invitar al cónyuge del cliente u otro familiar para discutir las diferentes opciones para planificar la familia y explicar por qué es mejor que estas decisiones las tomen los clientes mismos (77, 298).

Cuando reciben orientación junto con sus compañeros, sin embargo, las mujeres participan menos que cuando la reciben solas y pueden tener menos influencia en las decisiones sobre la planificación de la familia. En Kenia, por ejemplo, los clientes participaban más activamente que las clientes durante las sesiones de orientación de parejas. Los hombres suministraban voluntariamente información o hacían preguntas durante 66% del turno que les correspondía para hablar, en comparación con el 27% en el caso de las mujeres. Los proveedores ofrecían a los hombres información más detallada que a las mujeres, y los hombres tenían más influencia en el contenido, dirección y duración de la sesión (242).

El adiestramiento puede ayudar a los proveedores, tanto hombres como mujeres, a comprender mejor los papeles asignados en razón de género. Cuando los proveedores comprenden cómo influye el género en cuestiones como la comunicación conyugal, las

	intenciones sobre la procreación y la violencia doméstica, son más capaces de ayudar a los clientes a hacer elecciones informadas en materia de planificación familiar (106, 186, 326).

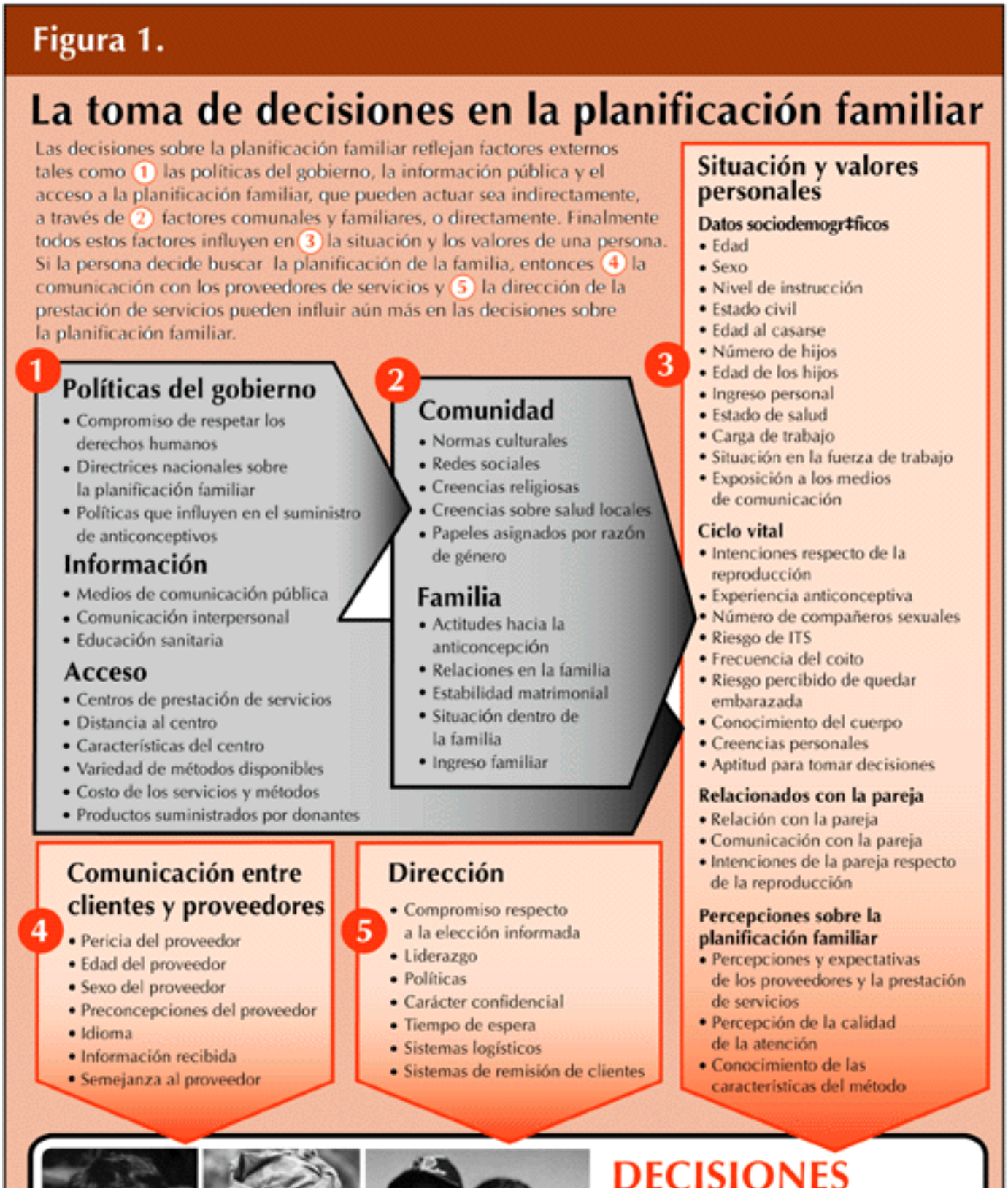
Anterior | Siguiente
Parte principal | Contenido

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Figuras

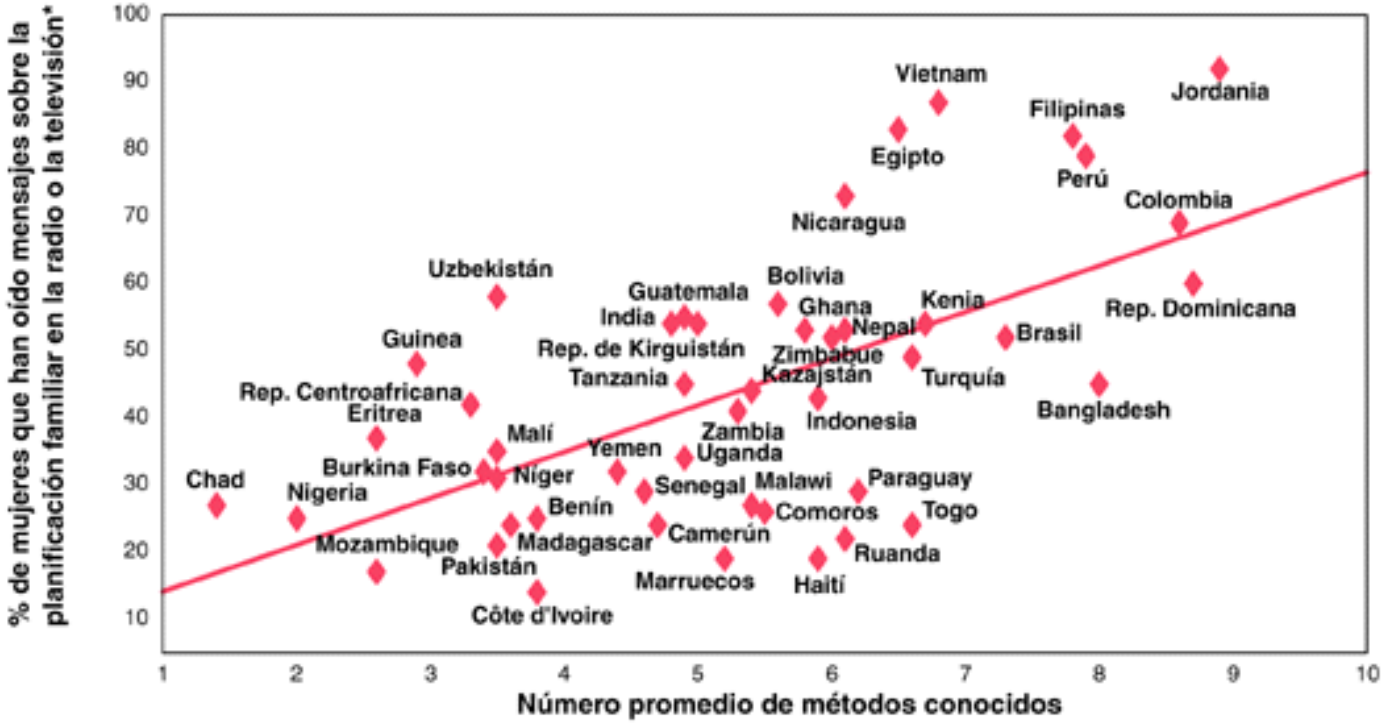
Figura 1. La toma de decisiones en la planificación familiar
Figura 2. Los medios de comunicación ayudan a informar a la mujer
Figura 3. Preferencia por otro método
Figura 4. Cómo asegurar la elección informada en el dispensario



Regresar al capitulo 2

Figura 2. Los medios de comunicación ayudan a informar a la mujer

Conocimiento de los métodos anticonceptivos por exposición a mensajes de la televisión o la radio, 1990–1999



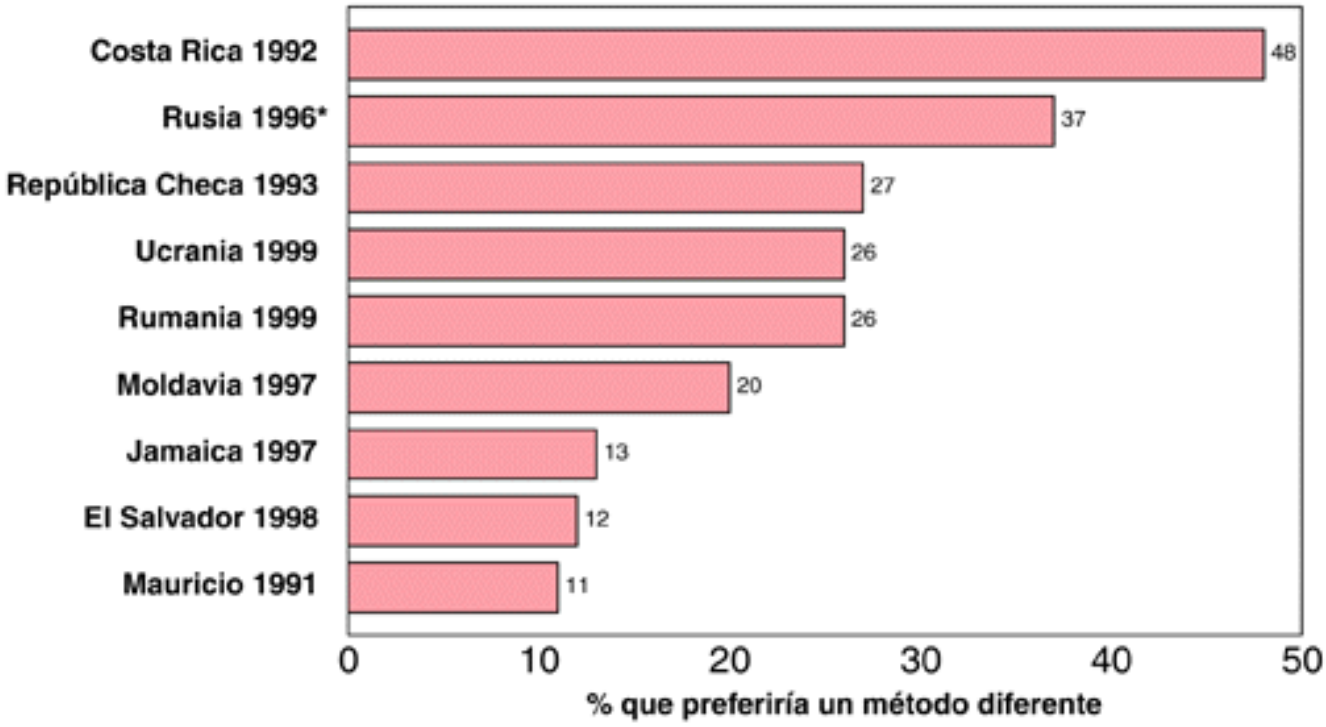
*En los últimos meses previos a la entrevista (intervalo = 1 a 12 meses)
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud

Population Reports

Regresar al capitulo 4.2

Figura 3. Preferencia por otro método

Porcentaje de mujeres que actualmente usan un método anticonceptivo y preferirían un método diferente, 1991–1999



**Promedio de tres regiones (Ivanovo, Perm, Yekaterinburg)*

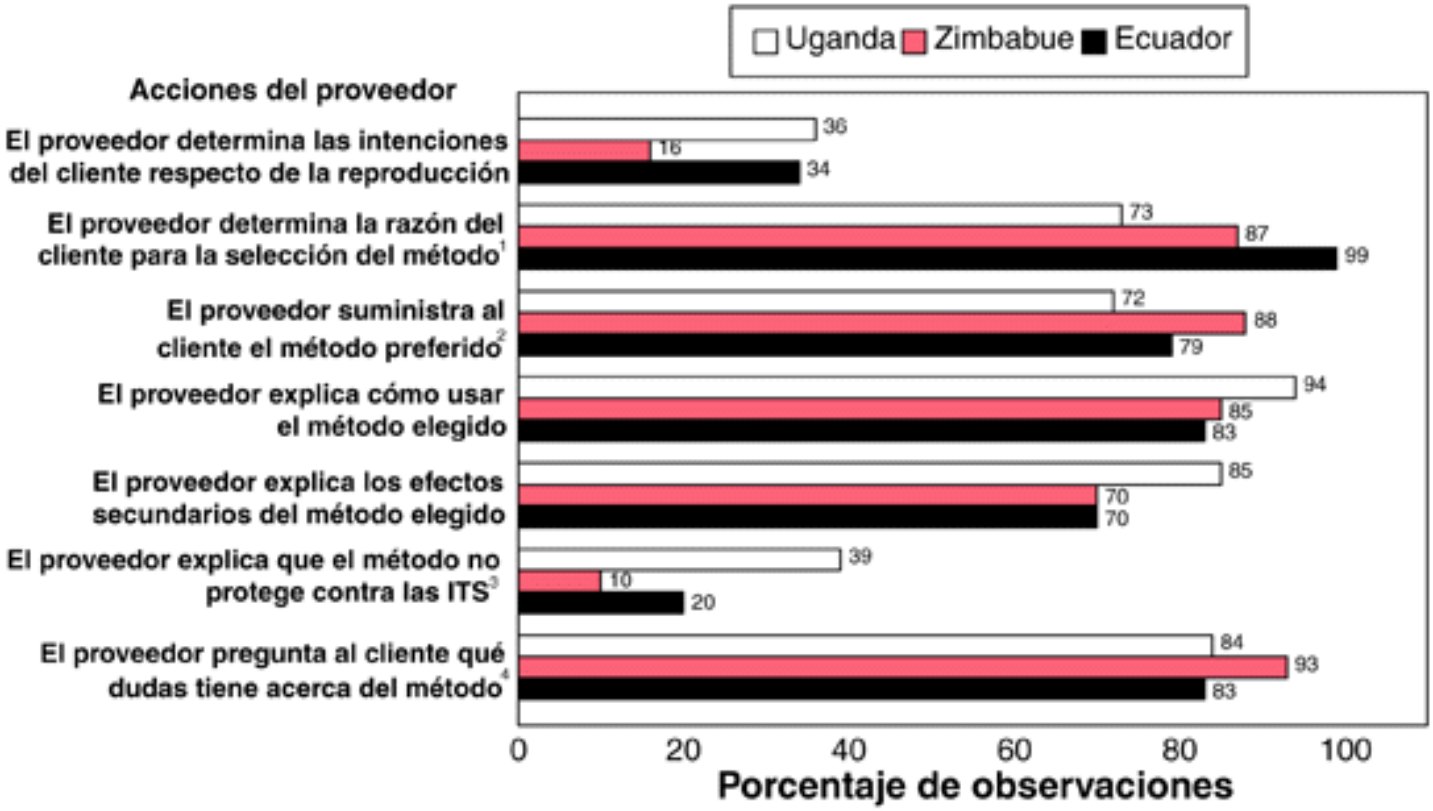
Fuente: Encuestas de Salud Reproductiva de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos

Population Reports

Regresar al capitulo 5

Figura 4. Cómo asegurar la elección informada en el dispensario

Acciones del proveedor con los nuevos clientes de los servicios de planificación familiar, basadas en la observación de las sesiones de orientación



[1] Entre los que recibieron su método preferido
[2] Entre los que tenían preferencia por un método
Fuente: Sullivan y Bertrand 2000 (407)
[3] Se excluyen los usuarios de condones
[4] Entre los clientes nuevos y constantes

Population Reports

Return to Side-bar
Regresar al capitulo 7.3

Anterior | Siguiente
Parte principal | Anterior

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Cuadro

Cuadro 1

Las mujeres saben qué método quieren

Porcentaje de mujeres casadas que actualmente no practican la anticoncepción pero se proponen hacerlo en los próximos 12 meses y saben qué método quieren, 1990–1999

En las preguntas de las EDS están incluidas las preguntas "¿Se propone usted usar un método dentro de los próximos 12 meses?" y "Cuando usa un método, ¿qué método preferiría usar?"

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud

Región, país y año	% de mujeres que se proponen practicar la planificación familiar y saben qué método quieren
ÁFRICA SUBSAHARIANA	
Benín 1996	86
Burkina Faso 1999	95
Camerún 1998	84
Chad 1997	90
Comoros 1996	96
Côte d'Ivoire 1994	93
Ghana 1998	87
Guinea 1999	99
Kenia 1998	88
Madagascar 1997	85
Malawi 1992	96
Malí 1996	86
Mozambique 1997	89
Namibia 1992	95
Níger 1998	91
Nigeria 1990	84
Rep. Centroafricana 1994	88
Ruanda 1992	98
Senegal 1997	80
Tanzania 1996	91
Togo 1998	84
Uganda 1995	82
Zambia 1996	89
Zimbabue 1994	99
ASIA Y EL PACÍFICO	
Bangladesh 1997	87
Filipinas 1998	96
India 1999	93
Indonesia 1997	91

Nepal 1996	*89*
Pakistán 1991	*82*
Vietnam 1997	*98*
ASIA CENTRAL	
Kazakhstán 1995	*86*
Rep. de Kirguistán 1997	*98*
Uzbekistán 1996	*98*
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	
Bolivia 1997	*83*
Brasil 1996	*92*
Colombia 1995	*88*
Guatemala 1999	*91*
Haití 1994	*96*
Nicaragua 1997	*95*
Paraquay 1990	*83*
Perú 1996	*82*
Rep. Dominicana 1996	*92*
CERCANO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA	
Egipto 1995	*89*
Eritrea 1995	*97*
Jordania 1997	*94*
Marruecos 1992	*100*
Sudán 1990	*94*
Turquía 1998	*85*
Yemen 1997	*87*

Regresar al capitulo 2

Anterior | Siguiente
Parte principal | Anterior

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Recuadros

Estímulo a la elección informada—¿Qué puede hacerse?
La elección de la doble protección
Cómo ayudar a las mujeres en situaciones especiales
Evaluación de la elección informada
¿Cuánta información? ¿Cuánta orientación?

Estímulo a la elección informada— ¿Qué puede hacerse?

El término "elección informada" se refiere a la decisión que pueden tomar las personas por sí mismas. Pero los administradores y proveedores de servicios de planificación familiar así como las autoridades responsables, los donantes interesados en la planificación familiar y los medios de comunicación tienen importantes papeles que desempeñar en el estímulo a la elección informada.

Las autoridades responsables pueden:

- Asegurar que los reglamentos no restrinjan las opciones en materia de anticonceptivos.
- Eliminar de las políticas nacionales todos los objetivos demográficos, incentivos y desincentivos con respecto a la planificación familiar.
- Eliminar de la publicidad de los medios de comunicación las restricciones referentes a los métodos anticonceptivos y lugares de servicios de planificación familiar.
- Formular directrices nacionales para reducir las barreras médicas que obstaculizan la práctica de la planificación familar y actualizarlas periódicamente.
- Asegurar el acceso de todos los niños a una educación de buena calidad de modo que puedan aprender a leer, escribir y ejercer la

Los administradores de los programas pueden:

- Establecer políticas de organización en las que se establezca explícitamente que todos los clientes deberán recibir el método de planificación familiar que ellos quieren, siempre que comprendan el método y que no haya razones médicas para descartarlo.
- Asegurar a todos los clientes el acceso a una variedad de métodos de planificación familiar.
- Evaluar periódicamente los procedimientos de prestación de servicios para asegurar la satisfacción de los clientes y su capacidad de hacer elecciones informadas.
- Crear sistemas de remisión de clientes para lo cual se crearán vínculos con otras organizaciones a fin de satisfacer las distintas necesidades de los clientes en materia de planificación familiar.
- Asegurar la entrega de información impresa sobre el uso correcto y la disponibilidad de otros métodos junto con los anticonceptivos distribuidos a través de la distribución

facultad del pensamiento crítico para tomar decisiones informadas, no sólo en el campo de la planificación familiar sino en todos los aspectos de la vida.

Los donantes interesados en la planificación familiar pueden:

- Apoyar los principios de la elección informada en los programas beneficiarios de la ayuda.
- Ayudar a garantizar un suministro seguro de productos anticonceptivos.
- Ayudar a establecer indicadores para medir los logros de la elección informada.

Los medios de comunicación pueden:

- Informar al público acerca del derecho de éste a hacer elecciones informadas sobre la planificación familiar.
- Presentar modelos de proveedores que respetan la elección de las personas en materia de planificación familiar.
- Presentar información detallada, correcta y equilibrada sobre una variedad de métodos de planificación familiar, sus fuentes, costo, eficacia, seguridad, reversibilidad y uso correcto.
- Proporcionar asistencia técnica y donar tiempo de transmisión y espacio editorial a las campañas por los medios de comunicación sobre la elección de métodos de planificación familiar.

basada en la comunidad (DBC), la comercialización social y otras fuentes de planificación familiar fuera de los dispensarios.

Los proveedores de servicios pueden:

Proporcionar a los clientes el método de planificación familiar que desean a menos que no sea apropiado por razones médicas.

- Suministrar información clara e imparcial sobre las ventajas y desventajas de los diversos métodos anticonceptivos y explicar el uso correcto del método elegido.
- Adaptar la orientación y el asesoramiento a las necesidades explícitas y la situación personal de cada cliente.
- Explorar temas y cuestiones planteadas por el cliente.
- Abstenerse de juzgar al cliente y de mantener percepciones preconcebidas acerca de lo que es mejor para éste.
- Respetar la decisión del cliente aunque éste elija un método menos eficaz que el que usted aconsejaría.
- Respetar la decisión del cliente de pasar de un método a otro, incluso si el cliente cambia de método con frecuencia.
- Respetar la decisión del cliente de rechazar alguno de los servicios o todos ellos.

Ayúdese también a usted mismo. Las personas que consideran la planificación familiar para sí mismas pueden hacer mucho para asegurarse de que hacen elecciones informadas. Pueden buscar activamente información sobre su salud y sobre la planificación familiar a través de los medios de comunicación y fuentes comunitarias. Pueden hablar sobre la planificación familiar con sus compañeros sexuales, familiares y amigos.

Si visitan a un proveedor de servicios de planificación familiar, pueden preparar las preguntas, hacer esas preguntas y esperar que se las respondan. Con el número creciente de personas que esperan tomar ellas mismas las decisiones sobre la planificación familiar, todos serán más capaces de hacer elecciones informadas en este aspecto.

Regresar al capitulo 1

La elección de la doble protección

En vista de la epidemia global de VIH/SIDA, es más importante que nunca que en todas partes la gente considere la doble protección, previniendo tanto embarazos involuntarios como infecciones de transmisión sexual (ITS). Los proveedores de servicios de planificación familiar tienen la responsabilidad de ayudar a la gente a entender las ITS, evaluar su propio riesgo y hacer elecciones en favor de su salud (414).

Para obtener una doble protección debe elegirse un método de planificación familiar y al mismo tiempo tomar decisiones acerca del comportamiento sexual. Para tomar estas decisiones, la persona debe saber si está personalmente en riesgo de contraer ITS y también cómo protegerse contra las ITS.

Evaluación del riesgo

El proveedor puede ayudar a los clientes a evaluar el riesgo que tienen de contraer ITS instándolos a preguntarse a sí mismos lo siguiente antes de elegir un método de planificación familiar:

1. ¿Tiene usted relaciones sexuales con más de una persona?
2. ¿Tiene su compañero sexual relaciones sexuales con otros o comparte con otros las agujas para darse inyecciones?

Las personas que respondan que sí a cualquiera de estas preguntas están en riesgo de contraer ITS.

Algunos clientes quieren hablar sobre el riesgo y el comportamiento sexual. Otros no quieren

hacerlo. Los proveedores deben estar preparados para ayudar al cliente a evaluar silenciosamente su propio riesgo y a tomar decisiones sin dar explicaciones. Por lo tanto, antes de que el cliente tome la decisión final acerca del método de planificación familiar, los proveedores deberán señalar que toda persona en riesgo de contraer ITS deberá usar condones, solos o con otro método anticonceptivo.

Elección de la protección

Al mismo tiempo que los clientes consideran algún método de planificación familiar los proveedores deberán decirles si ese método los ha de proteger contra las ITS (298). Pero muchos proveedores de servicios de planificación familiar no les dicen. En Uganda, por ejemplo, los proveedores explicaron a 39% de los clientes si el método los protegía contra las ITS, y en Zimbabue a 10% (407) (ver la **Figura 4**). En realidad, cuando se presentan los condones como una opción para planificar la familia y también para prevenir las ITS es posible que mucha gente los encuentre muy atractivos, sobre todo quienes piensan que la probabilidad de quedar embarazada es mayor que la de contraer una ITS (66, 277). En efecto, en algunas campañas de promoción de condones se anuncian condones que confieren “protección”, sin especificar si protegen contra las ITS o el embarazo (155, 441).

La doble protección puede practicarse de cinco maneras. No todas ellas incluyen el uso del condón. Por lo tanto, algunas personas que no quieren usar condones pueden encontrar una manera de protegerse contra las ITS. Se puede:

1. Usar solo un condón masculino o femenino;
2. Usar un condón masculino o femenino junto con otro método de planificación familiar;
3. Usar un método distinto de los condones y practicar al mismo tiempo la monogamia mutua;
4. Practicar sólo el coito sin penetración; o
5. Practicar la abstinencia (203, 277, 298).

Los proveedores de servicios de planificación familiar y las campañas de comunicación pueden enterar a la gente de todas estas opciones.

Modificación del comportamiento

Las encuestas llevadas a cabo en África y América Latina muestran que el comportamiento sexual de las personas ha estado cambiando para escapar del VIH/SIDA. Entre los hombres y mujeres nunca casados (ya sean sexualmente activos o no) que han oído hablar del SIDA, el cambio más comúnmente declarado del comportamiento para evitar el SIDA ha sido renunciar a las actividades sexuales y, entre los que aún no tienen experiencia sexual, postergar la iniciación sexual. La decisión de comenzar a usar condones ha sido la segunda modificación más común del comportamiento. Entre las personas casadas de todos los países encuestados, el

cambio declarado más común del comportamiento sexual ha sido limitarse a tener relaciones sexuales dentro del matrimonio (155).

Algunos proveedores de servicios de planificación familiar temen que si aconsejan a un cliente en riesgo de contraer ITS que recurra a la doble protección se interfiera con la capacidad del cliente para hacer una elección informada del método de planificación familiar. Pero en realidad, la elección informada de un método de planificación familiar en la que no se considera el riesgo de ITS y la protección no es una elección plenamente informada. Los proveedores, por lo tanto, deberán incorporar una discusión sobre el comportamiento sexual en el proceso de toma de decisiones de todos los clientes de los servicios de planificación familiar.

Con información correcta, las personas en riesgo de contraer ITS, inclusive el VIH/SIDA, por lo común deciden protegerse. En un dispensario de planificación familiar de México, por ejemplo, entre las mujeres que tenían información sobre el dispositivo intrauterino (DIU) y las ITS, las que corrían riesgo de desarrollar ITS podían descartar el uso del DIU más fácilmente que los proveedores a través del examen habitual. Después que los proveedores informaron a las clientes sobre el riesgo, la probabilidad de que una mujer en riesgo de ITS elija los condones aumentó casi al doble (83, 266).

Regresar al capitulo 2.3 | **Regresar al capitulo 7.3**

Cómo ayudar a las mujeres en situaciones especiales

Después del parto o de un aborto las mujeres merecen recibir atención extra para asegurarse de que pueden hacer y llevar a la práctica elecciones informadas sobre la planificación familiar.

Planificación familiar después del parto

La presencia de una mujer en un centro de atención médica durante el embarazo les da a los proveedores de atención de salud la oportunidad de informarla acerca de la variedad de opciones para planificar la familia. Muchas mujeres tienen dificultad en tomar decisiones importantes durante el trabajo de parto o durante el puerperio debido a la presión del tiempo y el dolor y estrés del parto (49, 50). Se necesita, por lo tanto, impartir orientación prenatal para la anticoncepción en el puerperio, especialmente cuando las mujeres consideran métodos permanentes o dependientes del proveedor (235). Sobre todo si una mujer considera la esterilización, deberá decidir antes de dar a luz ya que la probabilidad de arrepentirse de la decisión tomada es mayor entre las mujeres que deciden en el momento del parto que entre

las que han tomado esa decisión con anterioridad (129, 468).

Los proveedores nunca deberán pedir a las mujeres que hagan su elección mientras están en el trabajo de parto o bajo el efecto de calmantes. El estrés, el dolor y los calmantes pueden menoscabarles la capacidad para tomar decisiones. Tampoco se sustituirá el consentimiento de la mujer con el del marido mientras aquella esté bajo los efectos de calmantes. Las mujeres tienden a lamentar más una decisión tomada sólo por el marido que las que toman ellas solas o con el cónyuge (414).

Contrariamente al principio de la elección informada, algunos proveedores relacionan la anticoncepción del puerperio sólo con la inserción del DIU o la esterilización (349), de modo que no ofrecen otros métodos. Algunos proveedores se sienten obligados a convencer a las mujeres que acaban de dar a luz y tienen numerosos hijos de que les conviene aceptar la esterilización o la inserción del DIU (212). Por su parte, las mujeres que ya han dado su consentimiento para la esterilización pueden estar bajo la impresión de que, como han dado a luz, deben someterse a la esterilización. Por esta razón, después del parto es atinado examinar la decisión de la cliente con ella para averiguar si ha cambiado de idea (184).

Susheela Engelbrecht, JHPIEGO

Esta proveedora de atención de salud de Ghana atiende a una cliente embarazada. El ofrecimiento de orientación sobre la anticoncepción antes del trabajo de parto ayuda a estimular las decisiones informadas sobre la planificación familiar después del parto.

Planificación familiar después del aborto

Muchas mujeres tienen abortos inducidos porque no han podido hacer una elección informada acerca de la planificación familiar. Si una mujer no tiene oportunidad de hacer una elección informada *después* de un aborto inducido, puede decirse que el sistema de atención de salud la ha abandonado dos veces (269).

Deberá informarse a las mujeres que reciben atención después del aborto que pueden quedar embarazadas casi inmediatamente. Tendrán que considerar entonces si quieren practicar la anticoncepción y poder elegir entre una variedad de métodos. Siempre que la mujer no tenga otros problemas médicos que le impidan adoptar un determinado método, todos los métodos anticonceptivos pueden usarse sin peligro después del aborto, y casi todos los métodos pueden comenzarse a usar después del tratamiento de las complicaciones (182) (ver *La planificación familiar después del aborto incompleto*, suplemento de *Population Reports*, Serie L, No. 10, sept. 1997). Se necesita protección inmediatamente puesto que la fertilidad retorna poco después del aborto. Generalmente se necesitan sistemas de remisión de pacientes para facilitar que, después del aborto, las mujer pueda obtener el método anticonceptivo que desee (305, 469).

Los proveedores que trabajan con clientes que acaban de tener un aborto podrán ayudarlas mejor si evitan expresar su desaprobación o hacer cualquier cosa que limite las opciones de la mujer en materia de anticonceptivos (365). De la misma manera, la provisión de atención no deberá condicionarse al hecho de que la mujer acepte la anticoncepción en general o adopte un método anticonceptivo en particular (469).

Es posible que las clientes digan después de un aborto que nunca volverán a tener relaciones sexuales y rechacen los anticonceptivos (305). A pesar de ello, los proveedores pueden ofrecer información sobre una variedad de métodos y cómo obtenerlos. También pueden abastecer a estas mujeres de condones, píldoras o anticonceptivos orales de emergencia, que pueden llevar a su casa y usarlos si los necesitan (269).

Regresar al capitulo 6.4

Evaluación de la elección informada

LAS PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN PUEDEN AYUDAR A DETERMINAR SI LOS CLIENTES DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SON CAPACES DE HACER ELECCIONES INFORMADAS

Para evaluar

cualquier programa de planificación familiar

1. ¿Menciona específicamente la política del gobierno el derecho a una libre elección informada para planificar la propia familia?
2. ¿Evita la política del gobierno establecer objetivos numéricos y evita ofrecer incentivos o desincentivos que impidan la elección informada?
3. ¿Especifica la organización de planificación familiar que la elección informada es su meta esencial?
4. ¿Ha eliminado la organización de planificación familiar todas las barreras médicas innecesarias y las restricciones arbitrarias sobre quién puede ser atendido?
5. ¿Tiene el programa procedimientos para asegurar la elección informada de la misma manera para los hombres y las mujeres?
6. ¿Se trata la elección informada en la capacitación?
7. ¿Cuántos métodos anticonceptivos se han aprobado para su distribución?
8. ¿De cuántos métodos se dispone en el lugar de los servicios?
9. ¿Para cuántos métodos se remiten clientes a otros programas?
10. ¿Reciben los clientes el método que han elegido?
11. ¿Están los clientes satisfechos con el método que recibieron?

Adaptado de: CEDPA 1996 (72) y Hardon 1997 (179)

Para evaluar

la comunicación entre el cliente y el proveedor

1. ¿Participa el cliente activamente en la discusión y selección del método?
2. ¿Incita el proveedor al cliente a hacer preguntas?
3. ¿Hace preguntas el cliente y recibe respuestas corteses y completas?
4. ¿Recibe el o la cliente el método que ha elegido?
5. ¿Puede el o la cliente explicar por qué él o ella eligió el método?
6. ¿Le preguntó el proveedor al cliente sus intenciones respecto de la reproducción?
7. ¿Está el proveedor bien dispuesto a responder las preguntas del cliente?
8. ¿Le pregunta el proveedor al cliente qué método prefiere?
9. ¿Suministra el proveedor información correcta y detallada sobre el método elegido?
10. ¿Le dice el proveedor al cliente si el método elegido lo protege contra las ITS, incluido el VIH/SIDA?
11. ¿Adapta el proveedor la información clave para las necesidades particulares del cliente en cuestión?
12. ¿Le da el proveedor instrucciones sobre cuándo retornar?
13. ¿Se hallan disponibles en el momento de la visita del cliente todos los métodos provistos por el programa?

Adaptado de: MEASURE Evaluation 1999 (286)

ADEMÁS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,
PUEDEN RESPONDERSE LAS SIGUIENTES

Para evaluar
la distribución basada en la comunidad (DBC)

1. ¿Cuántos métodos no clínicos se obtienen de los trabajadores de la DBC?
2. ¿Remiten los trabajadores de la DBC a los clientes a otro centro para que reciban métodos no disponibles en los programas de DBC?
3. ¿Ponen los trabajadores de la DBC algunas restricciones en los métodos fuera de las estipuladas por la política del programa?

Adaptado de: The EVALUATION Project 1993 (122)

Para evaluar
los distribuidores minoristas como las farmacias

1. ¿Cuántos métodos anticonceptivos se hallan disponibles?
2. ¿Remite el minorista a los clientes a otra parte para obtener métodos que sólo allí ha de conseguir?
3. ¿Recibe el cliente información adecuada sobre la manera de usar el producto?
4. ¿Piensa el minorista que la información que posee es adecuada?

Adaptado de: The EVALUATION Project 1993 (122)

Para evaluar
los programas de comunicación

1. ¿Saben las personas que tienen derecho a hacer elecciones informadas por sí mismas?
2. ¿Conoce la gente métodos de planificación familiar?
3. ¿Cuántos métodos conoce la gente?
4. ¿Cuáles son los métodos que conoce la gente?
5. ¿Comprende la gente correctamente estos métodos y cómo usarlos?
6. ¿Sabe la gente dónde obtener estos métodos?
7. ¿Sabe la gente dónde obtener información sobre planificación familiar?
8. ¿Está la gente planeando consultar a un proveedor de servicios de planificación familiar para obtener más información u orientación?
9. ¿Habla la gente con la familia o integrantes de la comunidad acerca de la planificación familiar?

Adaptado de: Bertrand y Kincaid 1996 (40)

Regresar al capitulo 4.1 | **Regresar al capitulo 6.3**

¿Cuánta información? ¿Cuánta orientación?

¿Cuánta información y cuánta orientación necesitan los clientes de los servicios de planificación familiar? Son estas dos importantes preguntas prácticas que encaran los que se ocupan de la comunicación entre cliente y proveedor para llegar a la elección informada. En los estudios sobre la toma de decisiones de las personas en cuestiones médicas se encuentra gran variación en la cantidad de información y la cantidad de orientación que quiere la gente (116, 118). Algunos clientes quieren tomar ellos solos las decisiones sobre planificación familiar. Otros quieren considerable ayuda del proveedor de servicios (285). El imperativo que enfrenta este último es determinar y satisfacer las necesidades individuales a la par que cumplir con la obligación ética de ayudar a cada cliente a hacer una elección informada.

Para ayudar a los clientes a hacer elecciones informadas sobre el uso de anticonceptivos, los programas de planificación familiar creían una vez que los proveedores deben dar a los clientes mucha información sobre todos los métodos por igual. Pero con esta forma de proceder se sobrecargaba a los clientes de información técnica y se hacía poco por ayudarlos a aplicar la información en sus propias vidas (403).

Las personas pueden generalmente asimilar dos o tres importantes puntos de la información rápidamente impartida. Demasiada información causa tensión en quien la recibe (244). Los pacientes, sobre todo cuando son oyentes pasivos, olvidan o deforman mucho de lo que los proveedores les dicen (100). Si un cliente experimenta miedo, estrés o ansiedad, tardará más en asimilar la información. Si la sobrecarga de información deja confundidos a los clientes, éstos generalmente no practican bien la planificación familiar y tienden más a interrumpir la práctica de la anticoncepción que los clientes que reciben orientación clara y concisa (193).

Toma de decisiones compartida y elección informada

En algunos estudios se ha encontrado que los pacientes no quieren tomar decisiones sobre su salud, sobre todo cuando estas decisiones podrían tener serias consecuencias (57, 118). Prefieren, en cambio, dejar a otros esas decisiones, inclusive a los médicos y familiares (37, 156, 336, 420). Casi todos los estudios de la toma de decisiones médicas, empero, están más en favor de la toma de decisiones compartida que del modelo en que el proveedor toma solo la decisión (73). En la toma de decisiones compartida el proveedor hace participar al paciente en el proceso de toma de decisiones, reconociendo la necesidad de considerar la información personal de los pacientes en las decisiones sobre el tratamiento (74, 99, 171).

El modelo de la elección informada da un paso más allá que la toma de decisiones compartida: los clientes toman por sí mismos las decisiones sobre la planificación familiar. El proveedor, por otra parte, desempeña aún un papel importante. Éste consiste en ayudar al cliente a pensar durante todo el proceso de toma de decisiones, a concentrarse en las

cuestiones fundamentales y a evaluar las opciones (31, 74, 100). Además, el proveedor se asegura de que las decisiones de los clientes estén bien informadas. A raíz de todos estos importantes aspectos, las decisiones sobre la planificación familiar difieren de otras cuestiones más complejas de la salud reproductiva como el tratamiento de las ITS y el SIDA, las complicaciones del embarazo y la atención después del aborto, así como de decisiones médicas tales como la cirugía mayor y el tratamiento del cáncer, en las que cuando se dejan las decisiones enteramente al paciente suele aumentar la ansiedad de éste y crea sentimientos de abandono (37, 156, 336, 420).

Los estudios muestran que, cuando los clientes de servicios de planificación familiar tienen buena información, comúnmente son tan capaces como los proveedores de evaluar correctamente sus propios riesgos de salud y de evitar la elección inapropiada de anticonceptivos (113, 475). Por ejemplo, en las zonas rurales de México tanto las usuarias como las no usuarias de píldoras tenían tanta probabilidad de saber si tenían o no hipertensión arterial o cardiopatías como los proveedores de diagnosticar estos trastornos (474).

JHU/CCP

En esta comunidad de Bangladesh una trabajadora de salud se reúne con una pareja para orientarla acerca de la selección de métodos de planificación familiar. Es común que las personas difieran ampliamente sobre la cantidad de información que desean recibir.

Qué pueden hacer los proveedores

Puesto que los clientes difieren considerablemente acerca de la cantidad de información y orientación que desean recibir para tomar decisiones sobre la planificación familiar, el proveedor necesita averiguar eficiente y éticamente qué es lo que ya sabe y ha decidido el cliente y también cuánta más información y orientación quiere éste. Actualmente los programas están cada vez más a favor de que el proveedor de servicios adapte y personalice la información para ayudar a los clientes a pensar exhaustivamente sobre lo que han de elegir (98, 100, 118, 149, 272).

Los proveedores pueden preguntar a los clientes cuánto quieren saber y suministrarles luego la información pertinente que el cliente puede considerar (299). Si se emplea un lenguaje sencillo que los clientes comprendan, evitando los términos técnicos, se ayudará a aquellos a comprender y recordar la información. Los proveedores pueden repetir la información más importante y dar tiempo a los clientes para que repasen la información si necesitan más tiempo para considerarla (100). Los proveedores también pueden permitir a los clientes que tomen sus decisiones sin prisa, aunque esto signifique postergarlas a fin de consultar al cónyuge o a un familiar.

Si los clientes dicen que quieren que el proveedor decida por ellos, éste deberá respetar este deseo. Los proveedores pueden describir el concepto de elección informada, explicar cómo el cliente saldrá beneficiado si toma parte en la toma de decisiones (358), y tratar de que el cliente participe en cierto grado en el proceso (99, 146, 171, 358). El respeto por la autonomía del cliente es un principio de la elección informada y un componente de numerosos códigos de ética de las profesiones especializadas en la atención de salud (198, 470).

Regresar al capitulo 1.3 | Regresar al capitulo 7.3

Anterior | Siguiente
Parte principal | Anterior

JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Creditos

Capítulos

1. Por qué es importante la elección informada
2. La toma de decisiones sobre la planificación familiar
3. Políticas para la elección informada
4. La comunicación para una elección informada
5. Mejoramiento del acceso
6. La administración en pro de la elección informada
7. Mejor comunicación entre clientes y proveedores

- Figuras
- Cuadros
- Recuadros
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué puede hacerse?

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación este número de *Population Reports*.

1. ABATE, A. Population will reach 129 million in 2030. The Daily Monitor (Addis Ababa), Nov. 28, 2000. p. 1.
2. ABDEL-TAWAB, N. The Clinical Services Improvement Project (PCSI) counseling training program: Impact on providers and clients in Egypt. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, Jun. 1993. 39 p.
3. ABDEL-TAWAB, N., NAWAR, L., YOUSSEF, H., and HUNTINGTON, D. Integrating issues of sexuality into Egyptian family planning counseling. Frontiers report. Cairo, Egypt, Population Council, Frontiers in Reproductive Health, Mar. 26, 2000. 47 p. (Available: http://www.popcouncil.org/pdfs/ frontiers/egypt_sex. pdf, Accessed Mar. 8, 2001)
4. ABDEL-TAWAB, N. and ROTER, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: Lessons from the Egyptian experience. Social Science and Medicine. (Forthcoming)
5. ABECASSIS, A.F. History of contraception in France. SOINS, Gynecologie, Obstetrique, Puericulture, Pediatrie (141): 5-11. Feb. 1993.
6. ADAIR, L.S., VISWANATHAN, M., POLHAMUS, B., GULTIANO, S., and AVILA, J. Cebu longitudinal health and nutrition survey follow-up study. Final report to the Women's Study Project. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, University of San Carlos, 1997. (Available: http:// www.fhi.org/en/wsp/wsfinal/fctshts/wsfct22.html, Accessed Apr. 4, 2001)
7. ADEWUYI, A., AJAEGBU, H., AYOOLA, G., BABALOLA, S., ESIMAII, G., KISSEKA, M., OMIDEYI, K., THOMAS, K., ASKEW, I., and MENSCH, B. Nigeria: The family planning situation analysis study. Final report. New York, Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance Project, Nov. 1992. 30 p.
8. AGHAJANIAN, A. and MERHYAR, A.H. Comment: Fertility, contraceptive use and family planning program activities in the Islamic Republic of Iran. International Family Planning Perspectives 25(2): 12. Jun. 1999.
9. AKA-DAGO-AKRIBI, H., DU LOU , A.D., MSELLATI, P., DOSSOU, R., and WELFFRENS-EKRA, C. Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. Reproductive Health Matters 7(13): 20-29. May 1999.
10. ALI, M. and CLELAND, J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: A cause-specific analysis. International Family Planning Perspectives 21 (3): 92-97. Sep. 1995.
11. ALI, N., WELLS, E., and SUTTON, D. Reviewing print material for oral contraceptives: Direction for the future. Washington, D.C., Program for Appropriate Technology in Health, Jul. 9, 1998. 70 p.
12. AMIN, R., BECKER, S., and BAYES, A. NGO-promoted microcredit programs and women's empowerment in rural Bangladesh: Quantitative and qualitative evidence. Journal of Developing Areas 32(2): 221-236. Winter 1998.

- Las mujeres saben lo que quieren
- Por qué son importantes las comunidades
- Eliminación de metas
- Con más métodos, más opciones
- "Su salud está en sus manos"
- ¿Tienen opciones los clientes?
- ¡Pregunte, por favor!
- ¿Cuánta orientación?
- Clientes activos, mejores elecciones
- Orientación para los clientes constantes

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 1
Primavera de 2001
Serie J, Número 50

*13. ANDERSON, J.M. Empowering patients: Issues and strategies. Social Science and Medicine 43(5): 697-705. Sep. 1996.
14. ANDERSON, L.A., MCEVOY DEVELLIS, B., and DEVELLIS, R.F. Effects of modeling on patient communication, satisfaction, and knowledge. Medical Care 25(11): 1044-1056. Nov. 1987.
15. APROPO and SOCIAL MARKETING FOR CHANGE (SOMARC). APROPO establishes an innovative agreement with commercial partners to contribute $50,000 up front to their CSM project. SOMARC II Highlights: 1-2. Dec. 1992.
16. ARTICLE 19. Standards and recommendations. In: Coliver, S. The Right to Know: Human Rights and Access to Reproduc-tive Health Information. London, Article 19, 1995. p. 327-355.
17. ASHOKE, S., KANE, T.T., and HAMAL, H. Contraceptive social marketing in Nepal: Consumer and retailer knowledge, needs and experience. Journal of Biosocial Sciences 22: 305-322. 1990.
18. ASIA WEEK. Philippines. Church vs. State: Fidel Ramos and family planning face "Catholic Power". Asia Week Aug. 24, 1994. p. 21-22.
19. ASKEW, I., MENSCH, B., and ADEWUYI, A. Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria. Studies in Family Planning 25(5): 268-283. Sep./Oct. 1994.
20. ASOCIACION HONDURENA DE PLANIFICACION FAMILIAR (ASHONPLAFA) and FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Purchasers of oral contraceptives in a social marketing program in Honduras: Final report. Tegucigalpa, Honduras, ASHONPLAFA, Oct. 1987. 77 p.
21. ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC). Informed consent and voluntary sterilization. An implementation guide for program managers. New York, AVSC, 1988. 31 p.
*22. AVSC INTERNATIONAL. Informed choice. New York, AVSC International, Folder. 1998.
23. AVSC INTERNATIONAL. Informed choice in family planning: Legacies and challenges. New York, AVSC International, 1998. 2 p.
24. AVSC INTERNATIONAL. Leadership in informed choice. New York, AVSC International, 1998. 4 p.
25. AVSC INTERNATIONAL. Informed choice assessment: Discussion guidelines. New York, AVSC International, 2000. 7 p.
26. BAAH-BOAKYE, E.A. Husband-wife communication in family planning decisions in urban Ghana. May 1988. 109 p. (Unpublished)
27. BANDURA, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1986.
28. BANGLADESH FAMILY PLANNING SOCIAL MARKETING PROJECT. Evaluation of illustrated support material of Maya pill. 1982. 22 p. (Unpublished)
29. BANKOLE, A. and SINGH, S. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: Hearing the man's voice. International Family Planning Perspectives 24(1): 15-24. Mar. 1998.
30. BARKAT-E-KHUDA, MIRZA, T., and AHMED, S. Lessons learned on doorstep delivery of injectable contraceptives. Proceedings of the Workshop by the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B) and the Maternal and Child Health-Family Planning (MCH-FP) Extension Project, Dhaka, Bangladesh, Sep. 28, 1994. ICDDR,B, MCH-FP, 78 p.
31. BARNETT, B. Clients prefer method choices. Network 19(1): 14-18. Research

Programas de planificación familiar	Park Triangle, North Carolina, Family Health International. Fall 1998. 32. BARNETT, B. First-time users have diverse needs. Network 19(4): 4-7. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1999. 33. BARNETT, B. and STEIN, J. Women's voices, women's lives: The impact of family planning. North Carolina, The Women's Studies Project, Jun. 1998. 34. BECKER, J. and LEITMAN, E. Introducing sexuality within family planning: The experience of the HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. New York, Population Council, 1998. (Quality/Calidad/Qualite No. 8) 28 p. 35. Bedimo, A.L., Bessinger, R., and KISSINGER, P. Reproductive choices among HIV-positive women. Social Science and Medicine 46(2): 171-179. Jan. 1998. 36. BEGUM, H. Health care, ethics and nursing in Bangla-desh: A personal perspective. Nursing Ethics 5(6): 535-541. Nov. 1998. 37. BEISECKER, A.E. and BEISECKER, T.D. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Medical Care 28(1): 19-28. Jan. 1990. 38. BERTAKIS, K.D., ROTER, D., and PUTNAM, S.M. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. The Journal of Family Practice 32(2): 135-136. Feb. 1991. 39. BERTRAND, J.T., HARDEE, K., MAGNANI, R.J., and ANGLE, M.A. Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. International Family Planning Perspectives 21(2): 64-74. Jun. 1995. 40. BERTRAND, J.T. and KINCAID, L.D. Evaluating Information-Education-Communication (IEC) programs for family planning and reproductive health. Final report of the IEC Working Group. Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Tulane University Center for International Health and Development, The Futures Group, Oct. 1996. 161 p. 41. BERTRAND, J.T., RICE, J., SULLIVAN, T.M., and SHELTON, J. Skewed method mix: A measure of quality in family planning programs. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, May 2000. 41 p. (Available: http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/workingpapers/wp0023ab.html) 42. BEST, K. CARE project enlists community support. Network 17(2): 11-13. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1999. 43. BEST, K. City life isolates many clients. Network 17(2): 13. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1999. 44. BEST, K. Social contacts influence method use. Network 19(4): 12-15. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1999. 45. BHUSHAN, I. Understanding unmet need. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Nov. 1997. (Available: http://www.jhuccp.org/pubs/working_papers/wp4/contents.html) 46. BIDDLECOM, A.E. and FAPOHUNDA, B.M. Covert contraceptive use: Prevalence, motivations, and consequences. [Policy Research Division Working Papers No. 108]. New York, Population Council, 1998. 37 p. 47. BITRAN, R.A. and MCINNES, D.K. The demand for health care in Latin America. Lessons from the Dominican Republic and El Salvador. Proceedings of

the EDI, Washington, D.C., 1993. World Bank, 54 p.
48. BLACKBURN, R. New contraceptive choices. [Outline]. *Population Reports*, Series M, No. 16. Baltimore, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Nov. 2000. 3 p.
49. BLANEY, C.L. Long-acting methods require special care. Network 15(1): 18-21. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Aug. 1994.
50. BLANEY, C.L. Important needs follow pregnancy. Network 17(4). Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Summer 1997. (Available: http://www.fhi.org/)
51. BLUMENTHAL, P.D. and MCINTOSH, N. Pocket guide for family planning providers 1996-1998. 2nd ed. Oliveras, E., ed. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health, 1996. 399 p.
52. BONGAARTS, J. and WATKINS, S.C. Social interactions and contemporary fertility transitions. [Research Division Working Papers No. 88]. New York, Population Council, 1996. 69 p.
53. BOSVELD, W. Explaining between-country variation in fertility: The theoretical link between individual behaviour and social context. Amsterdam, Postdoctorale Onderzoekersopleiding Demografie, Aug. 1998. (Nethur-Demography Paper No. 41) 17 p.
54. BOULAY, M. Change in social networks and the adoption of family planning: A study in rural Nepal. Presented at the 20th International Sunbelt Social Network Conference, Vancouver, B.C., Apr. 13-15, 2000.
55. BOULAY, M. The influence of information-seeking strategies on social network composition and contraceptive adoption among women in rural Nepal. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. 40 p.
56. BOULAY, M., STOREY, D.J., and SOOD, S. Indirect exposure to a family planning mass media campaign in Nepal. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, Nov. 4, 1999.
57. BRADDOCK, C.H., EDWARDS, K.A., HASENBERG, N.M., LAIDLEY, T. L., and LEVINSON, W. Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. Journal of the American Medical Association 282(24): 2313-2320. Dec. 1999.
58. BRADLEY, J., BRUCE, J., DIAZ, S., HUEZO, C., and MWORIA, K. Using COPE to improve quality of care: The experience of the family planning association of Kenya. New York, Population Council, 1999. (Quality/Calidad/ Qualite No. 9) 19 p. (Available: http://www.popcouncil.org/publications/qcq/ qcq09.pdf, Accessed Mar. 21, 2001)
*59. BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning 21(2): 61-91. Mar./Apr. 1990.
60. BRUCE, J. and JAIN, A. Improving the quality of care through operations research. In: Seidman, M. and Horn, M.C. Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better. New York, Wiley-Liss, 1991. p. 259-282.
61. BUTTA, P. Informed consent and voluntary sterilization: An implementation guide for program managers. New York, AVSC International, 1995. 26 p.
62. CACHAN, J. and MARSHALL, M. Implementing reproductive health awareness: Progress to date. Advances in Contraception 13(2-3): 363-371. Jun./ Sep. 1997.

63. CARIGNAN, C.S., IPPOLITO, L., and NERSESIAN, P.V. SEATS II: Clinical protocols for family planning programs: A resource book. Volume I. AVSC International and John Snow, Oct. 1995.
64. CARLOS, A.C. Trends and directions. In: Carlos, A.C. Male Involvement in Family Planning: Programme Initiatives. London, International Planned Parenthood Federation, 1984. p. 1-8.
65. CASTRO MARTIN, T. The impact of women's education on fertility in Latin America: Searching for explanations. International Family Planning Perspectives 21(2): 52-57, 80. Jun. 1995. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2105295.html, Accessed Apr. 5, 2001)
66. CATES, W., JR., STEINER, M.J., and RAYMOND, E.G. Dual vs. duel(ing) protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: What is the best contraceptive approach? [Draft]. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Jan. 8, 2001. 20 p.
67. CATINO, J. Meeting the Cairo challenge: Progress in sexual and reproductive health. Implementing the ICPD Programme of Action. New York, Family Care International, Oct. 1999. 190 p.
68. CEGALA, D.J. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. Presented at the Health Communication Division of the National Communication Association Meeting, Chicago, Illinois, Nov. 1999. Ohio State University. 31 p.
69. CENTER FOR HUMAN SERVICES, JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, and JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Improving interpersonal communication between health care providers and patients. Core course. Reference manual 1999. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, 1999. 40 p.
70. CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP). Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives. Anglophone Africa. New York, CRLP, May 1997. 52 p.
71. CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP). Nothing personal: A human rights report on the provision of surgical sterilization in Peru, 1996-1998. New York, CRLP, Mar. 2000. 20 p.
72. CENTRE FOR DEVELOPMENT AND POPULATION ACTIVITIES (CEDPA). Institution-building for quality services. New York, United Nations. Population Division. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis., 1996. p. 388-394.
73. CHARLES, C., WHELAN, T., and GAFNI, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? British Medical Journal 319: 780-782. Sep. 18, 1999. (Available: http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7212/780, Accessed Jun. 18, 2001).
74. CHARLES, C., GAFNI, A., and WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science and Medicine 44(5): 681-692. Mar. 1997.
75. CHERKAOUI, M. Fertile changes. ORGYN: 27-32. 1995.
76. CHI, I.C. and JONES, D.B. Incidence, risk factors, and prevention of poststerilization regret in women: An updated international review from an epidemiological perspective. Obstetrical and Gynecological Survey 49(10): 722-732. Oct. 1994.
77. CHINA POPULATION TODAY. Quality services for Shanghai couples. Urban family planning programme. China Population Today, Vol. 14, No. 1, Feb. 1997. p. 9.

78. CHU, J. Quality reorientation of the family planning program in China: Some conceptual issues. Boston, Massa-chusetts, Harvard Center for Population and Development Studies, Dec. 1999. 41 p. (Available: http://www.hsph.harvard.edu/grhf/HUpapers/chu.html, Accessed Mar. 15, 2001)
79. CLARK, S. and SPIELER, J. Natural family planning: U.S. Agency for International Development policy considerations. In: Jennings, J.T., Spieler, J.M., Von Hertzen, H., and Queenan, V.H., eds. Proceedings of the Conference on Natural Family Planning: Current Knowledge and New Strategies for the 1990s, Washington, D.C., Dec. 10-14, 1990. p. 88-90.
80. CLARKE, L.L., SCHMITT, K., BONO, C.A., STEELE, J., and MILLER, M. K. Norplant selection and satisfaction among low-income women. American Journal of Public Health 88(8): 1175-1181. Aug. 1998.
81. CLELAND, J. and MAULDIN, W.P. The promotion of family planning by financial payments: The case of Bangladesh. Studies in Family Planning 22(1): 1-18. Jan./Feb. 1991.
82. CLELAND, J. and WILSON, C. Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. Population Studies 41(1): 5-30. Mar. 1987.
83. COGGINS, C., LANGER, A., WINIKOFF, B., LAZCANO, E.C., HEIMBURGER, A., and SLOAN, N. Effectiveness of integration of self-screening of STDs into family planning programs. Presented at the American Public Health Association 126th Annual Meeting, Washington, D.C., Nov. 15-18, 1998.
84. COHEN, W.J. Freedom of choice (family planning). Studies in Family Planning 1(23): 2-5. Dec. 1964.
85. COLEY, K.C. Contraception: What pharmacists should tell their patients. American Pharmacy 33(9): 55-66. Sep. 1993.
86. COLIVER, S. Algeria. In: Coliver, S. The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information. London, Article 19, 1992. p. 99-120.
*87. COLIVER, S., ed. The right to know: Human rights and access to reproductive health information. London, Article 19, 1995. 391 p.
88. CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION and PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH (PATH). Medical and service delivery quidelines. http://www.path.org/cec/html/medguide.htm PATH, 2001.
89. COTTEN, N., STANBACK, J., MAIDOUKA, H., TAYLOR-THOMAS, J.T., and TURK, T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia. International Family Planning Perspectives 18(4): 145-149. Dec. 1992.
*90. COTTINGHAM, J. Beyond acceptability: Users' perspectives on contraception. London, World Health Organization, 1997. p. 1-5.
91. CURTIS, S. and NEITZEL, K. Contraceptive knowledge, use, and sources. Calverton, Maryland, Macro International, Mar. 1996. (DHS Comparative Studies No. 19) 100 p.
92. CURTIS, S.L. and BLANC, A.K. Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1997. (Demographic and Health Surveys Analytical Reports No. 6) 50 p.
93. DABIRI, O.M. The way forward: Nigeria's population. Oct./Dec. 1993. p. 30-31, 34.
94. DADIAN, M.J. Protection vs. protectionism? AIDS Captions 4(1): 9. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Jun. 1997.
95. DANIELS, D. and EDWARDS-LOPEZ, J. Overview of the EC's health, AIDS

and population portfolio in developing countries (1990-1999). London, European Commission Council, Oct. 2000. 1 p. (Available: http://europa.eu.int/comm/development/sector/social/pfolio3011_en.htm)
96. DAVANZO, J. and GRAMMICH, C. Barren ground: Eastern Europe's transition from communism isn't the only factor affecting the region's demographics. http://www.rand.org/popmatters/TOL.html RAND, Population Matters, Jan. 3, 2001.
97. DAVID, H.P. and BABAN, A. Women's health and reproductive rights: Romanian experience. Patient Education and Counseling 28(3): 235-245. Jul. 1996.
98. DAVIS, A. and WYSOCKI, S. Clinician/patient interaction: Communicating the benefits and risks of oral contraceptives. Contraception 59(1 Suppl.): S39-42. Jan. 1999.
99. DEBER, R.B., KRAETSCHMER, N., and IRVINE, J. What role do patients wish to play in treatment decision making? Archives of Internal Medicine 156(13): 1414-1420. Jul. 8, 1996.
*100. DELBANCO, T.L. and DALEY, J. Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception. Obstetrics and Gynecology 88(3 Suppl.): S41-47. Sep. 1996.
101. DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (DFID). China. London, DFID, 2000. 1 p. (Available: http://www.dfid.org.uk/public/what/advisory/group4/faq7.html>
102. DIAZ, J. and DIAZ, M. Quality of care in family planning in Latin America. Advances in Contraception 9(2): 117-128. Jun. 1993.
*103. DIAZ, M., JASIS, M.I., PACHAURI, S., PINE, R.N., PLATA, M.I., RUMINJO, J., STEELE, C., TABBUTT-HENRY, J., and WIDYANTORO, N.S. Informed choice in international family planning service delivery. Strategies for the 21st century. New York, AVSC International, 1999. 22 p.
104. DIMATTEO, M.R. The physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. Clinical Obstetrics and Gynecology 37(1): 149-161. Mar. 1994.
105. DIMATTEO, M.R., REITER, R.C., and GAMBONE, J.C. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. Health Communication 6(4): 253-265. Oct./Dec. 1994.
106. DIXON-MEULLER, R. Gender inequalities and reproductive health: Changing priorities in an era of social transformation and globalisation. Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1999. (Policy and Research Paper No. 16) (Available: http://www.iussp.org/Publications_on_site/PRP/prp16.htm>
*107. DIXON-MUELLER, R. Population policy and women's rights: Transforming reproductive choice. Westport, Connecticut, Praeger, 1993. 300 p.
108. DKT INTERNATIONAL (DKT). 1998 contraceptive social marketing statistics. Washington, D.C., DKT, Sep. 1999. 8 p.
109. DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 260(12): 1743-1748. Sep. 23-30, 1988.
110. DONOVAN, J.L. Patient decision making: The missing ingredient in compliance research. International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(3): 443-455. Summer 1995.
111. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. *Population Reports*, Series J, No. 46. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 35 p.
112. DUBE, H.M.B., MARANGWANDA, C.S., and NDHLOVU, L. An

assessment of the Zimbabwe family planning programme. Results from the 1996 situation analysis study. Harare, Zimbabwe, Zimbabwe National Family Planning Council, Population Council, May 1998. 53 p.
113. DUCLAYAN, G. and HAREL, K. When choosing a contraceptive, women know best. Momentum: News from the Population Council [Newsletter], Sep. 1999. p. 8-9.
114. EDMUNDS, M., STRACHAN, D., and VRIESENDORP, S. Client-responsive family planning: A handbook for providers. Watertown, Massachusetts, Pathfinder Fund, 1987. 93 p.
115. EDOZIEN, L. Counselling for female sterilisation. British Journal of Family Planning 23(1): 14-15. Apr. 1997.
116. EDWARDS, A. and ELWYN, G. The potential benefits of decision aids in clinical medicine. Journal of the American Medical Association 282(8): 779-780. Aug. 25, 1999.
117. EGYPT. CENTRAL AGENCY FOR PUBLIC MOBILIZATION AND STATISTICS (CAPMAS), WOMEN AND CHILD RESEARCH UNIT, and UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) EGYPT. The situation of women in Egypt. Cairo, CAPMAS, UNICEF, 1991. 61 p.
118. ENDE, J., KAZIS, L., ASH, A., and MOSKOWITZ, M.A. Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients. The Journal of General Internal Medicine 4 (1): 23-30. Jan./Feb. 1989.
119. ENE, E.N. Family planning, fertility control and the law in Nigeria: The choices for a new century. African Journal of Reproductive Health 2(2): 82-95. Oct. 1998.
120. ENGENDERHEALTH. Building coalitions. http://www.engenderhealth.org/ia/foc/focbc.html EngenderHealth, Apr. 9, 2001.
121. ENTWISLE, B., RINDFUSS, R.R., GUILKEY, D.K., CHAMRATRITHIRONG, A., CURRAN, S.R., and SAWANGDEE, Y. Community and contraceptive choice in rural Thailand: A case study of Nang Rong. Demography 33(1): 1-11. Feb. 1996.
122. EVALUATION PROJECT, SERVICE DELIVERY WORKING GROUP, and QUALITY SUBCOMMITTEE. Indicators of quality of care in family planning programs. Mar. 31, 1993. 7 p. (Unpublished)
123. EVANS, I. and HUEZO, C., eds. Family planning handbook for health professionals: The sexual and reproductive health approach. London, International Planned Parenthood Federation, 1997. 387 p.
124. EXPERT PANEL ON EMERGENCY CONTRACEPTION. Consensus statement on emergency contraception. Bellagio conference on emergency contraception. Bellagio, Italy, South to South Cooperation in Reproductive Health, May 15, 1995. 8 p.
125. FADEN, R.R., BEAUCHAMP, T.L., and KING, N.M. A history and theory of informed consent. New York, Oxford University Press, 1986. 389 p.
126. FAMCARE. Retailer's contraceptive training manual for Liberia. Monrovia, Liberia, Famcare, 1988. 74 p.
127. FAMILY PLANNING LOGISTICS MANAGEMENT and JOHN SNOW INC (JSI). Programs that deliver: Logistics' contributions to better health in developing countries. [report]. Arlington, Virginia, JSI, 2000. 117 p.
128. FAMILY PLANNING SERVICE EXPANSION AND TECHNICAL SUPPORT (SEATS) PROJECT. Vital connections: Linking women's literacy

programs and reproductive health services. Arlington, Virginia, John Snow, Inc, World Education, Inc, Jul. 1999. 50 p.
129. FATHALLA, M.F. Family planning linked to an obstetric service. Tropical Doctor 18(1): 25-29. Jan. 1988.
130. FATHALLA, M.F. A woman-centered agenda for the twenty-first century. Advances in Contraception 12(4): 331-334. Dec. 1996.
131. FEDERATION OF FAMILY PLANNING ASSOCIATIONS OF MALAYSIA. Family planning and sexual and reproductive health programs. http://www.ffpam.org.my/programs.htm Mar. 12, 2001.
132. FEELEY, F. Conducting regulatory assessments for commercial sector family planning. A summary. Arlington, Virginia, Deloitte Touche Tohmatsu International, Promoting Financial Investments and Transfers to Involve the Commercial Sector in Family Planning, 1997. 4 p.
133. FERREROS, C., CLEMENTE, W., and LEMOS FERNANDES, M.E. The impact of social marketing on the condom market in Brazil. Proceedings of the Third USAID HIV/AIDS Prevention Conference, Washington, D.C., Aug. 7-9, 1995. p. 9.
134. FIGUEROA, B. Adding color to life: Illustrated health materials for women in Peru. New York, Population Council, 1992. (Quality/Calidad/Qualite No. 4) p. 13-18.
135. FINGER, W.R. Commercial sector can improve access. Network 18(2): 12-15. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Winter 1998.
136. FINGER, W.R. and KHALAF, S.G. Contraceptive methods for young adults. [Chart]. Network 17(3): 16-17. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1997.
137. FOGARTY, J.S. Reactance theory and patient noncompliance. Social Science and Medicine 45(8): 1277-1288. Oct. 1997.
138. FONTAINE, A., POTTER, L., and VENEY, J.E. Use-effectiveness of oral contraceptives and quality of care. Apr. 25, 1993. 28 p. (Unpublished)
*139. FOSTER, P. and HUDSON, S. From compliance to concordance: A challenge for contraceptive prescribers. Health Care Analysis 6(2): 123-130. Jun. 1998.
140. FRANK, M.L., POINDEXTER, A.N., JOHNSON, M.L., and BATEMAN, L. Characteristics and attitudes of early contraceptive implant acceptors in Texas. Family Planning Perspectives 24(5): 208-213. Sep./Oct. 1992.
141. FRASER, I.S., TIITINEN, A., AFFANDI, B., BRACHE, V., CROXATTO, H. B., DIAZ, S., GINSBURG, J., GU, S., HOLMA, P., and JOHANSSON, E. Norplant consensus statement and background review. Contraception 57(1): 1-9. Jan. 1998.
142. FREEDMAN, L.P. and ISAACS, S.L. Human rights and reproductive choice. Studies in Family Planning 24(1): 18-30. Jan./Feb. 1993.
143. FREEDMAN, R. Do family planning programs affect fertility preferences? A literature review. Studies In Family Planning 28(1): 1-13. Mar. 1997.
144. FREEMAN, M.A. Measuring equality: A comparative perspective on women's legal capacity and constitutional rights in five commonwealth countries. Berkeley Women's Law Journal 5: 110-138. 1989-1990.
145. FRIEDMAN, I. Poverty, human rights, and health. In: Crisp, N. and Ntuli, A., eds. South African Health Review. 5th ed. Durban, South Africa, Health Systems Trust, 1999. 12 p. (Available: http://www.hst.org.za/sahr/99/chap1.htm, Accessed

Apr. 9, 2001.
146. FROSCH, D.L. and KAPLAN, R.M. Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. American Journal of Preventive Medicine 17(4): 285-294. Nov. 1999.
147. FUTURES GROUP INTERNATIONAL. Pharmacist's contraceptive training manual. Ghana Social Marketing Programme. 1992. 85 p. (Unpublished)
148. FUTURES GROUP INTERNATIONAL and SOCIAL MARKETING FOR CHANGE (SOMARC). Ghana Social Marketing Program tracking survey 1988: Report and analysis. Washington, D.C., SOMARC, Nov. 1989. 130 p.
149. GAFNI, A., CHARLES, C., and WHELAN, T. The physician-patient encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. Social Science and Medicine 47(3): 347-354. 1998.
150. GALLEN, M., LETTENMAIER, C., and GREEN, C.P. Counseling makes a difference. *Population Reports*, Series J, No. 35, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1987. p. 31.
151. GALWAY, K. and STOVER, J. Determining an appropriate contraceptive method mix. OPTIONS II tool: Policy and programmatic use of DHS data analysis chapter. [Draft]. May 4, 1994. 79 p. (Unpublished)
152. GANDOTRA, M.M. and DAS, N.P. Contraceptive choice, shift, and use continuation: A prospective study in Gujarat. Journal of Family Welfare 36(3): 54-69. Sep. 1990.
153. GANDOTRA, M.M. and DAS, N.P. Factors influencing choice of a contraceptive and the reasons for its discontinuation. In: Khan, M.E. and Cernada, G. Spacing as an Alternative Strategy. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 95-114.
154. GARATE, M.R., MOSTAJO, P., ROSEN, J.E., and ROJO, M. CBD promoter incentives for IUD insertion referral: Can they lead to client coercion and abuse? Findings from Peru. Proceedings of the 119th Annual Meeting of the American Public Health Association, Atlanta, Georgia, Nov. 11-14, 1991. 17 p. (Unpublished)
155. GARDNER, R., BLACKBURN, R.D., and UPADHYAY, U.D. Closing the condom gap. *Population Reports*, Series H, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, April 1999. 36 p.
156. GAWANDE, A. Whose body is it, anyway? What doctors should do when patients make bad decisions. Annals of Medicine, The New Yorker, Oct. 4, 1999. p. 84-91.
157. GAY, J. A literature review of the client-provider interface in maternal and child health and family planning clinics in Latin America. Washington, D.C., Pan American Health Organization, Nov. 1980. 78 p.
158. GAZIANO, C. The knowledge gap: An analytical review of media effects. Communication Research 10(4): 447-486. Oct. 1983.
159. GEARY, J. From comparison to choices. The voice of the voiceless. ORGYN (4): 10-13. 1994.
160. GEORGETOWN UNIVERSITY. Deciding whether to use natural family planning: The couple decision-making process. Georgetown University, Mar. 30, 2000. p. 1-17.
161. GERMAN MINISTRY OF COOPERATION AND DEVELOPMENT (BMZ). BMZ aktuell. Sector Policy. Bonn, Germany, BMZ, Jun. 1991. 24 p.
162. GERTNER, N. Interference with reproductive choice. In: Cohen, S. and Taub,

N. Reproductive Laws for the 1990s. Contemporary Issues in Biomedicine, Ethics, and Society. Clifton, New Jersey, Humana Press, 1989. p. 307-328.
163. GODLEY, J. Kinship networks and contraceptive choice in Nang Rong, Thailand. International Family Planning Perspectives 27(1): 4-10, 41. Mar. 2001. (Available: http://www.agi-usa.org/journals/toc/ifpp2701toc.html, Accessed Mar. 22, 2001)
164. GOODKIND, D. and PHAN, T.A. Reasons for rising condom use in Vietnam. International Family Planning Perspectives 23(4): 173-178. Dec. 1997.
165. GRADY, W.R., HAYWARD, M.D., BILLY, J.O., and FLOREY, F.A. Contraceptive switching among currently married women in the United States. Journal of Biosocial Science (11 Suppl.): S117-132. 1989.
166. GRAY, A., CHOWDHURY, J.H., CALDWELL, B., and AL-SABIR, A. “Traditional” family planning in Bangladesh. Summary report. Dhaka, Bangladesh, Population Council, 1997. 41 p.
167. GREADY, M., KLUGMAN, B., XABA, M., BOIKANYO, E., and REES, H. South African women’s experiences of contraception and contraceptive services. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users’ Perspectives on Contraception. London, World Health Organization. Reproductive Health Matters, 1997. p. 23-35. (Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/beyond_acceptability_users_perspectives_on_contraception/beyond_acceptability_abstract.en.html, Accessed Apr. 6, 2001)
168. GREENFIELD, S., KAPLAN, S.H., WARE, J.E., JR., MARTIN YANO, E., and FRANK, H.J.L. Patients’ participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. Journal of General Internal Medicine 3(5): 448-457. Sep./Oct. 1988.
169. GREENSPAN, A. Adding choice to the contraceptive mix: Lessons from Indonesia. Asia-Pacific Population and Policy (19): 1-4. Dec. 1991.
170. GREENWELL, K.F. Contraceptive method mix menu: Providing healthy choices for women. World Health Statistics Quarterly 49(2): 88-93. 1996.
171. GUADAGNOLI, E. and WARD, P. Patient participation in decision-making. Social Science and Medicine 47(3): 329-339. Aug. 1998.
172. GUZMAN GARCIA, S., SNOW, R., and AITKEN, I. Preferences for contraceptive attributes: Voices of women in Ciudad Juarez, Mexico. International Family Planning Perspectives 23(2): 52-58. Jun. 1997.
173. HALL, J.A., ROTER, D.L., and KATZ, N.R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Medical Care 26(7): 657-675. Jul. 1988.
174. HAQUE, I., KANE, T.T., ROY, N.C., MOZUMDER, K.A., and KHUDA, B. E. Contraceptive switching patterns in rural Bangladesh. In: Kane, T.T. and Phillips, J.F. Reproductive Health in Rural Bangladesh: Policy and Programmatic Impli-cations. Vol. 1. Dhaka, Bangladesh, International Centre for Diarrhoeal Disease Research Bangladesh, Jul. 1997. p. 217-246.
175. HARDEE, K., AGARWAL, K., LUKE, N., WILSON, E., PENDZICH, M., FARRELL, M., and CROSS, H. Post-Cairo reproductive health policies and programs: A comparative study of eight countries. Futures Group International, POLICY Project, 1998. 69 p.
176. HARDEE, K., CLYDE, M., MCDONALD, O.P., BAILEY, W., and VILLINSKI, M.T. Assessing family planning service-delivery practices: The case of private physicians in Jamaica. Studies in Family Planning 26(6): 338-349. Nov./Dec. 1995.
177. HARDEE, K., JANOWITZ, B., STANBACK, J., and VILLINSKI, M.T.

What have we learned from studying changes in service guidelines and practices? International Family Planning Perspectives 24(2): 84-90. Jun. 1998.
178. HARDON, A. Reproductive rights in practice: A comparative assessment of quality of care. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 193-222.
179. HARDON, A. Reviewing quality of care policies. In: Hardon, A., Mutua, A., Kabir, S., and Engelkes, E., eds. Monitoring Family Planning and Reproductive Rights. London, Zed Books, 1997. p. 23-30
180. HARDY, E., BAHAMONDES, L., OSIS, M.J., COSTA, R.G., and FAÚNDES, A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. Contraception 54(3): 159-162. Sep. 1996.
181. HARDY, E., GOODSON, P., DE SOUZA, T.R., and RODRIGUEZ, C.M. Factors associated with the acceptance of Norplant or IUD among women with similar socio-demographic characteristics. Advances in Contraception 7(1): 95-105. Mar. 1991.
182. HATCHER, R.A., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J.S., and SHELTON, J.D. The essentials of contraceptive technology. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
183. HATCHER, R.A., TRUSSELL, J., STEWART, F., CATES, W., STEWART, G.K., GUEST, F., and KOWAL, D. Contraceptive technology. 17th ed. New York, Irvington Publishers, Inc., 1998.
184. HAWS, J.M., BUTTA, P.G., and GIRVIN, S. A comprehensive and efficient process for counseling patients desiring sterilization. Nurse Practitioner 22(6): 52, 55-56, 59-61. Jun. 1997.
185. HEICHELHEIM, J., HOLSCHER, M., MEEKERS, D., and PIRVULESCU, M. Pharmacist survey of contraceptive availability, knowledge and practices, Romania. Bucharest, Romania, Population Services International, 1998. 43 p.
186. HEISE, L., ELLSBERG, M., and GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. *Population Reports*, Series L, No. 11, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sept. 1999. 44 p.
*187. HEISE, L.L. Beyond acceptability: Reorienting research on contraceptive choice. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users Perspectives on Contraception. Geneva, World Health Organization, Reproductive Health Matters, 1997. p. 6-14.
188. HODGINS, S.R. Contraceptive discontinuation in Togo and women's experience with method use and services. Dissertation, Department of Health Behavior and Health Education, University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health, Chapel Hill, North Carolina, 2000. 233 p.
189. HOLDEN, C. "Right-to-life" scores new victory at AID. Science 229(4718): 1065-1067. Sep. 13, 1985.
190. HOLLERBACH, P.E. Factors that determine the appropriateness of new technologies to consumer needs. New York, Population Council, Center for Policy Studies, 1982. (Working Papers No. 94) 65 p.
191. HUBACHER, D., GOCO, N., GONZALEZ, B., and TAYLOR, D. Factors affecting continuation rates of DMPA. Contraception 60(6): 345-351. Dec. 1999.
192. HUEZO, C. and BRITTON, A. [IPPF's official policy on informed choice of contraception] Personal communication, Jan. 29, 2001.
*193. HUEZO, C. and MALHOTRA, U. Choice and use-continuation of methods of contraception: A multicentre study. London, International Planned Parenthood

Federation, 1993. 176 p.
194. HULL, T.H. The challenge of contraceptive implant removals in East Nusa Tenggara, Indonesia. International Family Planning Perspectives 24(4): 176-179. Dec. 1998. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2417698.html)
195. HUNTINGTON, D., LETTENMAIER, C., and OBENG-QUAIDOO, I. User's perspective of counseling training in Ghana: The "mystery client" trial. Studies in Family Planning 21(3): 171-177. May/Jun. 1990.
196. INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH (IRH). GEORGETOWN UNIVERSITY MEDICAL CENTER. Research up-date: Testing approaches to improve reproductive health knowledge, attitudes and skills. Washington, D.C., IRH, Aug. 25, 1999.
197. INTERNATIONAL CENTRE FOR DIARRHOEAL DISEASE RESEARCH BANGLADESH (ICDDR) and MATERNAL AND CHILD HEALTH FAMILY PLANNING (MCH-FP) EXTENSION PROJECT. The Matlab Project: Lessons for policy. Dhaka, Bangladesh, ICDDR, MCH-FP Extension Project, Dec. 1987. (MCH-FP Extension Project Briefing Paper No. 1) 5 p.
198. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) and FIGO COMMITTEE FOR THE STUDY OF ETHICAL ASPECT OF HUMAN REPRODUCTION. Ethical framework for gynecologic and obstetric care. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology. London, FIGO, 1997. 9 p.
199. INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS) and MACRO INTERNATIONAL INC. National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-1999: India. Mumbai, India, IIPS, 2000. 443 p.
200. INTERNATIONAL MEDICAL STATISTICS (IMS) HEALTH. Pharmaceutical Index 1997-2000. Hormonal contraceptive Egypt market study. Cham, Switzerland, IMS Health, 2000.
201. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Effect of counselling on use-continuation of contraception. Highlights from an IPPF study. IPPF Medical Bulletin 27(6): 3-4. Dec. 1993.
202. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). IPPF Charter on sexual and reproductive rights. London, IPPF, 1996. 63 p.
203. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) and INTERNATIONAL MEDICAL ADVISORY PANEL. Statement on dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. London, IPPF, May 2000. 3 p.
204. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) and WORKING GROUP ON THE PROMOTION OF FAMILY PLANNING AS A BASIC HUMAN RIGHT. The human right to family planning. November 1983. London, IPPF, 1984. 52 p.
205. IRELAND. Health, Family Planning Amendment Act, 1992. Oireachtas (20): 1-9. Dublin, Ireland, Jul. 1992.
206. IRWANTO, PRASADJA, H., SUNARNO, N., POERWANDARI, E.K., HARDEE, K., EGGLESTON, E., and HULL, T. In the shadow of men: Reproductive decision-making and women's psychological well-being in Indonesia. Research Triangle Park, North Carolina, Women's Studies Project, Family Health International, Dec. 1997. 69 p. (Available: http://www.fhi.org/en/wsp/wsfinal/pfds/indo4.pdf, Accessed Mar. 28, 2001)
207. ISAACS, S.L. Incentives, population policy, and reproductive rights: Ethical issues. Studies in Family Planning 26(6): 363-367. Nov./Dec. 1995.

208. ISLAM, N.M. and RAHMAN, M.M. Client satisfaction with sterlization procedure in Bangladesh. Asia-Pacific Population Journal 8(1): 39-52. Mar. 1993.
209. JACOBSON, J.L. Transforming family planning programmes: Towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. Reproductive Health Matters 8(15): 21-32. May 2000.
210. JAFFE, F.S. Commentary: Some policy and program implications of "Contraceptive Failure in the United States". Family Planning Perspectives 5(3): 143-144. Summer 1973.
211. JAIN, A. Walking the walk: Reproductive health and family planning programs. Proceedings of the Cooperating Agencies Meeting on Reproductive Health Approach to Family Planning, Washington, D.C., Feb. 25, 1994. Population Council, p. 78-89.
*212. JAIN, A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? International Family Planning Perspectives 25 (Suppl.): S39-43, S49. Jan. 1999.
213. JAIN, A. Reproductive health approach to family planning: Implications for evaluating its impact. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. Population Council, p. 23.
214. JAIN, A. and BRUCE, J. A reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programs. In: Sen, G., Germain, A., and Chen, L.C. Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights. Boston, Harvard University Press, Mar. 1994. p. 194-209.
215. JAIN, A.K. Fertility reduction and the quality of family planning services. Studies in Family Planning 20(1): 1-16. Jan./Feb. 1989.
216. JANOWITZ, B., CHEGE, J., THOMPSON, A., RUTENBERG, N., and HOMAN, R. Community-based distribution in Tanzania: Costs and impacts of alternative strategies to improve worker performance. International Family Planning Perspectives 26(4): 158-160, 193-195. Dec. 2000. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2615800.html, Accessed Apr. 2, 2001
217. JANOWITZ, B., HOLTMAN, M., HUBACHER, D., and JAMIL, K. Can the Bangladeshi family planning program meet rising needs without raising costs? International Family Planning Perspectives 23(3): 116-121, 145. Sep. 1997. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2311697.html, Accessed Apr. 2, 2001)
218. JEJEEBHOY, S. Women's education, autonomy, and reproductive behaviour: Experience from developing countries. Oxford, Clarendon Press, 1996. 328 p.
219. JEJEEBHOY, S.J. The importance of social science research in protecting adolescents' sexual and reproductive choice. Medicine and Law 18(2-3): 255-275. 1999.
220. JENNINGS, V., MURPHY, E., STEELE, C., EISEMAN, E., HUBER, S.C., LION-COLEMAN, A., RUDY, S., and WILSON, A. Creating the organizational context for positive client-provider interaction: A leadership challenge. Washington, D.C., United States Agency for International Development, 1999. (MAQ Papers No. 1) 18 p.
221. JIMENEZ, E. Pricing policy in the social sectors: Cost recovery for education and health in developing countries. Baltimore, The Johns Hopkins University Press. 1987.
222. JOHNS HOPKINS PROGRAM FOR INTERNATIONAL TRAINING IN REPRODUCTIVE HEALTH (JHPIEGO). Performance improvement process. http://www.reproline.jhu.edu/english/3improve/3process/3pi.htm JHPIEGO, Jan.

20, 1999.
223. JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). Distance education works: Improving quality of care by stimulating client demand and provider skills. [Project Summary]. Balti-more, JHU/CCP, Jan. 1998. (Communication Impact No. 1) 2 p.
224. JONES, B.S. Emergency contraceptive pills: What does the law say about prescribing, dispensing, repackaging, and advertising? Journal of the American Medical Women's Association 53(5 Suppl. 2): S233-237. 1998.
225. KABIR, S. (Population Concern) [Payments in Bangladesh] Personal communication, March 12, 2001.
226. KABIR, S.M. and CHAKLADER, H. Contraceptives at your doorstep: Two urban and two rural areas of Bangladesh. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 112-132.
227. KAK, N., THOMAS, M., and UNDERWOOD, C. Research findings of the Private Sector Initiatives Subproject POP/FP III Project. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins University, Population Communication Services, Sep. 15, 1998. 84 p.
228. KALMUSS, D., DAVIDSON, A., CUSHMAN, L., HEARTWELL, S., and RULIN, M. Potential barriers to the removal of Norplant among family planning clinic patients. American Journal of Public Health 88(12): 1846-1849. Dec. 1998.
229. KANE, T.T., GAMINIRATNE, K.H., and E.H., S. Contraceptive method switching in Sri Lanka: Patterns and implications. International Family Planning Perspectives 14(2): 68-75. Jun. 1988.
230. KAPLAN, S.H. and WARE , J.E., JR. The patient's role in health care and quality assessment. In: Goldfield, N. and Nash, D.B., eds. Providing Quality Care. Future Challenges. 2nd ed. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1995. p. 25-52.
231. KATZ, J. Reflections on informed consent: 40 years after its birth. Journal of American College of Surgeons 186(4): 466-474. Apr. 1998.
232. KAZI, S. and SATHAR, Z.A. Productive and reproductive choices: Report of a pilot survey of urban working women in Karachi. Pakistan Development Review 25(4): 593-608. Winter 1986.
233. KELLER, A., VILLARREAL, F.S., DE RODRÍGUEZ, A.R., and CORREU, S. The impact of organization of family planning clinics on waiting time. Studies in Family Planning 6(5): 134-140. 1975.
234. KELLER, S. Updating service delivery guidelines and practices: A workshop on recent recommendations and experiences, Guatemala City, March 6, 1995. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995.
235. KENNEDY, K.I. Post-partum contraception. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology 10(1): 25-41. Apr. 1996.
236. KENNEY, G.M. Assessing legal and regulatory reform in family planning. Washington, D.C., Futures Group International, Jan. 1993. (OPTIONS Policy Paper No. 1) 28 p.
237. KENYA GUIDELINES UPDATE EVALUATION STUDY GROUP. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health/family planning guidelines in Kenya. [Draft final report]. Nairobi, Kenya Guidelines Update Evaluation Study Group, Feb. 7, 2001. 20 p.
238. KHALIFA, M.A. Determinants of the choice of source for family planning services in Egypt. Presented at the Cairo Demographic Center (CDC) 23rd Annual

Seminar on Population and Development Issues in the Middle East, Africa, and Asia, Cairo, Dec. 12-14, 1993. p. 26 (Unpublished)
239. KHALIL, K. and MYNTTI, C. Target-setting in family planning programs: Issues and controversies. Presented at the Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy, Cairo, Feb. 7-9, 1994. p. 18 (Unpublished)
240. KHAN, A.R., BOON-ANN, T., and MEHTA, S. Quality of care and target-free approach for family planning programmes. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Population Programme, Oct. 4, 1999. 17 p.
241. KHAN, J.R., THAPA, S., and GAMINIRATNE, K.H. Sociodemographic determinants of contraceptive method choice in Sri Lanka: 1975-1982. In: Tsui, A. O. and Herbertson, M.A. Dynamics of Contraceptive Use. Cambridge, England, Parkes Foundation, 1989. p. 41-60.
242. KIM, Y.M. Differences in counseling men and women: Family planning in Kenya. Patient Education and Counseling 39(1): 37-47. Jan. 2000.
243. KIM, Y.M., KOLS, A., BONNIN, C., RICHARDSON, P., and ROTER, D. Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Aug. 25, 2000. 30 p.
*244. KIM, Y.M., KOLS, A., and MUCHEKE, S. Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya. International Family Planning Perspectives 24(1): 4-11, 42. Mar. 1998.
*245. KIM, Y.M., KOLS, A., THUO, M., MUCHEKE, S., and ODALLO, D. Client-provider communication in family planning: Assessing audiotaped consultations from Kenya. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Comm-nication Programs, Jan. 1998. (Working Paper No. 5) 63 p. (Available: http://www.jhuccp.org/pubs/working_papers/wp5/)
246. KIM, Y.M., LETTENMAIER, C., ODALLO, D., THUO, M., and KHASIANI, S. Haki Yako: A client-provider information, education, and communication project in Kenya. Baltimore, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, Dec. 1996. (IEC Field Report No. 8) 39 p.
247. KIM, Y.M., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. East African Medical Journal 74(8): 514-518. Aug. 1997.
*248. KIM, Y.M., ODALLO, D., THUO, M., and KOLS, A. Client participation and provider communication in family planning counseling: Transcript analysis in Kenya. Health Communication 11(1): 1-19. 1999.
249. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and KOLS, A. Self-assessment and peer review: Improving Indonesian service providers' communication with clients. International Family Planning Perspectives 26(1): 4-12. Mar. 2000.
250. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and LEWIS, G. "Smart Patient" coaching in Indonesia: A strategy to improve client and provider communication. Presented at the SARC 2001 Meeting, Bali, Indonesia, Feb. 2001. Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs. 28 p.
251. KING, L. "France needs children": Pronatalism, nationalism and women's equity. Sociological Quarterly 39(1): 33-52. Winter 1998.
252. KIRAGU, K., KRENN, S., KUSEMIJU, B., AJIBOYE, J.K.T., CHIDI, I., and KALU, O. Promoting family planning through mass media in Nigeria: Campaigns using public service announcements and a national logo. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Jul.

1996. (IEC Field Report No. 5) 5 p. (Available: http://www.jhuccp.org/pubs/field_reports/fr5/contents.html, Accessed Mar. 21, 2001)
253. KIRSCH, J.D. and CEDENO, M.A. Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. Lancet 354(9176): 419-420. Jul. 31, 1999.
254. KLEINMAN, A. Explanatory models in health-care relationships: A conceptual frame for research on family-based health-care activities in relation to folk and professional forms of clinical care. [MIT Press Series on the Humanistic and Social Dimensions of Medicine No. 5]. In: Stoeckle, J.D. Encounters Between Patients and Doctors: An Anthology. Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 1987. p. 273-283.
255. KOENIG, M.A., FOO, G.H., and JOSHI, K. Quality of care within the Indian Family Welfare Programme: A review of recent evidence. Studies in Family Planning 31(1): 1-18. Mar. 2000.
256. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. *Population Reports*, Series J, No. 47, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.
257. KONATE, D.L. and CASTLE, S. The impact of family planning on the lives of women in the district of Bamako, Mali: Interim report after third round of interviews. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 1999.
258. KOST, J., FORREST, J.D., and HARLAP, S. Comparing the health risks and benefits of contraceptive choices. Family Planning Perspectives 23(2): 54-61. Mar./Apr. 1991.
259. KUMAR, J. Making informed choice real in service delivery. Presented at the AID/CA's Meeting on Informed Choice and Tiahrt Amendment, Washington, D. C., Sep. 5, 2000. AVSC International. 4 p.
260. KUMAR, J. (AVSC International) [Donor Requirements] Personal communication, Jan. 12, 2001.
261. KUMAR, S. Health-care camps for the poor provide mass sterilisation quota. Lancet 353(9160): 1251. Apr. 10, 1999.
262. LADJALI, M. Conception, contraception: Do Algerian women really have a choice? In: Turshen, M. Women and Health in Africa. Trenton, New Jersey, Africa World Press, 1991. p. 125-141.
263. LAMBERT, W. and SIDOTI, N. Choosing instructional languages for educational radio broadcasts in less developed countries. (World Bank Staff Working Paper No. 491) In: Feliciano, G., Hancock, A., Hein, G., Horley, A., Jenkins, J., Lambert, W., Perraton, H., Sakamoto, T., Sidoti, N., and Tiffin, J. Futagami, S., ed. The Educational Uses of Mass Media. Washington, D.C., World Bank, 1981. p. 74-93.
264. L'ANCIEN, A. The earthquake at Karlsruhe: Germany finally wakes up to the fact of its decline? Population et Avenir (641): 6-8. Jan./Feb. 1999.
265. LASEE, A. and BECKER, S. Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. International Family Planning Perspectives 23(1): 15-20, 33. Mar. 1997.
266. LAZCANO PONCE, E.C., SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., LANGER, A., COGGINS, C., HEIMBURGER, A., CONDE-GLEZ, C.J., and SALMERON, J. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. Sexually Transmitted Infections 76(4): 277-281. Aug. 2000. (Available: http://www.sextransinf.com)
267. LEI, Z.W., WU, S.C., GARCEAU, R.J., S JIANG, S., YANG, Q.Z., WANG,

W.L., and VANDER MEULEN, T.C. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depomedroxyprogesterone acetate for contraception. Contraception 53(6): 357-361. Jun. 1996.
268. LEÓN, F.R., MONGE, R., ZUMARÁN, A., GARCÍA, I., and RÌOS, A. Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: A study in Peruvian clinics. International Family Planning Perspectives 27(1): 28-33, 46. Mar. 2001. (Available: http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2702801.html)
269. LEONARD, A.H. and LADIPO, O.A. Post-abortion family planning: Factors in individual choice of contraceptive methods. Advances in Abortion Care 4(2): 1-4. Carrboro, North Carolina, IPAS. 1994.
270. LEOPRAPAI, B. Role of private sector in family planning service delivery. Journal of Population and Social Studies 7(2): 11-17. Jan. 1999.
271. LLOYD, C. Family and gender issues for population policy. New York, Population Council, 1993. (Working Paper No. 48) 41 p.
272. LOWES, R. Patient-centered care for better patient adherence. Family Practice Management 5(3): 46-47, 51-54, 57. Mar. 1998. (Available: http://www.aafp.org/fpm/980300fm/patient.html, Accessed Mar. 28, 2001)
273. LUNDGREN, R., PAVON, S., and REYES, O. Informed choice. Presented at the Annual Conference of the American Public Health Association, Boston, 2000. ASHONPLAFA, Honduran Ministry of Health, Institute for Reproductive Health, Georgetown University, p. 27.
274. LUOMA, M. and BEASLEY, D. Performance improvement: Helping workers do their best. PRIME Series 1(1): 6. Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine, Program for International Training in Health, PRIME Project. 1999.
275. LUTZ, W. Future reproductive behavior in industrialized countries. In: Lutz, W. The Future Population of the World. Laxenburg, Austria, International Institute for Applied Systems Analysis, 1994. p. 267-294.
276. MAGNANI, R.J., HOTCHKISS, D.R., FLORENCE, C.S., and SHAFER, L. A. The impact of family planning supply environment on contraceptive intentions and use in Morocco. Studies in Family Planning 30(2): 120-132. Jun. 1999.
277. MANTELL, J. Family planning clinics. New York, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, 2001.
278. MAQ EXCHANGE. Maximizing Access and Quality (MAQ) Exchange Facilitator Notebook. Washington, D.C., United States Agency for International Development, 2000. 103 p.
279. MARSHALL, M., JENNINGS, V., and CACHAN, J. Reproductive health awareness: An integrated approach to obtaining a high quality of health. Advances in Contraception 13(2-3): 313-318. Jun./Sep. 1997.
280. MATHIS, J. Status of national FP/RH guidelines. Washington, D.C., United States Agency for International Development, May 12-13, 1998.
281. MATTESON, P.S. and HAWKINS, J.W. Women's patterns of contraceptive use. Health Care for Women International 18(5): 455-466. Sep./Oct. 1997.
282. MCCAULEY, A.P. and GELLER, J.S. Decisions for Norplant programs. *Population Reports*, Series K, No. 4, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1992. 32 p.
283. MCCAULEY, A.P., ROBEY, B., BLANC, A.K., and GELLER, J.S. Opportunities for women through reproductive choice. *Population Reports*, Series M, No. 12, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1994. 40 p.

284. MCINTOSH, N. and OLIVERAS, E., eds. Service delivery guidelines for family planning programs. Baltimore, Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health, 1996. 113 p.
285. MCKINSTRY, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. British Medical Journal 321: 867-871. Oct. 7, 2000.
286. MEASURE EVALUATION. Short list of QC indicators matched with QC instruments. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Oct. 19, 1999. 2 p.
287. MILLER, E.R., SHANE, B., and MURPHY, E. Contracep-tive safety: Rumors and realities. Washington, D.C., Dec. 1998. 40 p.
288. MILLER, K., MILLER, R., FASSIHIAN, G., and JONES, H. How providers restrict access to family planning methods: Results from five African countries. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings From Situation Analysis Studies. New York, Population Council, Nov. 1998. p. 159-179.
289. MILLER, R., ASKEW, I., HORN, M.C., and MILLER, K. Clinic-based family planning and reproductive health programs in sub-Saharan Africa. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings From Situation Analysis Studies. New York, Population Council, Nov. 1998. p. 245-255.
290. MILLER, W.B. and PASTA, D.J. The relative influence of husbands and wives on the choice and use of oral contraception, a diaphragm, and condoms. Journal of Applied Social Psychology 26(19): 1749-1774. Oct. 1-15, 1996.
291. MITRA, S.N. and AL-SABIR, A. Contraceptive use dynamics in Bangladesh. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1996. (DHS Working Papers No. 21) 28 p.
292. MKANGI, K. The social cost of small nuclear families: A critique of demographic transition. (Occasional Papers from Summary Series B) Developmental Studies (2): 43-49. 1992.
293. MONTGOMERY, M.R. and CHUNG, W. Social networks and the diffusion of fertility control: The Korean case. Presented at the Seminar on Values and Fertility Change, sponsored by the International Union for the Scientific Study of Population, Sion, Switzerland, Feb. 16-19, 1994. 44 p. (Unpublished)
294. MOORE, K. and HELZNER, J.F. What's sex got to do with it? Challenges for incorporating sexuality into family planning programs. Presented at the Workshop on the Challenges of Incorporating Sexuality into Family Planning Programs, New York, Feb. 6, 1996. Population Council, p. 28
295. MORGAN, C. and MURGATROYD, S. Total quality management in the public sector: An international perspective. Buckingham, England, Open University Press, 1994. 200 p.
296. MOTT, F.L. and MOTT, S.H. Household fertility decisions in West Africa: A comparison of male and female survey results. Studies in Family Planning 16(2): 88-99. Mar./Apr. 1985.
297. MOULTON, J. Formal and nonformal education and empowered behavior. A literature review. Washington, D.C., Support for Analysis and Research in Africa, Academy for Educational Development, Apr. 1997. 48 p. (Available: http://www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/formal/full.txt, Accessed Apr. 9, 2001)
*298. MURPHY, E. and STEELE, C. Client-provider interactions in family planning services: Guidance from research and program experience. Washington,

D. C., United States Agency for International Development. Office of Population/ Research Division, 2000. (MAQ Papers No. 2) 11 p.
299. MURPHY, E. and STEELE, V.C. Client Provider Interactions (CPI) in family planning services: Guidance from research and program experience. In: Technical Guidance and Competence Working Group, Program for International Training in Health, Department of Epidemiology, and University of North Carolina at Chapel Hill. Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use. Vol. 2. 1997. p. 187-194.
300. MUTUA, A.N., ONDOLO, O., MUNANIE, E., and NDIKU, K. A wide range of methods to reduce population: Two rural regions and one urban area in Kenya. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 59-76.
301. NAKATO, L. Have you heard the rumour? Africa Women and Health 2(3): 23-27. Jul./Sep. 1994.
302. NATIONAL FAMILY PLANNING & REPRODUCTIVE HEALTH ASSOCIATION (NFPRHA). NFPRHA report: The pill set to become legal in Japan. http://www.unfpa.org/swp/1999/pdf/swp99.pdf NFPRHA, Jun. 2, 1999.
303. NDHLOVU, L., SOLO, J., MILLER, R., MILLER, K., and OMINDE, A. An assessment of clinic-based family planning services in Kenya: Results from the 1995 situation analysis study. New York, Population Council, Jan. 1997. 44 p. (Available: http://www.popcouncil.org/pdfs/aor/ken1.pdf, Accessed Mar. 20, 2001)
304. NEAMATALLA, G.S. and HARPER, P.B. Family planning counseling and voluntary sterilization. A guide for managers. New York, Association for Voluntary Surgical Contraception, 1990. 57 p.
305. NEAMATALLA, G.S. and STEELE VERME, C. Postabortion women: Factors influencing their family planning options. New York, AVSC International, Sep. 1995. (AVSC Working Paper No. 9) 14 p.
*306. NEW ZEALAND. DEPARTMENT OF HEALTH. Principles and guidelines for informed choice and consent. Wellington, New Zealand, Department of Health, May 1991. 8 p.
307. OBWAKA, W., RUMINJO, J.K., NDAVI, P.N., and SEKADDE-KIGONDU, C. Correlates of contraceptive failure among clients attending an antenatal clinic in Nairobi. East African Medical Journal 74(9): 561-565. Sep. 1997.
308. O'CONNOR, A.M., ROSTOM, A., FISET, V., TETROE, J., ENTWISTLE, V., LLEWELLYN-THOMAS, H., HOLMES-ROVNER, M., BARRY, M., and JONES, J. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: Systematic review. British Medical Journal 319(7212): 731-734. Sep. 18, 1999.
309. OKWUDISHU, C. Patterns of ownership and accessibility to information and media facilities in democratizing the media in Nigeria. Africa Media Review 3(1): 121-133. 1988.
310. OPARA, J.U., ERNST, F.A., GASKIN, H., SMITH, L., and NEVELS, H.V. Factors associated with elective Norplant removal in black and white women. Journal of the National Medical Association 89(4): 237-240. Apr. 1997.
311. OZALP, S., YALCIN, O.T., HASSA, H., ERBAY, B., and DALAN, N. Factors affecting the contraceptive choice in a developing country. International Journal of Gynecology and Obstetrics 65(1): 53-57. Apr. 1999.
312. PALMA-SEALZA, L., COSTELLO, M.P., and ECHAVEZ, C. Male involvement through reproductive health awareness in Bukidnon Province, the Philippines: An intervention study. Manila, Population Council, Philippines

Department of Health, Jun. 1998. 109 p.
313. PALMORE, J.A. Awareness sources and stages in the adoption of specific contraceptives. Demography 5(2): 960-972. 1968.
314. PANEL ON POPULATION PROJECTIONS, COMMITTEE ON POPULATION, and NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Posttransition fertility. In: Bongaarts, J. and Bulatao, R.A. Beyond six billion: Forecasting the world's population. Washington, D.C., National Academy Press, 2000. 258 p.
315. PANOS. Women's health: Using human rights to gain reproductive rights. London, Panos Global Information Programmes, Dec. 1998. (Panos Briefing No. 32) 24 p.
316. PARIANI, S., HEER, D.M., and VAN ARSDOL, M.D. Continued contraceptive use in five family planning clinics in Surabaya, Indonesia. Presented at the 115th Annual Meeting of the American Public Health Association, New Orleans, Louisiana, Oct. 18-22, 1987. 7 p.
*317. PARIANI, S., HEER, D.M., and VAN ARSDOL, M.D. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. Studies in Family Planning 22(6): 384-390. Nov./Dec. 1991.
318. PARIANI, S., HEER, D.M., VAN ARSDOL, M.D., and HAYWARD, M. Continued use of contraception among clients in East Java, Indonesia. Presented at the 117th Annual Meeting of the American Public Health Association, Chicago, Oct. 22-24, 1989. 10 p. (Unpublished)
319. PARRAS, M. and MORALES, M.J. Reproductive rights on paper: Four Bolivian cities. In: Hardon, A. and Hayes, E. Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on Quality of Care. London, Zed Books, 1997. p. 77-94.
320. PETCHESKY, R. and JUDD, K. Negotiating reproductive rights: Women's perspectives across countries and cultures. Atlantic Highlands, New Jersey, Zed Books, 1998. 358 p.
321. PFANNENSCHMIDT, S., MCKAY, A., and MCNEILL, E. Through a gender lens. Washington, DC, US Agency for International Development, October 1997. 44 p.
*322. PHILLIBER, S. Contraception and informed choice in the United States: A review of literature. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Jun. 1988. 49 p.
323. PHILLIPS, J.F., GREENE, W.L., and JACKSON, E.F. Lessons from community-based distribution of family planning in Africa. New York, Population Council, 1999. (Policy Research Division Working Papers No. 121) 102 p.
324. PINE, R.N. Maintaining a focus on informed choice. AVSC NEWS, Vol. 36, No. 3, New York. AVSC International, Fall 1998. p. 6, 8.
325. PIOTROW, P.T., KINCAID, D.L., RIMON II, J.G., and RINEHART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
326. PODHISITA, C. Gender decision making in family formation and planning: Achievement and future direction. Journal of Population and Social Studies 6(1-2): 1-27. Jan. 1998.
327. POPULATION ACTION INTERNATIONAL (PAI). Con-traceptive choice: Worldwide access to family planning. 1997 report on progress towards world population stabilization. Washington, D.C., PAI, 1997. (Available: http://www.populationaction.org/programs/rc97.htm)
328. POPULATION COUNCIL. Secrecy and silence: Why women hide contraceptive use. Population Briefs 4(3): 3. Sep. 1998.

329. POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI). PROSALUD in Venezuela. Country fact sheet. Washington, D.C., PSI, Sep. 2000. 2 p. (Available: http://www.psi.org/psi_ops/cfs/47_venezuela.html)
330. POTTER, J.E. The persistence of outmoded contraceptive regimes: The cases of Mexico and Brazil. Population and Development Review 25(4): 703-739. Dec. 1999.
331. POTTS, M. The population policy pendulum. British Medical Journal 319 (7215): 933-934. Oct. 1999.
332. POTTS, M. (University of California, Berkeley) [User fees for CBD Programs] Personal communication, Feb. 15, 2001.
333. POTTS, M. and SHOUSE, N. International aspects of ethical problems in obstetrics and gynaecology. Baillieres Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 13(4): 559-570. Dec. 1999.
334. PRICE, M.M. Physically, mentally disabled teens require special contraceptive care. Contraceptive Technology Update 8(12): 154-156. Dec. 1987.
335. PRICE, N. Contraceptive social marketing: Pros and cons. Reproductive Health Matters 2(3): 51-54. May 1994.
336. QUILL, T.E. and BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. Annals of Internal Medicine 125(9): 763-769. Nov. 1, 1996.
337. RAHMAN, M., BARKAT E, K., KANE, T.T., and PHILLIPS, J.F. Policy impact of the project. In: Barkat-E-Khuda, Kane, T.T., and Phillips, J.F. Improving the Bangladesh Health and Family Planning Programme: Lessons Learned Through Operations Research. Dhaka, Bangladesh, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1997. p. 117-126.
338. RANATUNGA, N. Incentives and informed consent. In: Jayawikramarajah, P. T. and Corea, S.M. Voluntary Surgical Contraception: A Review of Progress in Sri Lanka. Proceedings of the 2nd National Conference on Voluntary Surgical Contraception, March 1-3, 1982, Colombo, Sri Lanka. Sri Lanka Association for Voluntary Surgical Contraception, 1982. p. 193-213.
339. RASTOGI, R. Provider’s key role in family planning. Innovations (1): 12. Jun. 1995.
340. RATNAM, S.S. The impact of government policies on the family planning programme of the Republic of Singapore. In: Jayawikramarajah, P.T. and Corea, S. M. Voluntary Surgical Contraception: A Review of Progress in Sri Lanka. Proceedings of the 2nd National Conference on Voluntary Surgical Contraception, March 1-3, 1982, Colombo, Sri Lanka. Sri Lanka Association for Voluntary Surgical Contraception, 1982. p. 231-233.
341. RATZAN, S.C. Health literacy: Communications for the public good. Health Promotion International; 19. p. (Forthcoming)
342. REDDY, S. and VANDEMOORTELE, J. User financing of basic social services: A review of theoretical arguments and empirical evidence. New York, United Nations Childrens Fund, 1996. (UNICEF Staff Working Papers, Evaluation, Policy and Planning Series) 105 p. (Available: http://www.unicef.org/reseval/pdfs/Userfees.pdf, Accessed Mar. 15, 2001)
343. REPRODUCTIVE HEALTH OUTLOOK (RHO). Family planning program issues. http://www.rho.org/html/fp_program_issues.html RHO, 2001.
344. REPUBLIC OF ZAMBIA. MINISTRY OF HEALTH. Family planning in reproductive health: Policy framework, strategies and guidelines. Lusaka, Republic of Zambia Ministry of Health, Mar. 1997. 116 p.

345. RETHERFORD, R. and PALMORE, J. Diffusion Processes Affecting Fertility. In: Bulatao, R., Lee, R., Hollerbach, P., Bongaarts, J. Determinants of Fertility In Developing Countries, Vol. 2. New York, Academic Press, 1983. p. 295-339.
*346. RIMAL, R.N., RATZAN, S.C., ARNTSON, P., and FREIMUTH, V.S. Reconceptualizing the "patient": Health care promotion as increasing citizens' decision-making competencies. Health Communication 9(1): 61-74. 1997.
347. RIMON, J.G. Communication impact: Philippines communication outreach accelerates family planning use in 1993-1996. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Aug. 1998. (No. 3) 2 p.
*348. RINEHART, W., RUDY, S., and DRENNAN, M. GATHER guide to counseling. *Population Reports*, Series J, No. 48, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1998. 32 p.
349. RIVERA, R. and SOLIS, J.A. Opinion: Improve family planning after pregnancy. Network 17(4): 3. Research Park Triangle, North Carolina, Family Health International. Summer 1997. (Available: http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v174/nt1741.html)
350. RIZVI, S.A., NAQVI, S.A., and HUSSAIN, Z. Ethical issues in male sterilization in developing countries. British Journal of Urology 76(2 Suppl.): S103-105. Nov. 1995.
351. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSHAN, I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports*, Series L, No. 8, Baltimore. Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1996. 36 p.
352. ROBEY, B. and STAUFFER, P. Helping the news media cover family planning. Population Report, Series J, No. 42. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1995. 28 p.
353. ROBINSON, E.J. and WHITFIELD, M.J. Improving the efficiency of patients' comprehension monitoring: A way of increasing patient's participation in general practice consultations. Social Science and Medicine 21(8): 915-919. 1985.
354. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. 1st ed. New York, Free Press, 1983.
355. ROGERS, E.M. and KINCAID, D.L. Communication networks: Toward a new paradigm for research. New York, Free Press, 1981. 386 p.
356. ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs 2: 328-335. 1974.
*357. ROSS, J. and STOVER, J. Effort indices for national family planning programs, 1999 cycle. Research Triangle Park, North Carolina, Futures Group International, University of North Carolina, May 2000. (MEASURE Evaluation Working Paper)
358. RUDY, S., TABBUTT-HENRY, J., SCHAEFER, L., and MCQUIDE, P. Training for Effective Client-Provider Interaction (CPI): Issues, Processes and Recommendations. May 8, 2001. 26 p. (Draft)
359. RUTENBERG, N., BIDDLECOM, A.E., and KAONA, F.A. Reproductive decision-making in the context of HIV and AIDS: A qualitative study in Ndola, Zambia. International Family Planning Perspectives 26(3): 124-130. Sep. 2000.
*360. RUTENBERG, N. and WATKINS, S.C. The buzz outside the clinics: Conversations and contraception in Nyanza province, Kenya. Studies in Family Planning 28(4): 290-307. Dec. 1997.
361. SABA, W., VALENTE, T.W., MERRITT, A.P., KINCAID, D.L., LUJAN, M., and FOREIT, J. The mass media and health beliefs: Using media campaigns to promote preventive behavior. Presented at the 121st Annual Meeting of the

American Public Health Association, San Francisco, Oct. 24-28, 1993. 25 p. (Unpublished)
362. SADANA, R. and SNOW, R. Balancing effectiveness, side-effects and work: Women's perceptions and experiences with modern contraceptive technology in Cambodia. Social Science and Medicine 49(3): 343-358. Aug. 1999.
363. SADIK, N. Guidelines for UNFPA support to family planning programmes. [Memorandum]. Dec. 29, 1992. 12 p. (Unpublished)
364. SAI, F.T. Politics and ethics in family planning. Senanayake, P. and Kleinman, R.L., eds. Proceedings of the Meeting Challenges: Promoting Choices, International Planned Parenthood Federation Family Planning Congress, New Delhi, Oct. 1992. Parthenon Publishing Group, p. 365-374.
365. SALTER, C., JOHNSTON, H.B., and HENGEN, N. Care for postabortion complications: Saving women's lives. *Population Reports*, Series L, No. 10, Baltimore. Johns Hop-kins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1997. 32 p.
366. SALWAY, S. How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. International Family Planning Perspectives 20(2): 44-47, 74. Jun. 1994.
367. SCHENKER, J.G. and EISENBERG, V.H. Ethical issues relating to reproduction control and women's health. International Journal of Gynecology and Obstetrics 58(1): 167-176. Jul. 1997.
368. SCHMIDT, M.A., DABBS, C., GETSON, A., HEMMER, C., JACOBSTEIN, R., JOHNSON, C., and SCHULER, S. Report of the Informed Choice Task Force of the Bureau for Science and Technology/Office of Population. Washington, D. C., U.S. Agency for International Development, Office of Population, Nov. 1987. 48 p.
369. SCHNEIDER, C.E. The practice of autonomy: Patients, doctors, and medical decisions. New York, Oxford University Press, 1998. 307 p.
370. SCHULER, S.R., CHOQUE, M.E., and RANCE, S. Misin-formation, mistrust, and mistreatment: Family planning among Bolivian market women. Studies in Family Planning 25(4): 211-221. Jul./Aug. 1994.
371. SCHULER, S.R., HASHEMI, S.M., CULLUM, A., and HASSAN, M. The advent of family planning as a social norm in Bangladesh: Women's experiences. Reproductive Health Matters 4(7): 66-78. May 1996.
372. SCHULER, S.R. and HOSSAIN, Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: A case study from rural Bangladesh. International Family Planning Perspectives 24(4): 170–175, 205. Dec. 1998.
373. SCHULER, S.R., MCINTOSH, E.N., GOLDSTEIN, M.C., and PANDE, B.R. Barriers to effective family planning in Nepal. Studies in Family Planning 16(5): 260-270. Sep./Oct. 1985.
374. SCHULTZ, D.E., MARTIN, D., and BROWN, W.P. Strategic advertising campaigns. 2nd ed. Lincolnwood, Illinois, NTC Business Books, 1987.
375. SCOTT, T. Changing the attitudes and behaviors of men through social marketing: Pakistan, Philippines and Vietnam. International Council on Management of Population Programmes, Jan. 26, 2001. Available: http://www.icomp.org.my/inno4/inno4c7.htm
376. SECRETARIA DE GOBERNACION DE MEXICO. Decreto que Reforma y Adiciona el Ariculo 4o [Decree of the Reform and Addition of Article 4]. March 31, 1974. 2 p. (Available: http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/constmex/pdf/rc079.pdf)

377. SEEWALD, R. The couple's choices. Integration (35): 6-8. Mar. 1993.
378. SEVERY, L.J. Physicians' perceptions of contraceptive methods: Cultural comparisons. In: Palmore, J.A., Ward, S.E., and Bulatao, R.A., eds. Choosing a Contraceptive. Method Choice in Asia and the United States. (Westview Special Studies in Science, Technology, and Society Series). Boulder, Colorado, Westview Press, 1989. p. 40-56.
379. SEVERY, L.J. and MCKILLOP, K. Low-income women's perceptions of family planning service alternatives. Family Planning Perspectives 22(4): 150-157, 168. Jul./Aug. 1990.
*380. SEVERY, L.J. and THAPA, S. Preferences and tolerance as determinants of contraceptive acceptability. In: Severy, L.J., ed. Advances in Population: Psychosocial Perspectives. Vol. 2. London, Jessica Kingsley Publishers, 1994. p. 119-139.
381. SHARMA, D.C. Indian state proposes third child population control policy. Lancet 356(9236): 1178. Sept. 30, 2000.
*382. SHELTON, J., DAVIS, S., and MATHIS, J. Maximizing access and quality (MAQ): Checklist for family planning service delivery, with selected linkages to reproductive health. Washington, D.C., United States Agency for International Development, 1996. 19 p.
383. SHELTON, J.D., ANGLE, M.A., and JACOBSTEIN, R.A. Medical barriers to access family planning. Lancet 340(8831): 1334-1335. Nov. 28, 1992.
384. SHEPARD, B. Feminist ethical perspectives in the international family planning field. Presented at the 116th Annual Meeting of the American Public Health Association, Boston, Nov. 13-17, 1988. 10 p. (Unpublished)
385. SHORT, S.E. and ZHAI, F. Looking locally at China's one-child policy. Studies in Family Planning 29(4): 373-387. Dec. 1998.
386. SIMMONS, R. and SIMMONS, G.B. Moving toward a higher quality of care: Challenges for management. In: Jain, A.K. Managing quality of care in population programs. West Hartford, Connecticut, Kumarian Press, 1992. p. 23-34.
387. SIMONDS, S.K. Health education as social policy. Health Education Monograph 2(1): 1-25. 1974.
388. SINDING, S.W. Women's demands and demographic goals. Planned Parenthood Challenges 1: 13-16. 1994.
389. SMITH, J. and SAFFITZ, G. The PSI story. Accomplish-ments and lessons learned from Egypt's Private Sector Initiative: A special initiative for the Private Commercial Sector. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, Nov. 4, 2000. 30 p.
390. SMITH, J.M. and RAO, V. Market-based services: Strategic role in family planning service expansion. New York, United Nations. Population Division. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1996. p. 449-458.
391. SMITH, R.C. and HOPPE, R.B. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. Annals of Internal Medicine 115(6): 470-477. Sep. 15, 1991.
392. SNOW, R., GARCIA, S., KURESHY, N., SADANA, R., SINGH, S., BECERRA-VALDIVIA, M., LANCASTER, S., MO-FOKENG, M., HOFFMAN, M., and AITKEN, I. Investigating women's preferences for contraceptive technology: Focus group data from 7 countries. Nov. 1996. (Working Paper Series No. 96.05) 32 p.
*393. SNOW, R., GARCIA, S., KURESHY, N., SADANA, R., SINGH, S.,

BECERRA-VALDIVIA, M., LANCASTER, S., MOFOKENG, M., HOFFMAN, M., and AITKEN, I. Attributes of contraceptive technology: Women's preferences in seven countries. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users Perspectives on Contracep-tion. London, World Health Organization. Reproductive Health Matters, 1997. p. 36-48. (Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/ beyond_acceptability_users_perspectives_on_co ntraception/ beyond_acceptability_abstract.en.html, Accessed Mar. 30, 2001)
*394. SOCHA MCGEE, D. and CEGALA, D.J. Patient communication skills training for improved communication competence in the primary care medical consultation. Journal of Applied Communication Research 26(1): 412-430. 1998.
395. SOCIAL PLANNING, ANALYSIS AND ADMINISTRATION CONSULTANTS, POPULATION COUNCIL (PC), and ASIA AND NEAR EAST OPERATIONS RESEARCH AND TECHNICAL ASSISTANCE PROJECT. Profile of clients of different providers of family planning services in Egypt. Final report. Cairo, Egypt, Social Planning, Analysis and Administration Consultants. PC. Asia and Near East Operations Research and Technical Assitance Project, May 1994. 24 p.
396. SPEIZER, I.S., HOTCHKISS, D.R., MAGNANI, R.J., HUBBARD, B., and NELSON, K. Do service providers in Tanzania University restrict clients' access to contraceptive methods? International Family Planning Perspectives 26(1): 13-20, 42. Mar. 2000.
397. SPICEHANDLER, J. Norplant introduction: A management perspective. In: Segal, S.J., Tsui, A.O., and Rogers, S.M., eds. Proceedings of the Conference on Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovations, Washington, D.C., Oct. 6-7, 1988. Plenum Press, p. 199-225.
398. SRINIVASAN, S. Has India's population policy failed? Humanscape 6(11): 37-39. Nov. 1999.
399. STANBACK, J., NUTLEY, T., J., G., and QURESHI, Z. Menstruation requirements as a barrier to contraceptive access in Kenya. East African Medical Journal 76(3): 124-126. Mar. 1999.
400. STANBACK, J., OMONDI, O., and OMUODO, D. Why has IUD use slowed in Kenya? Part A: Qualitative assessment of IUD service delivery in Kenya. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995. 47 p. (Available: http://www.fhi.org/en/fp/fpother/fctsht/fctsht9.html
401. STASH, S. Reasons for unmet need in Nepal: An attempt to pick up where fertility surveys leave off. Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Population Studies Center, 1995. 44 p. (Unpublished)
402. STECKLOV, G. Fertility implications of reduced breast-feeding by HIV/ AIDS-infected mothers in developing countries. [Letter]. American Journal of Public Health 89(5): 780-781. May 1999.
403. STEELE VERME, C., HARPER, P.B., MISRA, G., and NEAMATALLA, G. S. Family planning counseling: An evolving process. International Family Planning Perspectives 19(2): 67-71. Jun. 1993.
404. STEINBOCK, B. Coercion and long-term contraceptives. Hastings Center Report 25(1 Suppl.): S19-22. Jan./Feb. 1995.
405. STEPHENSON, M. Health care: Primary health care. In: Middleton, J., ed. Encyclopedia of Africa South of the Sahara. Vol. 2. Charles Scribner's Sons, 2001. p. 288-299. (Available: http://www.africana.com/tt_682.htm, Accessed Mar. 15, 2001)

406. STEVENS, J.R. and STEVENS, C.M. Introductory small cash incentives to promote child spacing in India. Studies in Family Planning 23(3): 171-186. May/Jun. 1992.
*407. SULLIVAN, T. and BERTRAND, J., eds. Monitoring quality of care in family planning: Country reports from the Quick Investigation of Quality (QIQ). (MEASURE Evaluation Technical Report, No. 5) Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Jul. 2000. 159 p.
408. TABAK, E.R. Encouraging patient question-asking: A clinical trial. Patient Education and Counseling 12(1): 37-49. Aug. 1988.
409. TABBUTT-HENRY, J. (EngenderHealth/AVSC International) [Evolution of informed choice] Personal communication, Mar. 18, 2001.
410. TALWAR, P.P. Choice, acceptance and continuation of spacing methods in India. In: Khan, M.E. and Cernada, G. Spacing as An Alternative Strategy. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing, 1996. p. 115-142.
*411. TASK FORCE ON INFORMED CHOICE. Informed choice: Report of the Cooperating Agencies Task Force. Baltimore, The Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Jul. 1989. 37 p.
412. TAVROW, P. What prevents family planning clinics in developing countries from adopting a client orientation? An exploratory study from Malawi. Sep. 28, 1999. 55 p. (Unpublished)
413. TAYLOR, T.R. Understanding the choices that patients make. Journal of the American Board of Family Practice 13(2): 124-133. 2000.
*414. TECHNICAL GUIDANCE/COMPETENCE WORKING GROUP. Recommendations for updating selected practices in contraceptive use, Vol. 2. Family Planning and Population Unit. Division of Reproductive Health. World Health Organization, Office of Population. United States Agency for International Development, Sep. 1997. 260 p. (Available: http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6multi/tgwg/6tgwg.htm, Accessed Aug. 10, 1999)
415. THAPA, S. and FRIEDMAN, M. Female sterilization in Nepal: A comparison of two types of service delivery. Interna-tional Family Planning Perspectives 24(2): 78-83. Jun. 1998.
416. THOMPSON, S.C., NANNI, C., and SCHWANKOVSKY, L. Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. Health Psychology 9(4): 390-404. 1990.
417. TRIAS, M. Fees for services in PROFAMILIA, Colombia. Ashford, L.S. and Bouzidi, M., eds. Proceedings of the Seminar on Programme Sustainability through Cost Recovery, Kuala Lumpur, Malaysia, Oct. 21-25, 1991. International Planned Parenthood Federation, p. 33-35.
418. TRUSSEL, J., KOENIG, J., VAUGHAN, B., and STEWART, F. Evaluation of a media campaign to increase knowledge about emergency contraception. Presented at the PAA Annual Meeting 2001, Washington, D.C., Mar. 29-Apr. 1, 2001. 14 p.
419. TULADHAR, J., DONALDSON, P.J., and NOBLE, J. The introduction and use of Norplant implants in Indonesia. Studies in Family Planning 29(3): 291-299. Sep. 1998.
420. TURNER, S., MAHER, E.J., YOUNG, T., YOUNG, J., and VAUGHAN HUDSON, G. What are the information priorities for cancer patients involved in treatment decisions? An experienced surrogate study in Hodgkin's disease. British Journal of Cancer 73(2): 222-227. Jan. 1996.

421. TVERSKY, A. and KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. Science 211(4481): 453-458. Jan. 30, 1981.
422. TWEEDIE, I. and OFORI, J. Reducing facility defaulting and contraceptive discontinuation: A longitudinal study of facility defaulters in Ghana. [Draft]. Baltimore, Ghana. Ministry of Health, Health Education Unit, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Apr. 1996. 38 p.
423. TWUM-BAAH, K.A. and STANBACK, J. Provider rationales for restrictive family planning service practices in Ghana. Chapel Hill, North Carolina, Ghana Statistical Service and Family Health International, Mar. 1995. 43 p.
424. UBEL, P.A. and LOEWENSTEIN, G. The role of decision analysis in informed consent: Choosing between intuition and systematicity. Social Science and Medicine 44(5): 647-656. Mar. 1997.
425. UNITED NATIONS (UN). Proclamation of Teheran. International Conference on Human Rights. Teheran, UN, May, 13 1968.
426. UNITED NATIONS (UN). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Cairo, UN, 1995. 115 p.
427. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). The state of the world population, 1994. Choices and responsibilities. New York, UNFPA, 1994. 68 p.
428. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). One year after Cairo: Mexico. http://www.earthsummitwatch.org/cairo1/mexico.htm Jul. 31, 2000.
429. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Quality of family planning services. New York, UNFPA, 1997. (Evaluation Report No. 8) 55 p.
430. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Re-productive health and reproductive rights. In: UNFPA. The State of World Population 1999: 6 Billion. A Time for Choices. New York, UNFPA, Sep. 26, 1999. p. 34-49. (Available: http://www.unfpa.org/swp/1999/pdf/swp99.pdf, Accessed Mar. 15, 2001)
431. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Do-nor support for contraceptives and logistics. New York, NY, UNFPA, 1999. 22 p. (Available: http://www.unfpa.org/tpd/globalinitiative/pdf/donor991.pdf, Accessed Mar. 14, 2001)
432. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). MAQ: From guidelines to action. Proceedings of the USAID-sponsored conference, Washing-ton, D.C., May 12-13, 1998. USAID, 64 p.
433. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DE-VELOPMENT (USAID). Voluntary participation and informed choice in family planning. Washington, D.C., USAID. Center for Population, Health and Nutrition, Jul. 1999. (POP Briefs) 2 p. (Available: http://www.usaid.gov/pop_health/pop/poptiahrt.htm)
434. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID) and BUREAU FOR PROGRAM AND POLICY COORDINATION. USAID policy paper: Population assistance. Washington, D.C., USAID, Sep. 1982. 16 p. (Available: http://www.usaid.gov/pubs/ads/pps/population/population.doc)
435. UNITED STATES CONGRESS. Foreign Assistance Act of 1961, Amendment. Title 22: Section 2151b, 1967. (Available: http://caselaw.lp.findlaw.com/casecode/uscodes/22/chapters/32/subchapters/i/parts/i/sections/section_2151b.html, Accessed Mar. 7, 2001)
436. UNIVERSITY OF CALIFORNIA AT BERKELEY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. Doctor: Can we talk? UC Berkeley Well-ness Letter [Newsletter], Vol. 16, No. 2, Nov. 1999. 5 p.

437. VALENTE, T.W. Network models of the diffusion of innovations. Quantitative methods in communication. Cresskill, New Jersey, Hampton Press, 1995. 186 p.
438. VALENTE, T.W., PAREDES, P., and POPPE, P.R. Matching the message to the process: The relative ordering of knowledge, attitudes, and practices in behavior change research. Human Communication Research 24(3): 366-385. Mar. 1998.
439. VALENTE, T.W., POPPE, P.R., ALVA, M.E., BRICEÑO, R.V.D., and CASES, D. Street theatre as a tool to reduce family planning misinformation. International Quarterly of Community Health Education 15(3): 279-289. 1995.
440. VALENTE, T.W. and SABA, W.P. Mass media and interpersonal influence in a reproductive health communication campaign in Bolivia. Communication Research 25(1): 96-124. Feb. 1998.
441. VALENTE, T.W., SABA, W.P., MERRITT, A.P., FRYER, M.L., FORBES, T., PEREZ, A., and RAMIRO BELTRAN, L. Reproductive health is in your hands: Impact of the Bolivia National Reproductive Health Program campaign. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Feb. 1996. (IEC Field Report No. 4) 47 p.
442. VALENTE, T.W., WATKINS, S.C., JATO, M.N., VAN DER STRATEN, A., and TSITSOL, L.M. Social network associations with contraceptive use among Cameroonian women in voluntary associations. Social Science and Medicine 45 (5): 677-687. Sep. 1997.
443. VAN HOLLEN, C. Moving targets: Routine IUD insertion in maternity wards in Tamil Nadu, India. Reproductive Health Matters 6(11): 98-106. May. 1998.
444. VAN ROSSEM, R. and MEEKERS, D. An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. AIDS Education and Prevention 12(5): 383-404. Oct. 2000.
445. VERA, H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. Studies in Family Planning 24(1): 40-49. Jan./Feb. 1993.
446. VERMA, R.K. and ROY, T.K. Assessing the quality of family planning service providers in four Indian states. In: Koenig, M.A. and Khan, M.E. Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme. New York, Population Council, 1999. p. 169-182.
447. VERNON, R. and FOREIT, J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care. International Family Planning Perspectives 25(4): 200-202. Dec. 1999.
448. VICKERS, C.A. Decision making about family planning at family level. In: American Home Economics Association. Home Economics and Family Planning: Resource Papers for Curriculum Development. Washington, D.C., American Home Economics Association, 1974. p. 24-36.
449. VIETNAM NEWS. Vice President lauds family planning workers. Vietnam News (Hanoäi, Vietnam), Jul. 12, 2000. p. 1. (Available: http://vietnamnews.vnagency.com.vn/2000-07/11/Stories/08.htm
450. VO VAN KIET. Accelerating the implementation of the strategy on population and family planning to the year 2000. Directive No. 37-TTg. Jan. 17, 1997. 3 p. (Available: http://www.unescap.org/pop/database/law_viet/vi_015.htm
451. VOS, J., GUMODOKA, B., VAN ASTEN, H.A., BEREGE, Z.A., DOLMANS, W.M., and BORGDORFF, M.W. Improved injection practices after the introduction of treatment and sterility guidelines in Tanzania. Tropical Medicine and International Health 3(4): 291-296. Apr. 1998.

452. WALKER, J.R. The effect of public policies on recent Swedish fertility behavior. Journal of Population Economics 8(13). 1995. (Available: http://www.iza.org/jpe/v08.html
453. WALL, E.M. Valued outcomes in the selection of a contraceptive method. Western Journal of Medicine 141(3): 335-338. Sep. 1984.
454. WALL, E.M. Development of a decision aid for women choosing a method of birth control. Journal of Family Prac-tice 21(5): 351-355. Nov. 1985.
455. WALSH, J. Contraceptive choices: Supporting effective use of methods. In: Ravindran, S.T.K., Berer, M., and Cottingham, J., eds. Beyond Acceptability: Users Perspectives on Contraception. London, World Health Organization, Reproductive Health Matters, 1997. p. 89-96.
456. WARWICK, D.P. The ethics of population control. In: Roberts, G. Population Policy: Contemporary Issues. New York, Praeger, 1990. p. 21-37.
457. WEINBERGER, C.W. Population and family planning. Family Planning Perspectives 6(3): 170-172. Summer 1974.
458. WEISBERG, E. The Depo-Provera controversy: Regulatory, medical and social issues. Zambrano, D., ed. Proceed-ings of the International Symposium on Depo-Provera (medroxyprogesterone acetate) for Contraception. A Current Perspective of Scientific Clinical and Social Issues, Oxford, Nov. 19-20, 1993. Oxford Clinical Communications, p. 27-38.
459. WILLIAMS, T.W., SCHUTT-AINE, J., and CUCA, Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. International Family Planning Perspectives 26(2): 63-71. Jun. 2000.
460. WILSON, A. The reproductive health awareness (RHA) model: A qualitative perspective. Advances in Contraception 13(2/3): 339-342. Jun./Sep. 1997.
461. WINIKOFF, B., SEMERARO, P., ZIMMERMAN, M., and STEIN, K. Contraception during breastfeeding: A clinician's source-book. 2nd ed. New York, Population Council, 1997. 39 p.
462. WOLFF, J., AUSTIN, K., and FRICK, G., eds. Miller, J., series ed. Using electronic communications in family planning. Family Planning Manager, Boston, Family Planning Manage-ment Development, Management Sciences for Health, Vol. 5 Summer 1996. 39 p. (Available: http://erc.msh.org/readroom/english/usingec.htm, Accessed Mar. 21, 2001)
463. WORLD BANK. Improving Women's Health in India. Washington, D.C., International Bank for Reconstruction and Development, 1995. 172 p. (Available: http://www.worldbank.org/html/extpb/indiawom/indiasum.htm#HealthServices, Accessed Mar. 15, 2001.
464. WORLD FEDERATION OF HEALTH AGENCIES FOR THE ADVANCEMENT OF VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION. Ensuring informed choice for voluntary surgical contraception: Guidelines for counseling and for informed consent. 1984. 30 p. (Unpublished)
*465. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Contra-ceptive method mix: Guidelines for policy and service delivery. Geneva, WHO, 1994. 143 p.
466. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health benefits of family planning. Geneva, WHO, 1994. 14 p. (Available: http://www.who.int/rht/documents/FPP-95-11/fpp9511.htm Accessed Apr. 6, 2001)
467. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva, WHO, 2001. 147 p. (Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/

RHR_00_2_medical_eligibility_criteria_second_edition/)
468. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), DIVISION OF FAMILY HEALTH, and UNIT OF FAMILY PLANNING AND POPULATION. Female sterilization: What health workers need to know. Geneva, WHO, Division of Family Health, Unit of Family Planning and Population, 1994. (No. 4) 35 p.
469. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH. Post-abortion family planning: A practical guide for programme managers. Geneva, WHO, Family and Reproductive Health, Division of Reproductive Health, 1997. 84 p. (Available: http://www.who.int/rht/documents/RHT97-20/postabortion_family_planning_.htm)
470. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association declaration on the rights of the patient. Adopted by the 34th World Medical Assembly. Lisbon, Portugal, World Medical Association, Sep./Oct. 1981. (Available: http://www.wma.net/e/policy/17-h_e.html, Accessed Mar. 7, 2001)
471. YODER, P.S., HORNIK, R., and CHIRWA, B.C. Evaluat-ing the program effects of a radio drama about AIDS in Zam-bia. Studies in Family Planning 27(4): 188-203. Jul./Aug. 1996.
472. ZAKHAROV, S.V. and IVANOVA, E.I. Fertility decline and recent changes in Russia: On the threshold of the second demographic transition. In: Davanzo, J. and Farnsworth, G. Russia's Demographic Crisis. Santa Monica, California, RAND, 1996. 33 p.
473. ZAMBERLIN, N. New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina. Reproductive Health Matters 8(16): 185. Nov. 2000.
*474. ZAVALA, A.S., PEREZ-GONZALES, M., MILLER, P., WELSH, M., WILKSINS, L.R., and POTTS, M. Reproductive risks in a community-based distribution program of oral contraceptives, Matamoros, Mexico. Studies in Family Planning 18(5): 284-290. Sep./Oct. 1987.
475. ZEIDENSTEIN, G. The user perspective: An evolutionary step in contraceptive service programs. Studies in Family Planning 11(1): 24-28. Jan. 1980.
476. ZHU, H.Z. Integration of poverty alleviation with family planning: An interview with SFPC Vice Minister Yang Kuifu. China Population Today, Vol. 13, No. 4, Aug. 1996. p. 2.
477. ZIMMERMAN, M., HAFFEY, J., CRANE, E., SZUMOWSKI, D., ALVAREZ, F., BHIROMRUT, P., BRACHE, V., LUBIS, F., SALAH, M., and SHAABAN, M. Assessing the acceptability of NORPLANT implants in four countries: Findings from focus group research. Studies in Family Planning 21(2): 92-103. Mar./Apr. 1990.

ISSN 0887-0241

Anterior
Parte principal | Contenido

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy