

**SEGUIMIENTO ANALISIS
Y EVALUACION PARA EL DESARROLLO
SASE**

**ESTUDIO CUALITATIVO DE UTILIZACION DE SERVICIOS
INFORME FINAL**

Estudio elaborado a solicitud de PRISMA

Equipo de investigación

Paola Naccarato (Coordinadora)

**Marco Del Mastro
Eudosio Sifuentes
Rosana Vargas**

Lima, Diciembre de 1994

Resumen Ejecutivo

El "Estudio Cualitativo de Utilización de Servicios" trató de responder a una serie de interrogantes que giran en torno a la utilización de los servicios ofrecidos por las APF's y las resistencias existentes en la población hacia los métodos anticonceptivos. El objeto de estudio se circunscribió a las APF's INPPARES y ATLF y a la población usuaria y no usuaria residente en sus áreas de influencia. El estudio planteado logró cumplir con los objetivos que se propuso gracias al desarrollo de dos ejes fundamentales:

-Las formas de percepción y las actitudes de hombres y mujeres en edad reproductiva con respecto a los temas de la planificación familiar.

-Las percepciones y supuestos que operan en los directivos y el personal de las instituciones de planificación familiar. La organización y la capacidad de atención del servicio ofrecido por las APF's.

Para abordar el primer eje de preocupación se hizo uso de la metodología que por lo general se emplea para estudios cualitativos, es decir entrevistas en profundidad y entrevistas grupales focalizadas. En cambio para aproximarse al segundo eje, al del servicio, al de saber cómo se ofrece y bajo qué supuestos y estrategias se lo concibe, se hizo uso de la observación en el campo y entrevistas convencionales y en profundidad a los directivos y al personal de campo.

Después de haber aplicado la metodología, que se mostró apropiada, el equipo de investigadores llegó a las siguientes conclusiones:

A. La situación de precariedad económica y afectiva de las mujeres y hombres objeto de estudio y la fuerte dependencia de las mujeres en este contexto condicionan una alta valoración de la procreación. Los hijos pasan a cubrir una necesidad afectiva y

constituyen una apuesta para el futuro en un marco de restricciones bastante apremiantes en el presente.

B. La posibilidad de controlar la capacidad reproductiva genera tanto en el hombre como en la mujer fantasías, temores e inseguridades producto de una socialización represiva que asigna roles y funciones en la relación de género que impiden una toma de decisiones compartida.

C. Los efectos secundarios y los malestares producidos por la utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres y las dificultades de las APF's para entender esta compleja problemática son aspectos que limitan el acceso a un control mayor sobre la capacidad reproductiva de la población objeto de estudio.

D. Las decisiones sobre el uso de métodos y la utilización de los servicios de planificación familiar se forjan en las redes sociales que funcionan en el ámbito local cuya influencia esta circunscrita a ambientes y grupos bastante específicos y delimitados. Las APF's no prestan la suficiente atención acerca de la existencia y del funcionamiento de estas redes y a la información que ahí circula para desarrollar sus estrategias de comunicación limitando de esta forma sus posibilidades de intervención.

F. Las instituciones de planificación familiar establecen un tipo de relación y funcionan con códigos culturales que limitan el acceso de la población a los servicios y no facilitan tomas de decisiones plenamente autónomas sobre los métodos a seguir.

En la última parte del estudio se ofrece un Plan Básico individualizado por cada APF dirigido a mejorar su accesibilidad y aceptabilidad. Se identifican los Problemas centrales y se ofrecen Propuestas concretas para que desde las APF's se puedan superar adecuadamente.

INDICE

Introducción

I. LA PROPUESTA

1. Objetivos
 - 1.1 Objetivo General
 - 1.2 Objetivos Específicos
 - 1.3 Sobre el cumplimiento de los objetivos
2. Las Preguntas orientadoras del estudio
3. Las hipótesis
4. Metodología

II. PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACION ACERCA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

1. Planificación Familiar

- 1.1 ¿Cuándo tener hijos?
- 1.2 Temores e Inseguridades

2. Sobre los hijos

- 2.1 Las expectativas
- 2.2 El sexo
- 2.3 ¿Qué significan los hijos?
- 2.4 Ser adolescente y tener hijos
- 2.5 El aborto: una posibilidad

3. Sobre los Métodos Anticonceptivos

- 3.1 De cómo se obtiene la información
- 3.2 ¿Cómo elegir un método anticonceptivo?
- 3.3 Opinión de la población sobre la oferta de métodos de INPPARES
 - a. La T de cobre
 - b. La píldora
 - c. Las inyecciones
 - d. La Minilaparotomía o Ligadura
 - e. Norplant
 - f. Los óvulos
 - g. El condón
 - h. La Vasectomía

d

3.4 Opinión de la población sobre la oferta de métodos de ATLF

Los métodos naturales

3.5 Los métodos tradicionales

4. ¿Por qué las mujeres no se cuidan?

5. Las imágenes del hombre y de la mujer

5.1 El Hombre ideal

5.2 ¿Cuál es la imagen que los hombres tienen de las mujeres?, según las mujeres

5.3 "Mi marido o mis hijos"

5.4 La autoimagen de la mujer

5.5 ¿El placer sexual?

5.6 La imagen de la mujer y el sexo en los hombres

5.7 Las relaciones sexuales y los hombres

5.8 La mujer vista por los hombres

6. Sobre la Calidad de los Servicios

6.1 La imagen de los servicios

6.2 La importancia del médico

6.3 Los servicios y la anticoncepción

III. LAS INSTITUCIONES

1. INPPARES

1.1 La Estrategia Institucional

a. La cuestión de Género

b. La clínica PATRES

c. El Programa de Jóvenes

d. Las clínicas comunitarias

1.2 El servicio de las clínicas comunitarias

a. La ubicación

b. La organización del local

c. El exterior de las Clínicas Comunitarias

d. El horario de atención

e. La capacidad instalada

f. Las relaciones entre el usuario y el personal

g. Se privilegia la relación con las mujeres maduras

h. La relación entre el personal y los usuarios

E

- i. Autoimagen del equipo
- j. La imagen de INPPARES sobre el público objetivo
- k. El Programa compromete muy débilmente a los hombres
- l. La imagen del personal de INPPARES respecto a los métodos naturales
- m. Promotoras con conocimientos muy elementales
- n. El trabajo con los jóvenes es muy débil
- ñ. Hay problemas de abastecimiento
- o. Las clínicas tienen poca publicidad
- p. Malestar en el personal

2 ASOCIACION DE TRABAJO LAICO FAMILIAR ATLF

2.1 Estrategia Institucional

2.2 El Programa

2.3 El Personal y Organización del Trabajo

- a. La ubicación de los locales
- b. La organización del local
- c. El exterior de los consultorios
- d. El horario de atención
- e. La capacidad instalada
- f. La relación con las usuarias
- g. El impacto del programa
- h. La metodología es de tipo educativo
- i. Problemas por la inestabilidad de los usuarios

3 Los Servicios y los indicadores de calidad.

3.1 Sobre la "información ofrecida al cliente"

3.2 Sobre las "Relaciones Interpersonales"

3.3 Sobre la "Continuidad y Seguimiento"

3.4 Sobre la "información del cliente"

IV CONCLUSIONES

V PLAN BASICO

VI ANEXOS METODOLOGICOS

INTRODUCCION

El presente informe es el resultado de la aplicación y desarrollo de la propuesta "Estudio Cualitativo de Utilización de Servicio", que empezó el 12 de Setiembre del presente año. El estudio se propuso investigar sobre las razones de las dificultades, presentes en la población, para la utilización de servicios privados de planificación familiar. La propuesta hace parte de un esfuerzo mayor de estudios ya realizados sobre el tema, constituyendo un aporte de corte cualitativo.

El estudio planteó la necesidad de explorar en las convicciones culturales de la población en torno al conjunto de variables vinculadas al proceso reproductivo, aspectos que confluyen condicionando la opción anticonceptiva y el uso de los métodos. La preocupación planteada en la propuesta no sólo alcanzaba a los hombres y mujeres en sus resistencias y temores sino también consideró la necesidad de entender las dificultades desde la oferta de los servicios y planteó para ello incorporar entre los objetivos de la propuesta el estudio de las percepciones y supuestos que ellos tienen sobre la población. De esta manera se pudo converger en una visión intercultural más amplia y comprensiva.

La metodología planteada incorporó el instrumental que usualmente es aplicado en los estudios cualitativos. Las entrevistas en profundidad, los focus group y las observaciones de campo cumplieron con su cometido,

logrando proporcionar a partir de su aplicación un material con información rica en matices y contenido. La utilización conjunta de dos de los principales instrumentos de los estudios cualitativos (entrevistas en profundidad y focus group) resultó muy sugerente y valiosa porque permitió complementar, contrastar y verificar el contenido de la información obtenida.

La conformación de un equipo interdisciplinario permitió contar con recursos profesionales con una experiencia acumulada significativa que permitió un eficaz y bien logrado cumplimiento de las actividades y tareas propuestas. Se logró crear un ambiente agradable y productivo de trabajo que permitió generar mucha empatía interna en el equipo y la pronta colaboración de los interlocutores del estudio.

1. Objetivos

El "Estudio Cualitativo de Utilización de Servicios" se propuso el logro de un objetivo general y cinco objetivos específicos.

1.1 Objetivo General:

Diseñar una propuesta individualizada que establezca para cada APF un plan básico orientado a mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención brindada por las APF's.

1.2 Objetivos Específicos:

a. Conocer las convicciones culturales, las ideas y los conocimientos de las mujeres y los hombres en edad reproductiva (de 15 a 50 años) en relación al tamaño ideal de la familia, al uso de los métodos anticonceptivos y, en general, al conjunto de variables vinculadas al proceso reproductivo (ej. fisiología del cuerpo, mecanismo de acción de los anticonceptivos etc..) cuestiones todas que condicionan la adopción de una opción anticonceptiva.

b. Identificar las expectativas de la población, que constituye el universo de influencia de cada una de las APF's, en relación a la modalidad y calidad de los servicios de planificación familiar y determinar los factores de preferencia o rechazo.

c. Crear indicadores sobre la calidad del servicio prestado por las APF's a la comunidad y ponerlos en práctica en el estudio a ejecutarse.

d. Determinar los supuestos que guían las estrategias de las APF's en su proyección hacia la comunidad (Información, Educación y Comunicación) e identificar nuevas líneas de intervención que conduzcan a un mejor proceso de información y conocimiento sobre los servicios brindados por las APF's.

e. Definir los mecanismos e instrumentos que permitan un proceso constante de compatibilización entre las expectativas, percepciones y necesidades de la comunidad con los servicios brindados por las APF's, con el fin de mejorar su accesibilidad.

1.3 Sobre el cumplimiento de los objetivos

De todos los objetivos propuestos, podemos afirmar que la información que hemos logrado obtener y procesar nos ha puesto en condiciones de poder cumplir con cada uno de ellos. El informe está organizado de modo que se puede encontrar los contenidos que responden a cada objetivo:

-El objetivo general de la propuesta técnica ha orientado la realización del estudio y está plasmado en la última parte del informe donde se establece un plan individualizado para cada APF que tiene como

contenido el señalamiento de lineamientos generales y de propuestas concretas que tratan de orientar a las APFs hacia el mejoramiento de la calidad del servicio. En el plan se diseñan, además, propuestas comunes para ambas APFs y que pueden ser extensivas a otras instituciones de planificación familiar.

-El primer objetivo específico se encuentra desarrollado en los primeros tres acápite del capítulo "Percepciones y actitudes de la población" donde hemos volcado los contenidos básicos que las mujeres y los hombres de la población han logrado expresar durante el estudio en torno a las variables vinculadas al proceso reproductivo: planificación familiar, métodos anti-conceptivos, imágenes sobre el hombre y la mujer.

-El segundo objetivo específico también se encuentra en el capítulo "Percepciones y actitudes de la población" en el último acápite sobre la calidad del servicio. Hay que mencionar que mucha de la información recogida sobre este punto y plasmada en las conclusiones ha sido fruto no sólo de entrevistas a los usuarios y no usuarios sino resultado de observaciones de la dinámica que se establece entre la población y el servicio.

-El tercer objetivo específico esta presente en el tercer acápite del capítulo sobre las "Instituciones". Hemos tratado de establecer cuales

son los indicadores de tipo cualitativo que presentan un mayor grado de problematicidad y hemos propuesto un nuevo indicador que permita centrar la calidad de la atención en los usuarios reales y potenciales.

-El cuarto objetivo específico se encuentra presente en el capítulo de las Instituciones en sus dos primeros acápites diferenciando las observaciones y la información obtenida entre las dos APF's.

-El quinto objetivo específico se encuentra entre las recomendaciones del plan básico.

2. Las Preguntas orientadoras del estudio

La pregunta central que el estudio se planteó fue entender:

-¿cuáles son los factores que explican las resistencias de la población para utilizar los servicios de planificación familiar?

A partir de esta interrogante central se plantearon una serie de otras preguntas útiles para identificar variables que contribuyan a resolver la cuestión central:

¿Cuál es el significado que se atribuye al nacimiento de los hijos?

¿Son diferentes los significados que tienen para los padres y las madres la llegada de hijos hombres o mujeres?

¿Controlar la posibilidad de concebir un hijo es vivido como un hecho positivo o es algo que mueve temores, fantasías?

¿Si se desea no tener más hijos, este deseo logra convertirse en una decisión activa de búsqueda de un anticonceptivo o se deja este deseo a la casualidad?

¿dónde y a quién se acude para comunicar sobre los hechos que se refieren a la sexualidad y la reproducción?

¿Hay un esfuerzo desde las instituciones privadas que brindan Planificación Familiar de crear lazos de confianza importantes con las/os usuarias/os?

¿Son adecuados los incentivos que poseén las APF's para incrementar su eficacia en la oferta de los servicios?

3. Las hipótesis

a. Los hijos representan en la población de escasos recursos una posibilidad concreta de realización existencial. Constituye una proyección al futuro que difícilmente puede lograrse en otras esferas de la vida.

b. La posibilidad de controlar la capacidad reproductiva es una variable que moviliza temores y fantasías diferentes en el hombre y en la mujer en torno a la estabilidad de la pareja y de la familia. Estos temores y fantasías en un marco de relaciones de género signados por la incomunicación constituyen una traba para la toma de decisiones en lo que se refiere a la capacidad reproductiva.

c. El deseo expresado de no tener más hijos (ENDES 1992) puede no convertirse en una opción anticonceptiva por los significados dados a la acción y los efectos de los métodos.

d. Las decisiones sobre el uso de métodos y sobre la utilización de los servicios de planificación familiar están condicionadas por las experiencias

vividas y opiniones formadas en las redes sociales de referencia del usuario real y potencial.

e. Las instituciones de planificación familiar establecen un tipo de relación y operan con códigos culturales que limitan el acceso de la población a los servicios y no facilitan una toma de decisiones plenamente autónoma sobre los métodos a seguir.

4. Metodología

Para verificar las hipótesis planteadas sobre los temas centrales del estudio se aplicaron los siguientes instrumentos y técnicas:

-Observación: de un día típico de atención, actividades de Educación y Difusión.

Las observaciones se realizaron para contar con información útil para verificar los contenidos de las hipótesis c,d y e. En particular los de ésta última.

La observación del día típico de atención se hizo, siguiendo una guía ad-hoc que anexamos, para las 9 clínicas comunitarias de INNPARES en Lima y para 4 de las 6 Unidades de Trabajo de Campo (UTC) de ATLF.

La observación de las actividades de Educación y Difusión fueron realizadas en tres oportunidades:

a.Charla de Capacitación para escolares realizada por personal de INPPARES en el área de su influencia en Chosica.

b.Campaña de difusión de métodos de INNPARES en el área de influencia de Ventanilla.

c.Feria de salud de difusión de los servicios de ATLF realizada en Carmen de la Legua y Reynoso con el apoyo de un equipo multidisciplinario.

-Entrevistas en profundidad a usuarias/os reales y potenciales:

Se plantearon para la verificación de las hipótesis a,b, c y d. Se ofrecieron 24 entrevistas en profundidad estratificadas y se realizaron 28.

CUADRO ESTRATIFICADO DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

(Lo propuesto y lo realizado por zonas)

	Edad			Sexo		N.Hijos		G.Instr.		Rel.Par.		Rel.Serv.	
	-20	21-30	+30	Mu	Ho	1-3	4y+	SI	SC	PE	S	Us.N.Us.	
TOTAL Prop	8	10	6	18	6	12	12	18	6	18	6	9	15
TOTAL Real	6	13	9	23	5	17	11	14	14	21	7	14	14
Ate-Vitarte	1	4		4	1	4	1	3	2	3	2		5
Canta			2	1	1		2	1	1	2		1	1
Comas		3	2	4	1	4	1	1	4	4	1	4	1
El Agustino	2	2		4		3	1	3	1	3	1	3	1
San Juan de Lu.	1	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	2	2
S.Martin de P.		1		1		1			1	1		1	
Sta. Eulalia	1		4	4	1	1	4	3	2	4	1	3	2
Ventanilla	1	1		2	0	1	1		2	1	1	1	1

La estratificación resultante varió ligeramente con respecto a lo ofrecido debido a las características básicas de la población encontrada. Las dificultades mayores estuvieron en la ubicación de mujeres sin secundaria completa y que no sean ni hayan sido usuarias de métodos. Un menor grado de dificultad estuvo presente para la ubicación y disposición para acceder a las entrevistas de las muy jóvenes y de los hombres, y para ubicar fácilmente mujeres con más de 4 hijos.

-Entrevistas grupales focalizadas.

Diseñadas para apoyar la verificación de las hipótesis a,b,c y d. Se planteó la realización de 4 Focus Group a usuarias y no usuarias de los servicios de cada APF. Fueron realizados satisfactoriamente siguiendo la guía ad-hoc elaborada por el equipo, encontrando dificultades sólo para la conformación de grupos homogéneos en los focus-group de no usuarias de los servicios de las APF's. Se tomó la decisión de realizar un focus Group a no usuarios hombres que contribuyó a reforzar los resultados obtenidos en las entrevistas en profundidad.

-Entrevistas a personal encargado de la atención directa y a directivos de las APFs.

Se plantearon para la verificación de las hipótesis c, d, y e. Se realizaron

entrevistas al personal que trabaja en el campo. En 8 de las 9 clínicas comunitarias de INPPARES se hicieron entrevistas al médico u obstetrix, a las supervisoras locales (2 en cada clínica) y a las supervisoras zonales (1 de cada 2 clínicas). En 4 de las 6 Unidades de Trabajo de Campo de ATLF se hicieron también entrevistas al médico y a la instructora.

Las entrevistas a los directivos fueron realizadas a los más altos directivos de cada institución y a los responsables de los principales programas. En el caso de INPPARES fueron entrevistados:

- Dr. Daniel Aspilcueta
- Dr. Eliseo Barrón
- Dra. Zulema Gambirazio
- Lic. Angela Sebastiani
- Lic. Frank Clavijo

En el caso de ATLF fueron entrevistados:

- Dr. Víctor Villavicencio
- Dr. Telésforo Aguilar
- Srta. Sandra Horna
- Srta. María Huaranga

Se elaboraron guías ad hoc que anexamos al presente informe.

I PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACION ACERCA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

En este capítulo nos refereriremos a los principales contenidos recogidos en las entrevistas (en profundidad y focus group) hechas a la población. El esfuerzo principal lo dirigimos a entender la lógica del comportamiento de las convicciones presentes en las mujeres y los hombres.

1 Planificación Familiar

La pregunta sobre la planificación familiar estuvo orientada a entender si existe una voluntad de espaciar y controlar el nacimiento de los hijos; ¿los hijos llegan sorpresivamente o según la voluntad y el deseo de los padres?

De las respuestas dadas por los entrevistados podemos concluir que la mayoría no planifica. Tener hijos es un hecho vivido como natural. En la vida de una pareja por lo general el primer hijo es algo esperado sin mayores intentos de planificar. Pocos piensan en postergar su llegada, aún cuando exista un deseo difuso de no tenerlo de inmediato. Sólo recién después del segundo o tercer hijo se toman las decisiones más serias en torno a limitar el número de hijos de la familia, momento en el cual se vence además el temor frente a los métodos, de haber existido éste. La toma de decisiones es ex-post y a

veces simplemente es una consideración y reflexión sobre el pasado.

"Ahorita pensando he tenido muchos hijos, veo lo que se necesita para el estudio, el mayor está en una academia, el primero, el segundo y el cuarto son hombres y la tercera es mujer. Tienen 18, 16, 12 y 9 años. A mi hija le digo que tenga uno o dos hijos, que primero estudie" (Sra. Ana, 34 años, natural de Chosica, 4 hijos, segundo secundaria, Sta. Eulalia).

Muchos hijos son producto, en muchos casos, de la irregularidad en las relaciones entre hombre y mujer, al ser las relaciones inestables resulta mucho más difícil planificar, escoger y mantenerse en un método. El regreso imprevisto de la pareja genera confusión sobre todo cuando se practica el ritmo. Este método es conducido muchas veces por el hombre y si éste desaparece y no se sabe cuando regresa, en el interin la cuenta se pierde:

"A mi me falló el cálculo porque estuvimos distanciados más de un mes con mi enamorado y cuando volvió me olvidé de las fechas. Me confundí" (Pina, 20 años, natural de Sta. Eulalia, 1 hijo, secundaria completa, Sta. Eulalia).

Esos olvidos y confusiones pueden ser fácilmente la forma en la que se manifiesta el deseo de retener, poseer y lograr acaparar la atención del ser amado.

1.1 ¿Cuándo tener hijos?

Sobre la edad ideal de tener los hijos existe un consenso bastante difundido de considerar el intervalo entre los 25 y los 30 años como el grupo de edad que está en mejores condiciones para la procreación. Existen otras consideraciones, muy presentes entre las mujeres y apoyadas por la opinión de médicos de que tener hijos justo antes de la menopausia es algo conveniente para la salud de la mujer, como una manera de regular el equilibrio hormonal y favorecer el proceso de la menopausia misma:

"Yo le hice tratar a mi esposa con el Dr. de Tarma y con la obstetriz del Hospital del Niño. Entonces el Dr. me dijo cuando la señora está en la edad de la menopausia, la criatura nace mejor, la señora se alimenta mejor, ya no tiene el miedo que tienen las primerizas, lo malo es para educar al niño, porque de viejos se puede tener, pero para mantenerlos ya es difícil" (Alejandro, 48 años, natural de Cullhuay, distrito de Huaros, Canta, 5 hijos, secundaria completa, Canta).

Si querer y tener el hijo hacia el final del ciclo reproductivo es una consideración que se evalúa positivamente, el no quererlo ni tenerlo hacia el inicio del mismo es en cambio una posibilidad sopesada negativamente. Dos caras contrastantes del riesgo vinculado al hecho reproductivo.

1.2 Temores e Inseguridades

En los casos que el hombre no participa activamente en la regulación del método suele ofrecer resistencias por el temor y la inseguridad que surge al considerar que, de "cuidarse" la mujer, se elimina una de las pruebas de infidelidad y traición. Este aspecto del comportamiento y actitud de los hombres refleja la asociación e identificación entre sexualidad y reproducción y del embarazo como prueba palpable de una relación sexual. Las resistencias se expresan desde el amenazante "cuidado que me saques la vuelta" hasta el uso de la violencia física acompañado de frases tales como

"con una patada te saco la T por la boca" (Focus-Group de El Agustino)

Un mayor control de la esfera reproductiva parecería constituir una amenaza para los hombres en la medida que las mujeres podrían tener una mayor autonomía y libertad en los asuntos sexuales y de la vida en general.

2 Sobre los hijos

2.1 Las expectativas

Sobre el número de hijos existe un consenso bastante difundido de que el número ideal son dos: "la parejita". Las opciones que siguen se inclinan hacia

un número mayor (en ningún caso se habla de un sólo hijo, pues "uno es ninguno"): tres hasta cuatro. En algunos casos cuando se dice dos se llega a agregar tres como número límite, como número que rompe con la monotonía, que logra dar sentido pleno a la idea de familia. Cuando se afirma que cuatro es el número de hijos ideal se agrega: "dependiendo de la situación económica".

En cuanto a la periodicidad se tienen ideas mucho más borrosas. Cada dos años o dos años y medio en algunos casos y cada cuatro en otros son las respuestas más claras. En muchos casos no ha habido respuestas. Algo que no parece tener mucha aceptación es la idea de tenerlos seguidos, como ocurría "antes" (léase en contexto no urbano, donde la mujer tiene como ámbito principal de acción e interés el doméstico o realiza actividades compatibles con el hecho de tener varios hijos); para algunas de las mujeres más jóvenes, con pareja estable y con nivel de estudios más altos, la necesidad de un trabajo para aportar a la economía familiar y la voluntad de establecer materialmente el hogar, apoyan el hecho del retraso de un próximo hijo.

2.2 Hijos hombres e hijas mujeres

En casi todos los casos, los hombres esperan por lo general al hijo hombre, por consideraciones como las del apellido que parecen seguir pesando. Esto se vuelve evidente cuando se continúa teniendo hijos

buscando al heredero. Incluso se llega a justificar o se temen infidelidades o vidas (familias) paralelas por ese motivo. En las actuales circunstancias hemos encontrado que se insiste hasta el tercer embarazo, si no llega, se empieza a desistir. La importancia de tener un hijo hombre es sentida después de tener como primogénito a una niña, es ahí cuando afloran las "justificaciones compensatorias" que aluden a la creencia de que una hija mujer trae suerte a la familia:

"Cuando supe que mi primera y única hija era mujer lo tomé como algo normal, no me afectó, al contrario me dijeron y me felicitaron porque tener como primer hijo una mujer trae suerte" (Raúl, 24 años, natural del Cusco, Una hija, Cuarto de Secundaria, San Juan de Lurigancho)

o que una mujer es mayor garantía para la vejez ya que ella no va a tener la reponsabilidad principal del sustento de su familia y de ese modo va a poder ayudar a sus padres ancianos.

En general, cuando el deseo de tener "la parejita" no se ha logrado, se alberga una esperanza de poder tener al hombrecito o a la mujercita en un tercer intento que, por lo general, tiende a postergarse a un período intergenésico mayor que el que hubo entre los dos primeros:

"Estoy contenta con los dos que tengo. Más adelante tendría otro. Los he tenido seguiditos. Quisiera tener una mujercita. El segundo quería que fuera mujer; mi esposo quería dos hombrecitos y así fué. El quiere tener 4 hijos; pero yo no quiero, el no tiene trabajo estable y la situación económica es difícil. Hay mujeres que se adaptan a tener muchos hijos. Tener hijos no es sólo parirlo, es también criarlos, educarlos"(Clara, 25 años, natural de Lima, 2 hijos, secundaria completa, El Agustino).

"Con el segundo salió así no más y mi esposo dijo no importa seguro será mujercita y salió hombrecito. Nos tuvimos que resignar. Mi esposo dijo "mi hijo es, que vamos a hacer". No quiero tener más hijos. Si supiera yo que sale mujercita, de repente. Aunque con la situación no se puede..." (Rosa, natural de Huancavelica, 26 años, 2 hijos, tercer año de secundaria, Ate).

2.3 ¿Qué significan los hijos?

Los hijos representan varias cosas: en primer lugar, la proyección y la confianza en el futuro, así como la posibilidad de cubrir un vacío afectivo en un contexto generalizado de carencias.

"Los dos no más sin hijos no hay vida. Lo ideal es un hombre y una mujer y espaciado, dos años, dos años y medio, nada más. En una familia te peleas pero los hijos nos unen, nos hacen reír y alegrar. Sin hijos no se puede vivir"

(Raquel, 30 años, natural de Puno, 4 hijos, primaria incompleta, Ate)

Una garantía para la vejez de los padres

"los hijos sirven. Cuando uno está mal, o cuando ya estoy vieja por lo menos tengo a mis hijos para que me cuiden, siquiera me alcanzarán una taza de agua; ya no estaré solita.... Dos no es suficiente. A veces también se mueren. Yo estoy contenta con mis 5 hijos. Puedo tener más también. No hay problema. Yo puedo... Cuando no tienes hijos, no tienes quien te vea; en cambio cuando tienes, cuando eres viejo te pueden ver, te pueden cuidar." (Julia, 38 años, natural de Huánuco, 5 hijos, analfabeta, Huaros, Canta)

En esta cita resalta también el valor que tiene la posibilidad de tener hijos para una mujer en términos de reafirmar la propia identidad, capacidad y fortaleza -restringidas en otros ámbitos-.

Mayor garantía para la vejez parece ser tener hija mujer:

"Estoy haciendo un estudio sobre el hecho de que es difícil que un hombre ayude a sus ancianos padres ya que la carga de la familia la lleva el hombre, mientras que la mujer que no la tiene puede ayudar a sus padres. De ahí que conviene tener hijas mujeres. (Augusto, 37 años, natural de Lima padre Huancavelicano

y madre jaujina, 4 hijos, estudios superiores, Comas).

2.4 Ser adolescente y tener hijos

Las adolescentes llegan a su primera experiencia sexual totalmente expuestas a la posibilidad reproductiva. El problema no parece ser el hecho de no recibir información. Por lo general en los colegios se brinda información básica a través de charlas, cuya validez como metodología es cuestionable, en la medida en que el tratamiento de la información es superficial y no se recoge -según nuestra observación- las inquietudes de los jóvenes. Las adolescentes no prestan la atención debida, no les interesa, incluso consideran a los charlistas, cuando son hombres, "mañosos". No se ubican en la posibilidad real de quedar encinta. Saben que pueden quedar embarazadas pero no lo quieren pensar, parece prevalecer vivir el momento, la experiencia sexual es abstraída de todas sus consecuencias. No se piensa en el control porque probablemente pone en evidencia una intencionalidad (de tener relaciones) no aceptada, porque controlar supone entrar en conflicto con la imagen que tienen o "deben tener" de sí mismas. El contexto represivo, la escasa información pertinente, la ausencia de servicios o espacios de referencia para adolescentes y la típica irresponsabilidad y rebeldía adolescente frente a

mensajes tan insistentes del medio que advierten del peligro de quedar encinta sin ofrecer medidas consistentes coadyuva a que muchas mujeres tengan hijos a temprana edad.

2.5 El aborto : una posibilidad

El aborto en las adolescentes es una alternativa considerada viable y una dramática realidad de nuestro país. Enamorados, amigas y padres contribuyen a que esa posibilidad se convierta o no en una realidad. Entre las motivaciones más recurrentes para decidir no abortar esta el miedo producto de su condición de ilegalidad, de las condiciones de alto riesgo en las que por lo general se practica, produciendo víctimas y perjuicios a menudo muy serios para la salud de las mujeres :

"Mis amigas en el colegio me decían de abortar, que iba limitar mi vida, que no sea tonta. Mi pareja me dijo que era mi decisión y que él quería tenerlo. Que lo del aborto era peligroso. Al final de cuentas tenía más miedo del aborto que de tenerlo. Mis amigas me decían que sacaban el bebé por pedazos. Después hablé con mi mamá cuando ya tenía 4 o 5 meses de gestación. Mi mamá se sorprendió y me dijo que si yo le hubiera dicho antes me hubiera hecho abortar. Mi papá se molestó" (Pina, 20 años, natural de Sta. Eulalia, 1 hijo, secundaria completa, Sta. Eulalia).

3 Sobre los Métodos Anticonceptivos

3.1 De cómo se obtiene la información

Entre la población entrevistada parece haber un nivel de información bastante difundido pero no muy preciso sobre los métodos anticonceptivos. La fuente principal de la información no son los centros de salud públicos, ni tampoco los centros privados especializados en Planificación Familiar, que tiene aún un impacto reducido. La información fluye con mayor intensidad desde las relaciones interpersonales que se tejen entre familiares, amistades y vecinos que viven por lo general en las inmediaciones de un espacio localmente determinado. Una hermana, una tía, una amiga, una compañera del colegio, una conocida.

(1)

El tipo de información que se transmite es experiencia directa o de terceros sobre el uso y los efectos secundarios. El contenido de la información son temores, usos y costumbres en el empleo de los métodos anticonceptivos que tienden a ser rápidamente generalizados. Por lo general la experiencia llega a sustituir la información científica, de difícil asimilación por el lenguaje que se utiliza y por ser bastante abstracta para esta población. Algunas de las mujeres entrevistadas relatan de que el médico

(1) A esta conclusión se llegó después de analizar las respuestas a la pregunta de cómo se obtuvo la información sobre los métodos.

les habló explicando sobre los métodos, pero que no recordaban o no habían entendido muy bien. Al preguntar sobre el mecanismo de acción del método que están utilizando, hay un desconocimiento casi total. Sobre los efectos secundarios hay cierta información por las experiencias de personas cercanas, pero al reportar los malestares al médico, la respuesta es pasará con el tiempo o no es posible que sea el método el responsable de la molestia. Las mujeres no siempre son escuchadas en ese aspecto, es fácil negar su experiencia subjetiva que es fundamental en todo lo que tiene que ver con la sexualidad y la salud. Esta situación lleva en muchos casos al abandono del método o la pérdida de confianza en el servicio.

Entre las usuarias de las APF's (INPPARES y ATLF), está presente la convicción de que no existe el método perfecto (mensaje muy útil transmitido por las APF's) y que las mujeres que optan por la anticoncepción pasarán por probar varios métodos a lo largo de su vida reproductiva. Hay métodos que a algunas mujeres "no les halla". (Josefina, 20 años, natural de Lima, 1 hijo, cuarto de secundaria, El Agustino).

Generalmente la decisión última para elegir el método es del médico.

Entre las más jóvenes se puede detectar una suerte de extrañeza al ser consideradas potenciales usuarias de los métodos, como si se tratara de un asunto de

mayores, que carece de sentido tener ese tipo de preocupación cuando uno no tiene una pareja estable (Consuelo, 20 años, natural de El Callao, un hijo, secundaria completa, AA.HH. "Mi Perú" Ventanilla).

3.2 ¿Cómo elegir un método anticonceptivo?

Entre los factores más importantes de la elección de un método encontramos:

- .la seguridad que ofrece el mismo,
- .la practicidad y
- .la comodidad en su uso y abastecimiento.

Entre los métodos artificiales que se considera que ofrecen buena seguridad como la inyección y la píldora, una desventaja es el hecho de que deben ser administradas en un día determinado del mes o todos los días, exponiendo a las mujeres a la posibilidad de no tener los medios económicos o de no controlar adecuadamente el tiempo para garantizar su uso y continuidad.

3.3 Opinión de la población sobre la oferta de métodos de INPPARES

Esta institución ofrece con su programa de proyección a la comunidad, una gama casi completa de anticonceptivos. La información y contenidos que presentamos a continuación es fruto de la sistematización y análisis de lo vertido en las entrevistas y focus group aplicados a usuarias de

métodos artificiales y no usuarias, pero que se encuentran en el área de influencia de INPPARES.

a. La T de cobre

Este es uno de los métodos más recomendados por INPPARES y por los servicios del Ministerio de Salud, por las ventajas que ofrece en términos del tiempo de protección y porque su abandono o discontinuidad necesita de la intervención de un profesional médico que, evidentemente, se preocupa por recomendar otro método.

Sin embargo, a pesar de ser el método más usado, genera una serie de reacciones encontradas entre la población entrevistada.

¿Cómo es o se imagina que sea? y ¿dónde se coloca?

Mientras llega a ser imaginado con mucha frecuencia bajo una forma bastante cercana a la realidad, es decir, como un objeto de metal pequeño con forma de T; también es representado materialmente como un alambre o como "un clavo que produce estragos en el cuerpo. Debe doler".

"Mi esposo me recomendó la T de cobre. en mi corazón dije me va a hacer doler, se va a oxidar. Me imagino que voy a tener algo como un freno con la carne" (Raquel, 30 años, natural de Puno, 4 hijos, Segundo de Primaria, Ate).

"Me la imagino como un alambre, pienso que hará doler, formará llagas, heridas y produce cáncer...(Rosa, 26 años, natural de Huancavelica, 2 hijos, Tercero de secundaria, Ate)

De otro lado, no existe una idea lo suficientemente clara y concisa sobre el lugar del cuerpo y la forma en la que es colocada la T.

Los efectos indeseados

Un aspecto que aparece en la última cita y que es señalado con bastante frecuencia es que puede generar heridas y asociado a esto: cáncer. Estos efectos son mencionados por lo general debido al descuido en las visitas de control y del tiempo de uso excesivamente prolongado. Se dan casos de olvido de los plazos de 5, 7 o 10 años que, evidentemente, aumentan el riesgo de consecuencias graves, como una infección pélvica, entre otras.

Entre los efectos mencionados con mayor frecuencia y preocupación se encuentra el aumento de sangrado menstrual acompañado por cólicos. La consecuencia puede ser la anemia, un problema de salud característico de las mujeres y asociado también a la malnutrición.

"si tuve mi primer bebé cuando me pusieron la T de cobre y tenía mucho

sangrado, fuí al doctor le dije, pero me dijo que así era el primer mes.

¿cómo que tenías mucho sangrado, cuántos días te duraba ese sangrado?

9 días, 10 días.

¿y lo normal para ti cuánto es?

3 días y bastante me bajaba y el doctor me dijo de que era normal por lo que recién se estaba adaptando y que así iba a ser el primer mes, el segundo mes, que después poco a poco iba a ser normal, pero toda la vida bajaba...cuando ya me iba a venir mi regla, me venía con dolor de cabeza, ya me daba fiebre, me dolía mucho el cuello y así que me fuí a sacar y me lo saqué, pero me lo saqué en otro sitio ya no en el hospital...."(Focus-Group de Carmen de La legua-Reynoso, mujer ahora usuarias de métodos naturales de ATLF, 25-40 años)

"Mi concuñada tiene la T y se ha puesto flaca, flaca, no tenía popo, nada, decían que estaba anémica por eso debe tomar mucha vitamina" (Mercedes, 23 años, Natural de Cusco....).

Otro de los efectos controversiales es el que la T provoca más apetito, se engorda. Esta puede ser una reacción a la del sangrado y de la anemia.

La pérdida de sangre y la anemia producen un cuadro en el que el esfuerzo físico pasa a ser un aspecto prácticamente contraindicado. Esta limitación ha sido registrada en diversas ocasiones, llamamos la atención sobre una de las más elocuentes.

"Con eso no se puede hacer fuerza, no se puede trabajar. Nosotros nos levantamos

a las 5, 6 de la mañana, tenemos que ir a la chacra; con eso no se puede, se viene la hemorragia...Las que se ponen eso no hacen fuerza, son las que no saben. Aquí hacemos fuerza, tenemos que cargar, tenemos que trabajar..."(Julia, 38 años, natural de Huánuco, 7 hijos, 5 vivos y dos muertos, analfabeta, Canta). "...Además cuando alzamos peso puede hacer daño" (Rosa, 26 años, natural de Huancavelica, 2 hijos, Tercero de secundaria, Ate)

Una queja bastante frecuente es que la T produce inflamación al utero, descensos y eventualmente infección urinaria. El tipo de vida que tienen las mujeres de sectores populares (falta de higiene, jornadas de trabajo extenuantes, constricción de caminar en terrenos arenosos y de realizar trabajos físicos intensos) las expone a estas molestias que se ven agravadas, en muchos casos con el uso de la T.

Ha sido muy frecuente escuchar que la T es peligrosa porque puede salir embarazada la mujer y la T pegada en el cuerpo del bebé. Aunque esta versión no parece tener una evidencia empírica constatable.

"Nunca he usado la T de cobre porque tenía miedo, mi vecina salió encinta con la T puesta y como no podían sacársela su bebé nació con la T pegada en la frente. Nunca vi qué pasó con el niño porque la vecina se fué" (Laura, 44 años, natural de

Lima, 7 hijos, tercer grado de primaria, Sta. Eulalia).

Existen también experiencias y procedimientos a seguir con la T que revelan una aceptación al método.

"Sólo fastidia al inicio"(Gina, 17 años, natural de El Agustino, 1 hijo, Cuarto de secundaria, El Agustino).

"Mi tía me aconsejó la T de cobre. Antes hay que hacer análisis y después ya te pones. Ella esta muy bien, tiene dos hijos y su esposo seguro. No sé dónde ir a pedir una T. Mi tía tiene seguro" (Eugenia, 23 años, natural de Apurímac.....)

b. La píldora

La píldora es quizás el método que más mujeres reportan haber usado en algún momento y que ha tenido una mayor tasa de abandono. Este mayor uso y a su vez abandono es debido a una distribución indiscriminada que no tuvo y no tiene en cuenta las contraindicaciones (problemas hepáticos, vrices, cuadros depresivos y labilidad emocional) y los controles médicos regulares que necesita el uso de este método.

¿Cómo se usa? y ¿cómo se imagina el funcionamiento?

Un aspecto que genera muchas dificultades en el uso de las píldoras es que requiere una regularidad y disciplina en su administración.

"Lo de la pastilla, el problema es que debe ser seguidito y si no tienes plata, no tomo y voy a gestar, puede salir mongolito" (Raquel, 30 años.....).

No encontramos una idea clara sobre su funcionamiento.

Otros efectos consideradas por las entrevistadas y que motivan un rechazo para el uso de este método son:

"Las píldoras son inflamatorias. Son como drogas que matar a los espermatozoides. Es fuerte, causa daño; por eso las mujeres tienen que hacerse papanicolau cada año. Creo que da enfermedad, da cáncer" (Eugenia, 23 años, natural de Apurímac, una hija, Cuarto de primaria, San Juan de Lurigancho).

Los efectos indeseados

Entre los efectos que más se mencionan encontramos cambios en el carácter con un aumento del "nerviosismo" y la irritabilidad.

"Las mujeres que toman pastillas, por gusto tienen cólera, se desesperan, les pegan a sus hijos. Como soy nerviosa prefiero evitarlas".(Rosa, 26 años.....)
"Entre el segundo y el tercero me cuide con pastillas....Al comienzo bien, pero después me chocaban con dolor de cabeza y los nervios. Me temblaban las manos. El médico me aconsejo otro método: el espiral, yo me descuide y quedé encinta. Mi esposo me decía que me cuide, que vaya a la posta. El Dr. me dijo que mi organismo no está bien con las pastillas. Será por mi organismo débil, dicen que a veces choca cuando hay problemas en el hogar. Yo paraba sola"
(Ana, 34 años, natural de Chosica, 4 hijos, segundo de secundaria, Sta. Eulalia)

Nuevamente las condiciones de vida aparecen como un factor que problematiza el uso de los métodos, las mujeres de sectores populares son personas que están sometidas a una serie de presiones que son generadoras de stress. Los efectos de las píldoras son considerados una ulterior amenaza a una ya precaria estabilidad emocional.

Un factor adicional que genera controversias en las usuarias y no usuarias es el aumento de peso:

"Las pastillas tienen hormonas, mi hermana se ha deformado su cuerpo; su cabello y su cutis estan bien por las hormonas, y le normalizó su regla" "con las pastillas se engordan" (Mercedes, 23 años, natural de Cusco.....)

c. Las inyecciones

La inyección es un método que tiene menor preferencia que los dos anteriores, pero es una opción cuando existen consideraciones que impiden el uso de cualquiera de ellos.

"Yo tengo que alzar pesos y eso me produce inflamación al ovario. Por eso me han aconsejado que no use la T de cobre. Creo que lo mejor es la inyección. Hay que tener cuidado si uno se demora en volver a ponerse la inyección (Rosa, 26 años, natural de Huancavelica, ambulante).

No encontramos referencias sobre cómo funciona.

Los efectos indeseados

Como en el caso de la píldora, un factor adicional que se considera en el caso de la inyección es la necesidad de regularidad y continuidad en la aplicación del método. Por otro lado, la amenorrea

provocada por la inyección produce zozobra en las mujeres, pues se asocia con la posibilidad de estar encinta, en la medida en que la menstruación es un referente importante para regular la fecundidad.

"Una sola todavía me he puesto. No tengo mi regla, eso me preocupa. Mi hermana también ya tiene cuatro meses sin regla, y que tal si está gestando?" (Ana, 34 años, natural de Chosica, 4 hijos, segundo de secundaria, Sta. Eulalia)

Adicionalmente, en una cultura donde eliminar la sangre menstrual es importante como forma de limpieza del organismo, el hecho que ésta no salga del cuerpo es asociada a la posibilidad de que al ser acumulada, "sube al cerebro y produce desordenes mentales".

"La mujer desfoga en la sangre que uno bota, desfoga todos los males...todo ese tipo de transtornos tuviera si la mujer no menstruara, entonces creo que sí la sangre es mala y retiene al cuerpo, pero al desfogar todo no hay ningún tipo de transtorno" (Eugenia, 23 años, natural de Apurimac.....)

d. La Minilaparotomía o Ligadura

En general, existe en las entrevistadas una actitud bastante favorable hacia la ligadura, la cual parece despertar menos resistencias que el resto de métodos, en la medida en que no se reportan muchos efectos

secundarios indeseados y se elimina una fuente importante de molestias producidas por éstos. Muchas de las mujeres que han optado por ella o que consideran la posibilidad de hacerlo tienen, en general, una larga historia de uso de métodos, habiendo pasado por varios que les han provocado una serie de trastornos. En algunos casos, se encuentran con el impedimento o la limitación de la edad y la necesidad de consentimiento del esposo para hacerse la ligadura.

"En mi caso como le decía señorita es que me estaba haciendo daño todo, y por una parte sí mi esposo me estaba prohibiendo no quería nunca firmar porque con cuatro hijos yo ya me quería ligar, siempre ha ido al hospital y se ha negado, se ha amargado" (María, 30 años, 6 hijos, AH Mi Perú)".

"Yo lo que quiero es ligarme, en el hospital Loayza me dijeron que debía tener 35 años para ligarme. Y ya yo todavía no sé cómo cuidarme, con qué método cuidarme...no le digo que ya tomé pastillas...pero ya pues, ya no, ya no quiero tomar eso".

"Yo nunca me había cuidado antes. Me hice la ligadura a los 26 años. Mi esposo le dijo al doctor que no quería tener más hijos y el Dr. le planteó la ligadura, y yo, inocente creo, acepté, tal vez ahora no me hubiera dejado. Mi esposo me habló cuando tenía seis meses de embarazo, ya bueno le dije. Ese bebe cuántas cosas me hizo pasar, parecían mellizos, el médico lo sacó antes de los nueve meses con cesárea y me hizo la ligadura. Las señoras me decían que no me haga, que me iba a dar dolor de

cabeza, pero yo dije ahí no más. Yo no siento nada, sólo mi regla es más irregular, es lo único. No me arrepiento. A mi esposo le digo: Tu eres malo; si me divorcio y tengo otro compromiso.... El se ríe, ya te fregué pues, me dice (lo cuenta riéndose) (Lina, 38 años, Natural de Chanchamayo, 5 hijos, quinto de primaria, San Juan de Lurigancho)

En algunos casos, la ligadura es considerada peligrosa porque afecta la menstruación y no permite una adecuada eliminación de la sangre menstrual.

"dicen que la regla ya no es como debe ser, y esa sangre se va a la cabeza, calienta el cerebro, lo vuelve loco" (Ana, 34 años, natural de Chosica....)

e. Norplant

El Norplant es un método relativamente nuevo, sobre el cual existe información pero su uso no es muy difundido. INPPARES refiere que existe curiosidad al respecto, pero son pocas las mujeres que lo usan y a veces hay problemas de discontinuidad en el abastecimiento. En el Agustino, se hizo referencia a una joven de 19 años a quien se le había colocado; no hubo ninguna usuaria de Norplant entre las mujeres entrevistadas.

Los efectos indeseados

Nos reportaron efectos indeseados en el uso del Norplant, como:

dolor en el brazo, ausencia de la regla por casi un año y dolores de cabeza.

f. Los óvulos

Los óvulos son poco utilizados, probablemente porque son asociados con baja efectividad en la protección de un embarazo. Es un método aconsejado por INPPARES a las parejas jóvenes y cuya efectividad falla en el caso de no respetar los 15 minutos entre su introducción y el coito. Sin embargo, asociado al uso del condón ofrece una buena alternativa anticonceptiva y no produce mayores molestias.

g. El condón

El condón es uno de los pocos métodos que puede ser usado activamente por los hombres, y sin embargo es un método muy poco usado, actitud que revela la lógica mencionada por muchas mujeres de que el hombre espera que sea la mujer quien se cuide, por ser "su responsabilidad". Esta opinión es a veces compartida por las mismas mujeres, que la asumen íntegramente. En muchos casos, a pesar de sufrir la mujer intensos trastornos producto del uso de algún método, el condón no aparece como una alternativa viable.

"Ellos no quieren tener ningún tipo de incomodidad al tener su relación y eso creo que todo ese tipo de cuidado sería más que todo, depende de nosotras las mujeres, porque a ellos no les preocupa que si uno tiene que cuidarse.

"según él dice que le dolía y que le molestaba, lo botaba, le daba cólera"

"No se lo ponen, no van a pensar que durante o antes del acto deben estar buscando. Mi esposo lo usó al comienzo dos veces porque quería estar conmigo" (Clara, 25 años, natural de Lima, 2 hijos, Secundaria completa, El Agustino)

"Estaba de enamorada y salió la bebé por accidente, yo tenía relaciones y no pensaba que podía salir gestando; dos veces mi esposo usó el condón. Y me cuidaba con el retiro" (Mercedes, 23 años, natural de Cusco, 1 hija.....).

Llama la atención el uso que se le da al condón (dos veces y ¿después?) parece que existe en algún sector de la población masculina, que habría que explorar más en sus perfiles sociales y culturales, que utiliza el condón como medida preventiva sólo al inicio, como que lo usa sólo cuando todavía no se conoce sexualmente a la mujer o como un símbolo de la voluntad del cuidado a la mujer circunscrito a un momento breve, un ingrediente a los ritos de seducción y enamoramiento.

Los hombres entrevistados (focus) relatan una manera equivocada de colocarlo, además de asociar el condón

a relaciones eventuales, no estables, o con prostitutas. Por lo tanto, el hombre considera que la mujer no ve bien que éste le proponga su uso, lo que sería sinónimo de no tomarla en serio o de considerarla una mujer "fácil".

h. La Vasectomía

La información

Hemos obtenido poca información desde las entrevistas en profundidad realizadas y los focus-group. Apenas uno de los 28 entrevistados se ha hecho la vasectomía. Sin embargo, hemos podido recoger algunas opiniones y versiones sobre este método que nos parece que constituyen piezas centrales de un sentido común que se esta tejiendo en torno a él.

Un método que interesa a los jóvenes

Un dato que nos llama la atención y que no hemos podido verificar es el que nos han referido en INPPARES sobre el hecho de que hay una cantidad no menospreciable de jóvenes que parecen estar dispuestos a hacerse la vasectomía o que por lo menos van con esa disposición a las clínicas comunitarias. La actitud de la institución se inclina por desaconsejar a los jóvenes seguir esta medida radical. Por lo general se trata de jóvenes con menos de 25 años que tienen 2 o más hijos. No obstante el número de hijos siempre la juventud es un aspecto que prima para desanimar a los interesados.

¿Virilidad cuestionada?

Entre las ideas que se tienen en torno a la vasectomía resalta aquella que imagina que quien se hace la vasectomía pierde virilidad, se convierte en un "raro". Se ha podido detectar una preocupación bastante insistente sobre si la intervención que se hace produce impotencia. En general la diferencia entre infertilidad e impotencia parece ser poco apreciada entre la población, en especial entre los hombres.

La irreversibilidad

Otro aspecto que parece preocupar, aunque con menor insistencia es sobre la posibilidad de que una vez hecha la vasectomía después de un tiempo se puede, con otra operación, volver a ser fértil. Se maneja en algunos ambientes cercanos a INPPARES la información de la posibilidad de la reversibilidad y se aventuran incluso porcentajes (15%, 20%??).

Otro compromiso

La vasectomía es al hombre lo que la ligadura es a la mujer, no sólo en el sentido de la imposibilidad de continuar a procrear sino a lo que ello conlleva en el imaginario popular, que concibe el deseo de un hijo en un hipotético próximo matrimonio (es frecuente tener varios compromisos) prácticamente como una condición de partida, en este sentido es

mucho más comprensible la asociación entre infertilidad e impotencia, como imposibilidad de crear nuevos compromisos (sean bígamos o monógamos).

La entrevista

La salud de la mujer

El único entrevistado que se hizo la vasectomía es un ministro de la iglesia bautista de 37 años que vive en Comas y tiene 4 hijos. La primera razón que expresó para explicar su decisión fue la salud de su esposa. Diez años de T de cobre fue más que suficiente, ya que ella tuvo que soportar "excesiva hemorragia" que le producía constantemente cuadros anémicos combatidos con "muchísima vitamina".

Hijos planificados

Otra razón evidente fué el número de hijos. Con cuatro hijos planificados, además, ha cumplido sus metas reproductivas.

Niños abandonados

Un argumento de tipo social fué esbozado en los siguientes términos:

"Yo soy hincha de la vasectomía. Se justifica en un país en el que hay tanto niño abandonado"

Cuestión de Status

En su iglesia sólo la élite se ha hecho la vasectomía. Este hecho puede ser leído en un doble sentido: Por un lado, el discurso de la responsabilidad del cargo que debe evitar mayores compromisos con la familia, en esa misma línea se trata de dar el ejemplo "bautista" del uso de un método que puede ser instrumentalizado para fines poco religiosos. Por otro lado, ahora que se ven y oyen informaciones de tantas cosas extrañas y perversas practicadas en sectas religiosas la vasectomía puede ser pensada como un método que permite todo..... sin consecuencias ni propias ni ajenas.

3.4 Opinión de la población sobre la oferta de métodos de ATLF

Los métodos naturales

Los métodos naturales propuestos por ATLF, son : el ritmo- calendario, el moco cervical, la temperatura, el sintotérmico -combinación de calendario con moco cervical-.

Ultimamente se ha incorporado un método más: la lactancia materna, método de control de la fecundidad utilizado por las mujeres en muchas culturas cuya efectividad ha sido objeto de muchas discusiones. Recientemente se habla del poder anticonceptivo de la lactancia materna cuando esta es

exclusiva, cuando la mujer no ha menstruado en los cuatro meses después del parto.

Entre las razones de preferencia de estos métodos encontramos consideraciones de tipo económico, de practicidad y también por efecto de comparación con los métodos artificiales, en el sentido de que los métodos naturales no dejan estragos en el cuerpo. Entre los aspectos más problemáticos para asumir estos métodos tenemos las dificultades en el aprendizaje (es muy largo, requiere paciencia y precisión y una capacidad de lectura y aplicación de gráficas que no es muy común) y en la calidad de la relación con la pareja (comunicación y respeto). Un aspecto importante del aprendizaje de los métodos naturales es la necesidad de que al inicio de éste se necesita observar abstinencia por 18 días, mientras se aprende a identificar la propia fertilidad este tiempo de abstinencia bajará gradualmente. Esta condición es un aspecto que es ---apreciado en forma ambivalente. Para algunas mujeres es una ventaja, una oportunidad de liberarse de relaciones sexuales no deseadas y para pocas (al menos de las entrevistadas) es un problema sentido en primera persona sino más bien es un aspecto que confronta la calidad de la relación con la pareja.

"Con los métodos naturales no tengo que ir al médico, cuando uso pastillas y la T hay que ir al médico a cada rato y si no hay tiempo o plata?".....

"Los métodos naturales son buenos porque no afectan el cuerpo, no hay químicos en contra de uno..."(Mercedes, 23 años, natural del Cusco, 1 hija, Estudios Superiores, Condevilla).

"Me quiero sacar la T de cobre, me quiero sacar para que yo me tenga que hacer tratar y todo eso, me tiene que venir mi regla, y según eso ver, apuntar los días que me baja esta mucosidad, apuntar todo, según eso ya la señora (la instructora de ATLF) le va decir a la doctora para que me la saque porque la verdad es yo quiero sacármela. Tantas cosas que dicen, tantas cosas que te entran en la cabeza. Me he traumatado ese día con lo que me han dicho, o sea entre varias señoras estaban hablando en un centro médico y yo me ponía colorada y escuchaba no más. Me dicen si tú te pones el espiral o la T de cobre te puede venir el cáncer y todo lo demás". (Focus-Group de Carmen de la Legua-Reynoso, Mujeres usuarias de métodos naturales, entre 25 y 40 años)

Las mujeres que dicen "no me cuido con nada", a menudo se refieren exclusivamente a los métodos artificiales, pues sí utilizan de alguna manera el ritmo, aunque de manera poco exacta, "8 días antes y 8 días después" de la aparición de la menstruación.

En relación al ritmo, es sumamente frecuente que sea el hombre quien lleva cuenta de los días en que la mujer es fértil, teniendo como referencia los días cercanos a la menstruación. La frase "el me cuida", que alude bien a este método o al coitus interruptus, se encuentra en muchas mujeres que no tienen una idea

mínima de su ciclo fértil, dejando este conocimiento y control a sus parejas.

"El me preguntaba por la fecha de mi menstruación".

Este es, sin duda, el método más difundido entre la población, y casi todas las mujeres han usado el ritmo o la lactancia materna en algún momento de sus vidas a pesar que, en éste último caso, la evidencia les haya demostrado que no se trata necesariamente de un método efectivo de control.

3.5 Los métodos tradicionales

En relación a los métodos tradicionales, las mujeres de origen amazónico, mencionan el manejo de plantas anticonceptivas, cuyo conocimiento parece quedar restringido a los especialistas, pues deja de ser parte del bagaje de esas mismas mujeres en el contexto urbano. Este desconocimiento genera temores:

"Había plantas para no tener hijos, pero los mismos nativos decían que podías quedar estéril, de miedo no usaba"
(Lina, 38 años, natural de Chanchamayo, 5 hijos, Quinto de Primaria, San Juan de Lurigancho)

Se menciona adicionalmente el uso del limón, en ayunas durante los primeros 3 días de la regla, como anticonceptivo e incluso como una forma de anticoncepción definitiva; su uso parece estar

difundido en algunas zonas de la selva del Perú (Tarapoto). Asimismo, se menciona el hecho que el café cargado, después de tener relaciones sexuales, es un método ampliamente utilizado entre las adolescentes selváticas.

4 ¿Por qué las mujeres no se cuidan?

Entre las razones por las cuales las mujeres no se cuidan, se mencionó básicamente la dejadez y el descuido:

"Quizás era el descuido, nunca me he cuidado... salí de mi hijo, no? y yo lo tuve y desde que dí a luz nunca he ido a la posta, me dicen así que vaya, que me cuide, pero yo digo ya, ya, y me dejo por dejada, yo creo". (Focus Group A.H. Mi Perú - Ventanilla)

Pero también tiene un peso importante la falta de recursos, la falta de información y la resistencia de los maridos:

"Algunas porque no tienen recursos, otras porque sus esposos no quieren, o porque no saben; pero es más porque sus esposos no las dejan. Piensan por un machismo, que por cuidarse va a estar con otro. Mi esposo me dice en broma "ya estás con la T, cuidado que me saques la vuelta" y yo le digo oye ¿qué cosa me crees?" (Vilma, 20 años, natural de Iquitos, 1 hija, Secundaria completa, San Juan de Lurigancho).

5 Las imágenes del hombre y de la mujer

En términos bastante generales podemos afirmar que las imágenes encontradas sobre los hombres y sobre las mujeres perfilan un patrón de relación bastante tradicional de separación nítida de roles y funciones.

5.1 El Hombre ideal

La imagen que se ha logrado recoger sobre el hombre, de parte de las mujeres, es una imagen que le otorga la responsabilidad de procurar los medios económicos para la mantención de la familia.

"El tipo ideal de hombre, es el que se dedica a su familia, que cumple con su esposa, que ve que no le falta nada a sus hijos; el que no se dedica a aventuras...Cumplir con su esposa significa darle su semana, su diario para que pueda cocinar" (Rosario, 20 años, natural de Lima, séptimo mes de embarazo, Secundaria completa, La Raucana-Vitarte)

"Igual, de su casa, dedicado a sus hijos, cariñoso. Mi esposo es así, esta más con sus hijos, es poco de amigos, hace igual el trabajo en la casa que una mujer, no es machista, deberían ser todos así" (Rebeca 31 años, natural de Huancavelica, 6 años en Lima, 4to de primaria).

5.2 ¿Cuál es la imagen que los hombres tiene de las mujeres?, según las mujeres

La imagen que las mujeres piensan que los hombres tienen de ellas es una imagen de una mujer centrada en la familia y las actividades que puede desenvolver en el hogar atendiendo a sus hijos y su marido.

"Que le lave, que le de su comida, que le lave su ropa, que tenga su casa ordenadita. Que le de sus hijos...si están de acuerdo, si van a poder criarlos, tener para la leche, porque los que sufren son los hijos no el papá" (Rosario, 20 años, natural de Lima, séptimo mes de embarazo del primer hijo, Secundaria Completa, La Raucana-Vitarte).

Esta imagen dada expresa con bastante elocuencia en su primera parte lo que las mujeres piensan que los hombres desean de ellas, haciendo una descripción de las actividades y las funciones en términos bastante tradicionales.

5.3 "Mi marido o mis hijos"

En la segunda parte del testimonio anterior, la imagen se desliza hacia los hijos, hacia el tema controversial para las mujeres: el hombre o los hijos. Esto expresa la dificultad de la mujer para convertir el vínculo afectivo de la pareja en el centro de la familia antes de que los hijos copen la escena y se devoren al papá en el mundo afectivo de

la mujer. Los hijos serán el fin y el medio a través del cual se establece un contacto con el marido.

"Porque en un hogar el hijo te hace feliz. Además con mi esposo si no tengo hijos él se sentiría libre para que pueda hacer lo que venga en gana. Además cuando muero para quien queda todo lo que he logrado. El niño necesita el cariño de un padre y una madre. No es igual. Primero son mis hijos. Antes era mi marido. Los niños necesitan cariño, alimentación" (Rosa, 26 años, natural de Huancavelica, 2 hijos, tercero de secundaria, Ate-Vitarte)

Prácticamente en todas las entrevistas realizadas a mujeres sale a flote la predilección o la priorización de la mujer por los hijos antes de que por el marido. Justificando tal opción afectiva a partir de una identificación con quienes sufren y una mayor seguridad afectiva. Esto se expresa muchas veces desde el momento de la gestación.

"..desde que salí en estado ya no he vuelto a tener relaciones con mi esposo. ¿y por qué? porque me da miedo que aplaste mi barriga. Si se aplasta puede salir el bebé con la cabeza mal. Dicen que una puede tener relaciones hasta los ocho meses buscando la posición más cómoda para no hacer daño al bebe...Pero yo no lo he hecho, me da miedo, esperaré dar a luz todavía". (Rosario, 20 años, natural de Lima, séptimo mes de gestación del primer hijo, Secundaria completa, La Raucana-Vitarte).

5.4 La autoimagen de la mujer

La visión que las mujeres tienen de sí mismas es de una persona que sufre mucho, que además de estar entregada a las labores del hogar y no recibir ningún apoyo de parte del marido, tiene que acceder a sus deseos y debe soportar sus celos cuando opta por seguir un método anti-conceptivo.

"....generalmente la que sufre más es la mujer que el hombre, porque el hombre cumple con traerte 20 soles y decirte pues a ver tu ve si cocinas bien o no ese es problema de ellas, ellos no se preocupan en que nosotras tenemos que hacer tantas cosas pagando, no, entonces no digamos hoy no puedo estar contigo porque hoy es mi día fértil, el hombre es machista y te dice, no y porque te cuidas, porque, seguro estás con otro, eso es, o sea el hombre es así, es machista.....(Focus-Group de Carmen de la Legua-Reynoso, Mujeres usuarias de Métodos Naturales, 25 a 35 años)

Esta imagen que las mujeres tienen de sí mismas se refleja en la vida sexual de las parejas limitando sus potencialidades y condicionando las decisiones reproductivas.

5.5 ¿El placer sexual?

Hemos recogido testimonios de mujeres que expresan su dificultad de sentir o simplemente admitir el placer sexual; se trata de un asunto complejo y de no fácil

acceso. Se pasa de una suerte de pícaro pudor en hablar de estos temas a la expresión de la rabia y la resignación que genera una relación que es vivida como desigual, asimétrica. Un hombre goza a pesar de la mujer, la obliga, generando miedo y un sentido del deber que lleva a la sumisión de la mujer.

"...a veces mi hermana viene y me dice "no, que yo estoy con mi esposo y yo no siento nada, yo solamente finjo y lo complazco, ¿no?, pero yo en mi caso no, ¿no?, pero yo le digo "tiene que buscarte el punto G, porque la televisión explica pues, que te busquen el punto G. Yo le fastidio a mi cuñado, le digo "búscales el punto G a mi hermana". Mi cuñado me explica, me dice "de la puerta del cuarto para afuera, tu hermana es perfecta en todo", me dice, "de la puerta del cuarto para adentro tu hermana es una desgracia". Yo pienso que mi hermana muy pronto a los quince años tuvo su primer bebe, se comprometió, se casó, todo hizo su vida aparte, o sea mi hermana no se ha ido a una fiesta, no ha gozado la juventud, en cambio yo sí. Yo de repente, digo, por eso ¿no?. Y además a mi cuñado le gusta tomar bastante, y hay una fiesta, y él se va solo, y mi hermana se queda en mi casa. Entonces mi hermana me dice "no sé por qué", me dice, "no siento nada" me dice. Y yo, como escucho en la televisión, le digo "que te busque entonces el punto G, pues, dice que ahí se siente el placer, en el punto G (risas)". (Focus-Group de Mateo Apostol. Asociación de Mujeres Micaela Bastidas, mujeres no usuarias de servicio 18 a 38 años).

"El hombre exige. Y si en caso rechaza, la mujer rechaza, el hombre al día siguiente va a tomar, regresa y le da una pateadura, ¿no?, porque sí, de alguna manera se vengán. Sí, yo conozco allí a una vecina, le da duro. Entonces yo ya me doy cuenta ¿no? porque es de repente porque la señora está tan preocupada en la economía, en sus hijos, del colegio, de todo eso y el hombre no. Si por A y B la mujer no lo trató cariñosamente, no le aceptó, al día siguiente o al fin de semana que se va ahí a tomar sus traguitos..." (Focus-Group de Mateo Apóstol. Asociación de Mujeres Micaela Bastidas, Mujeres no usuarias de servicio 18 a 38 años).

En pocos casos se rescata la dimensión de placer asociada al control de la fecundidad; son las mujeres más jóvenes y urbanas las que expresan más claramente el propio deseo sexual.

"Es que yo le digo ¿para qué me he ligado? ¿por gusto?. Yo quiero ser feliz con mi pareja. Quiero hacerlo sin ninguna preocupación. Por eso le digo "Antes yo tenía límites; si lo hacía era yo la que sufría las consecuencias; ahora que tenemos libertad, estás cansado"....Yo en un momento perdí el interés. No sé por qué mi esposo es así, parece que no estuviera muy interesado en el sexo, ¿qué puedo hacer?... cuando yo tengo relaciones, a la media hora quisiera volver a tener. Tener 2 veces seguiditas, eso me gustaría; pero él no quiere.... estoy muy intranquila, no sé qué hacer..." (Soledad, 27 años,

natural de Lima, 3 hijos, secundaria completa, Comas).

Entre las mujeres más jóvenes emerge el valor de la comunicación en la pareja como la base sobre la cual construir un hogar sano.

5.6 La imagen de la mujer y el sexo en los hombres

Sobre las relaciones entre el hombre y la mujer vista desde los hombres llama la atención las observaciones sobre el carácter reservado, no explícito de comunicación de las mujeres para expresar sus deseos:

"Las mujeres no se expresan de forma verbal, así "yo quiero tener...", digamos tienen una forma de comunicación digamos gestual, a través de las miradas, que te da a entender, o sea se te pone un poco cariñosa con la mirada, se te insinúa. Te deja que lo hagas. Si bien no hay una verbalización de su deseo. A veces las mujeres no te lo dicen directo porque son más reservadas, pero ellas a veces dan a entender porque son más cariñosas, comienzan a agarrarte, poco a poco, entonces uno comienza a subir la temperatura.(Focus-Group Los Olivos)

Esta manera de ser no necesariamente esta desprovista de intereses e intencionalidades:

"Las mujeres van por el dinero, por el interés...."

¿Eso te lo dicen?

Si, las mujeres no hablan, te miran de pies a cabeza. ya tú sacas tu cuenta; te preguntan "dónde vives", "cómo te ganas la vida"; después te dicen, "vamos a conocer tu casa, llévame a conocer tu casa" (Juan, 23 años, natural de Huancayo. Vive en Lima hace tres años, es padre soltero).

5.7 Las relaciones sexuales y los hombres

Cuando se comenta sobre la frecuencia y el goce en las relaciones sexuales aparecen los temores de no poder sostener un ritmo intenso que fácilmente pueden derivar en fantasías de infidelidad e impotencia:

"...siempre es malo acostumbrarle a la mujer a darle todos los días. Compadre llegas a tu edad en que ya no vas a poder dar uno, y la mujer está acostumbrada a ese ritmo, y ahí vienen los cachos". (Focus-Group Los Olivos)

Existe también la idea de que el hombre es el que tiene mayor desgaste en las relaciones sexuales.

"Cuando uno hace relaciones el más agotado es el hombre, porque el hombre es el que lleva la mayor fuerza". (Focus-Group de hombres de 18 a 28 años, Los Olivos).

Se considera incluso que esta forma de ser responde a la naturaleza propia del varón:

"El hombre por su propia naturaleza es el que más anhela, la mujer en cambio es más manipulada, "hay que calentarla". Los casos de adulterio y de abandono son más frecuentados en el hombre. Así es y será para siempre. Esta es una vara de medir. El hombre se casa y le echa llave a la mujer. Se va al restaurante, a dar una vuelta, a buscar emoliente y así tiene que seguir enamorando". (Augusto, 37 años. Natural de Lima)

5.8 La mujer vista por los hombres

Una imagen frecuente de los hombres sobre la mujer es aquella que alude a la debilidad y la sensibilidad de la mujer así como al hecho de ser caprichosa y engreída. Estas características que llaman a la protección, al engreimiento y a la preocupación de los hombres por contar con los recursos económicos pertinentes refuerza un tipo de relación que impide una comunicación adecuada para tomar decisiones compartidas.

"..también vemos que la parte débil en un hogar es la mujer. En cambio el hombre es la parte más agresiva, podemos decir, ¿no?, la parte dominante. En cambio la mujer no pues, la mujer es algo sensible, que siempre se debe engreir, se debe cuidar, para qué, para

cuando, o sea una persona, una pareja le engríe a su mujer, la mujer le engríe ¿no?, lo engríe, lo imita, pues".

"Ahora se ve que la mujer también ve el interés ¿no?, el hombre que tenga solvencia, porque si es que no tiene solvencia para qué ¿no?, porque una mujer también es un poco caprichosa, o sea buscan un hombre que les de esos caprichos". (Focus-Group de hombres de 18 a 28 años, Los Olivos)

Las imágenes que colocan a la mujer sobre un doble plano, de una probable, hipotética y peligrosa ventaja en el terreno sexual de un lado y por otro de una consideración de su debilidad configuran aspectos centrales de la fascinación que encuentra el hombre por la mujer pero que también impiden que el hombre encuentre un plano de igualdad con ella, condición esencial para lograr una estabilidad dentro de la familia y tomar decisiones cruciales de la vida reproductiva.

6 Sobre la Calidad de los Servicios.

6.1 La imagen de los servicios

Los usuarios de servicios de Planificación Familiar tienen una apreciación bastante crítica sobre los servicios públicos que se brindan desde centros de salud y hospitales del MINSA. Esto estaría reflejando la tradición de maltrato y mala calidad en la atención de los usuarios de parte de los servicios públicos, así como una tradición de uso de agentes y recursos tradicionales de salud como curanderos, plantas, etc. en esta población. Los servicios privados sin fines de lucro como INPPARES y ATLF son, por lo general entre la población entrevistada, mejor considerados pero mucho menos conocidos.

La percepción que las usuarias de métodos nos han referido sobre los servicios públicos es que los doctores imponen los métodos artificiales y tienen escasa consideración a la opinión, los temores, las inquietudes y los malestares de las usuarias:

"siempre cuando uno va y le dice al doctor, "doctor siento molestias", el te dice, "siempre es así, los dos primeros meses como es cosa extraña que tu no conoces, tiene que adaptarse a tu cuerpo, el aparato, sí así va a ser el primer mes". Hay veces no quiere sacarlo porque te dice "porque te voy a sacar, con que te vas a cuidar". Te quieren engañar siempre, "póngame la inyección, me lo puede sacar porque no quiero".

Otra usuaria interviene contando la opinión del médico : "no pues porque uno se lo pone gratis y ustedes al siguiente mes ya se lo quieren sacar, no pues". Se molestan a veces a uno (como nosotras) nos choca".(Focus-Group Carmen de la Legua-Reynoso. Usuarías de métodos naturales de ATLF)

Las usuarias perciben no sólo actitudes sino discursos y prácticas que son considerados una imposición

"Cuando vas allá te dicen que tienes que cuidar, que la planificación, en el mismo hospital viene la Asistentista Social y te citan, vienen tal día, tal día y te citan. Tienes que cuidarte no puedes tener hijos así seguidos, la cuestión económica".

(Esto te lo dice) cuando tienes que dar a luz, la obstetriz que te ha visto tu embarazo, ni bien das a luz vienen donde ti, te explican, te hablan...

y te dicen además también porque si sales embarazada, mira tus niños no salen normales, no por lo que tu herida no está cerrada bien por dentro y otro niño que tengas tanto te haces daño tú como haces daño a la criatura porque en esa herida no debe crecer, pasando dos o tres años deben tener una criatura, bueno eso es lo que explican y nos incentivan también a cuidarse..."

(Focus-Group Carmen de la Legua-Reynoso. Usuarías de métodos naturales de ATLF)

"En el hospital que yo dí a luz para recoger el certificado de nacimiento tienes que pasar primero por la Planificación Familiar, tienes que tener todo para poder reclamar el certificado sino no te dan. Más te obligan a ponerte

la T de cobre, dicen que es más seguro, ahora es así" (Focus-Group Carmen de la Legua-Reynoso. Usuarías de métodos naturales de ATLF).

Para algunos jóvenes los temas vinculados a los servicios de planificación familiar no les son del todo ajenos aunque reconocen muchas limitaciones para acceder al conocimiento sobre los métodos y a la utilización de los servicios.

"La primera vez que escuché sobre métodos fue en el colegio, después en la T.V..

¿Ahora todos saben?

Es poca gente la que sabe de los métodos; pero me imagino que la mayoría es la que ha escuchado, porque ahora en la T.V. también hablan" (Juan, 23 años, natural de Huancayo. Vive en Lima hace tres años, es padre soltero).

"Hay una posta, pero por lo general yo no voy. Salvo una emergencia. Me da roche ir a la posta para informarme sobre métodos. Si me caso o vivo con él ya voy a informarme" (Pina, 20 años, 1 hijo, sin pareja estable, Usuaría de métodos, secundaria completa).

6.2 La importancia del médico

Sobre los servicios se pone en evidencia en las entrevistas en profundidad la centralidad del especialista para consultar sobre los métodos más adecuados. Se identifica al especialista antes que la institución. La "fe" en la institución depende de la confianza que haya podido generar el médico

especialista en la experiencia directa o de una persona allegada:

"Siempre he dado en el hospital de Bravo Chico, y tengo más confianza y fe en ese hospital. En el hospital de Vitarte no, como mi tía se atendió ahí, y no le hicieron botar la placenta, al día siguiente se le hinchó la barriga. Yo pienso que a veces los médicos pueden ser principiantes, no sé (Lorena, Vitarte)

6.3 Los servicios y la anticoncepción

Los servicios brindan información adecuada sobre métodos anticonceptivos, mas desorientan en los temas íntimos y de sexualidad.

Existen evidencias de propuestas de métodos como la T en clínicas o hospitales inmediatamente después de dar a luz y de rechazos, negativas, hasta fugas de clínicas por sentir que se trata de una imposición.

En Canta nos refieren que durante el último año, cada mes, dan charlas sobre las píldoras y la T de cobre, de cómo cuidarse. A pesar de ello la entrevistada no cree en la planificación Familiar. Falla la estrategia de persuasión, al no tomar en cuenta la idiosincracia de las personas.

En cuanto al servicio de algunas instituciones privadas se señala que debe dar más consejos a los hombres; "ellos no se preocupan. Raros son los que preguntan, o dejan que sus esposas vengan". Los servicios estarían reforzando la idea que es la mujer quien tiene la principal responsabilidad por la planificación de la familia, no en términos de decisión sobre su vida o su cuerpo sino en términos de obligación.

III LAS INSTITUCIONES

El estudio comprendió a dos instituciones que expenden servicios de planificación familiar INPPARES y ATLF. Para conocer su estrategia de intervención, su metodología de trabajo y su dinámica institucional en relación a los servicios realizamos entrevistas a los principales directivos, a los coordinadores, supervisores, instructoras, médicos y promotoras; se hicieron observaciones al trabajo de difusión y educación en Lima y Canta, y a la relación entre los usuarios y el personal, así como de los locales que ofrecen el servicio. A continuación exponemos las conclusiones de este trabajo.

1 INPPARES

1.1 La Estrategia Institucional

A continuación exponemos la estrategia de INPPARES a partir de las entrevistas realizadas a sus directivos.

En la actualidad la institución se encuentra en pleno proceso de cambio e implementación de nuevos ejes de trabajo. Esta situación es sumamente útil porque deja en evidencia lo que la institución preveé para el futuro; pero resulta algo insuficiente, por ahora, para tener una apreciación sobre la bondad de los planes, dado que poco o muy poco se ha avanzado en su aplicación.

Cuatro ejes principales definen la estrategia de INPPARES para los próximos años:

- La cuestión de género
- La Clínica PATRES.
- El programa de Jóvenes y
- La proyección a la comunidad (clínicas comunitarias).

a. La cuestión de Género.

INPPARES se plantea una estrategia interesante con la incorporación de la perspectiva de género en los servicios, trabajando el tema en la capacitación a los médicos y al resto del personal e introduciendo paulatinamente mujeres medicas para la atención en los servicios. Se plantea la importancia de ampliar las posibilidades de elección de métodos, incidiendo en su calidad y pertinencia para las características de la población usuaria. La propuesta de alcanzar sectores rurales requiere que se realicen estudios muy específicos para adecuarse a las necesidades

b. La clínica PATRES

Está diseñada para representar lo más avanzado, desde el punto de vista tecnológico, en la atención de la salud reproductiva para hombres y mujeres (infertilidad, menopausia y anticoncepción) y para convertirse en un centro de atención médica para toda la familia (incluye pediatría y otras especialidades). Cuenta con un local amplio en la

sede central de INPPARES en una zona bastante residencial del distrito de Jesús María. Apunta a ampliar y diversificar el servicio y pasar de ser una clínica, donde se aplican métodos anticonceptivos artificiales (aquí también se propone ampliar la gama de los métodos), a ser una que pueda brindar todo tipo de servicios a los miembros de la familia. En este sentido se trata de desarrollar un concepto de salud integral para la familia.

Su público objetivo está configurado por un sector del mercado con un poder adquisitivo medio-medio y medio-bajo. Aunque conviene precisar que si bien las tarifas de PATRES son significativamente más altas que las de las clínicas comunitarias del mismo INPPARES (13 soles contra 3 soles respectivamente la consulta), constituyen una oferta muy atractiva para el público al que se dirigen.

c. El Programa de Jóvenes

Este es un programa relativamente nuevo que se dedica a ofrecer consultas médicas, orientación en anticoncepción, sexualidad y paternidad responsable. Este programa desarrolla varias estrategias:

- trabajo y formación de líderes juveniles
- proyección hacia los colegios
- Estudios e investigación sobre la problemática juvenil

-Producción de audiovisuales con fines educativos (actualmente se esta trabajando la temática del abuso sexual)

-El programa brinda asesoría a instituciones y profesionales que trabajan con jóvenes.

Este programa funciona básicamente en el local central de INPPARES. Se tiene prevista y se ha empezado a aplicar una línea de ampliación del programa a través de las clínicas comunitarias y en las sedes de INPPARES en provincias. Se cuenta con los servicios de una profesional que ofrece charlas en los colegios de las zonas donde están ubicadas las clínicas comunitarias.

d. Las clínicas comunitarias

Para promover la difusión, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, en las poblaciones urbano marginales de Lima, INNPARES ha establecido Clínicas Comunitarias en zonas estratégicas; éstas se encuentran articuladas a la Dirección del Programa Atención Comunitaria en Planificación Familiar (PACFC) que tiene su sede en Balconcillo. El Programa se encuentra bajo la Dirección General de la Dra. Zulema Gambirazio. Esta Dirección es la responsable del buen funcionamiento de las Clínicas Comunitarias y del trabajo de difusión y educación. La Dirección se apoya en las Supervisoras Distritales, éstas a su vez, dirigen a las supervisoras zonales que tienen la responsabilidad de los locales y de la atención a los usuarios en las clínicas comunitarias. En cada uno de

estos establecimientos hay 2 supervisoras zonales, una obstetriz, y un médico; las supervisoras zonales son responsables de la administración del local, de los archivos, del abastecimiento de métodos anticonceptivos, y del control de los recursos.

La Dirección del Programa, cada semana visita un Distrito para suministrar materiales a las clínicas comunitarias y a las postas que funcionan en las casas de las promotoras; además hace un trabajo de difusión del servicio mediante el perifoneo y el reparto de volantes por zonas aledañas al establecimiento; simultáneamente las promotoras frecuentemente distribuyen volantes, y pegan afiches en las calles para atraer una mayor clientela. Por otro lado coordinan con las organizaciones de base y con los colegios para la realización de charlas educativas a cargo de personal especializado que viene de la Dirección del Programa.

Las Clínicas Comunitarias de INPPARES, con más de un año de funcionamiento se encuentran en Chosica, Ate Vitarte, El Agustino, y San Juan de Lurigancho; con menos de un año están en Los Olivos, Ventanilla, Comas y Villa Los Reyes en la Panamericana Norte. En todas ellas se brindan servicios de consejería en planificación familiar, servicios médicos, consultas gineco-obstetras, papanicolaou, aplicación de métodos anticonceptivos y venta de pastillas, condones al público en general.

LOS SUPUESTOS

Estas prioridades institucionales ponen en evidencia una estrategia diversificada que combina tres aspectos centrales que están en la base de la política institucional:

a. La atención de necesidades propias de la institución para su desarrollo y sostenimiento dados los cambios en las orientaciones de las contrapartes (Una meta para el 95 es autofinanciarse hasta el 45% o 50% del presupuesto global, hasta este año se ha logrado autofinanciar el 39% del mismo).

b. La necesidad de potenciar la clientela diferenciándola de acuerdo a los sectores sociales de intervención y a los grupos de edad.

c. La incorporación de actitudes, valores y comportamientos que tratan de convertir a la institución en un ente con identidad propia guiada con criterios empresariales, antes que una entidad intermediaria guiada por criterios asistenciales.

1.2 El servicio de las clínicas comunitarias

La calidad del servicio no es excelente, pero tampoco es mala; sin embargo existen hechos, detalles, y elementos que pueden resultar anecdóticos o excepcionales pero que, vistos en su conjunto, son susceptibles de convertirse en un peligro y comenzar

a resquebrajar el éxito y la eficacia del programa. A continuación presentamos los resultados de nuestra observación a los aspectos que comprende la oferta de los servicios. No se trata de una evaluación, sino simplemente una mirada para comprender cómo funcionan y cómo se ofrecen los servicios, cuál es la mentalidad y las actitudes de los ofertantes en relación a los usuarios.

a. La ubicación: Las clínicas comunitarias se encuentran bien ubicadas, están en zonas de gran circulación vehicular y peatonal, lo que les permite ser vistas diariamente por mucha gente. Sin embargo, hay problemas con algunas de ellas. La de San Juan de Lurigancho y de Los Olivos, se encuentran en las avenidas más importantes de ambos distritos; pero en zonas despobladas, donde el único foco de atracción existente, son las clínicas y al no haber otro servicio, queda limitada la afluencia y la diversificación del público. Entonces, cuando los usuarios llegan a estas zonas, lo hacen exclusivamente para dirigirse a las clínicas comunitarias, lo que significa, para el usuario, un costo adicional de tiempo y de dinero. No obstante la mala ubicación de la Clínica de San Juan de Lurigancho, el promedio diario de atenciones es más alto al de las demás clínicas; pero esto se debe a su antigüedad, ya tiene 4 años funcionando en el mismo lugar, y a la estabilidad de su personal; desde su

fundación a la fecha sólo se registró el cambio de una supervisora zonal.

b. **La organización del local:** Todos tienen la misma estructura. Cuentan con una sala de espera, un espacio para la recepción, sala de consejería, consultorio médico, y baño. Los ambientes están separados mediante el sistema de tabiquería. La organización del local es adecuada para la ejecución de la metodología de trabajo; sin embargo presenta problemas. El local más crítico es el de Vitarte, está prácticamente en medio de un mercado informal. Lo positivo es que se encuentra en una zona muy concurrida; pero que no tiene las condiciones físicas como para garantizar un mínimo de privacidad. La sala de espera es tan pequeña que apenas pueden sentarse 3 personas y las demás prácticamente esperan en la vereda; no tiene baño y el consultorio médico puede ser visto desde la calle. El local realmente no es nada agradable. El problema común a todas las clínicas comunitarias, es la falta de privacidad. Las conversaciones se escuchan de ambiente a ambiente, debido a la fragilidad de la tabiquería y por su colocación a media altura, muy separada de la bóveda. Como solución, en algunas clínicas se ha introducido el funcionamiento de televisores o de radios, que resuelve parcialmente el problema. El otro problema es que las salitas de consejería, si no funcionan como depósitos, tal como sucede en Comas y en

Vitarte, simplemente no son usadas, y la información que debe darse en consejería, se da en la recepción.

c. El exterior de las Clínicas Comunitarias no presenta una imagen que pueda ser fácilmente identificable como un local que expende servicios de atención médica; el cartel de INPPARES, no es suficiente. Todas las señoras del focus group de Mi Perú en Ventanilla no conocían INPPARES, no sabían de qué se trataba, ni dónde quedaba, a pesar que muchas de ellas diariamente pasaban por el local en su viaje hacia Lima. Esto mismo pudo comprobarse en las entrevistas con las no usuarias. A la pregunta a dónde buscar información sobre los métodos siempre señalaban al hospital, a los centros médicos o a las postas, pensando en las del Ministerio de Salud. Por otro lado, el interior de los locales requiere mejor iluminación y decorado, para tener un mejor atractivo; y al mismo tiempo puede ser mejor aprovechado en la medida que presente mensajes educativos en las paredes, y haya folletos, revistas y todo tipo de material que posibilite una lectura rápida y entretenida en torno a los métodos de planificación familiar.

d. El horario de atención: es de lunes a viernes de 9 a.m. a 6 p.m. El problema que enfrentan la mayoría de las clínicas es que el personal médico llega demasiado tarde, a veces hasta con una hora de retraso. Hay una mayor demanda por parte de las

mujeres, de los servicios en el turno de la mañana, posiblemente porque en ese horario están libres del marido y de los hijos que se encuentran en el trabajo y el colegio.

En algunas clínicas, como en San Juan de Lurigancho, se observó que la atención en la mañana lo hacía la obstetriz y en la tarde el médico; en este caso, la obstetriz atendía un promedio de 16 pacientes por día, mientras que el médico sólo llegaba a 9. La diferencia no tiene relación con el servicio del profesional, sino con el turno. En relación al médico de este establecimiento, una usuaria nos decía lo siguiente: El Dr. "es bien delicado, otros son bien toscos....Yo prefiero a los doctores, las mujeres son muy toscas, la obstetriz (que atiende en la mañana) también es tosca" ⁽²⁾ En las demás clínicas, no se encontraron preferencias por el género del médico; para las usuarias, al parecer, lo más importante es recibir un buen trato.

e. La capacidad instalada de los establecimientos observados está siendo usada, en promedio, por debajo del 50%. De acuerdo a los cálculos del personal, las clínicas pueden atender diariamente un máximo de 40 personas.

(2) Entrevista a profundidad a la señora Betsy usuaria del Servicio, de INPPARES en San Juan de Lurigancho.

f. Las relaciones entre el usuario y el personal:

Como no funciona regularmente el servicio de consejería, las promotoras prefieren orientar y resolver preguntas de las usuarias en la recepción. Pareciera que por tratar diariamente problemas íntimos de las mujeres, las promotoras piensan que éstos son temas colectivos que pueden ser comentados abiertamente ante la presencia de otras personas. Esto pudo observarse claramente en Vitarte, en Comas, en San Juan de Lurigancho. (Ver el informe de observación "atención de la supervisora local a una usuaria").

-El médico no brinda la anunciada explicación profunda y detallada, que prometen tanto el programa, como la promotora.

-El personal médico y las promotoras de INPPARES mayoritariamente prefieren recomendar y promover la T de cobre. Hay una intención por estandarizar el servicio alrededor de dicho método y de hacer recomendaciones, sin conocer previamente la especificidad de la situación y de los problemas que tiene cada usuaria y su pareja. Al respecto, es interesante observar el diálogo entre la supervisora local de la clínica San Juan de Lurigancho y una señora que llega en busca del servicio: ésta se muestra al llegar tan desconfiada e insegura por la naturaleza del método, por los efectos que le puede causar, que hace una variedad de preguntas que la

supervisora no responde adecuadamente y que más bien trata de resolver el asunto en un sentido comercial y de la manera más rápida.

g. Se privilegia la relación con las mujeres maduras que se encuentran entre los 25 y 35 años, descartando a las mujeres menores y menospreciando o marginando a los hombres.

Una posible explicación de este hecho es que en el grupo de las mujeres maduras se encuentra la mejor posibilidad para colocar la T de cobre y para realizar las ligaduras de trompa, con lo que la eficacia de los programas tendría mayor calificación, en tanto el tiempo protección-pareja aparecería mucho más extendido que con el número de condones, y pastillas suministrados o por el número de menstruaciones registradas por mes.

Detrás de esta evidente intención por lograr metas, también se esconde una motivación económica, ya que por cada T colocada o por cada ligadura, habrán porcentajes de utilidad para las supervisoras zonales, supervisoras locales y promotoras. Tratar con mujeres que tienen parejas irregulares, solteras o simplemente jóvenes, o con hombres que no aceptan la vasectomía, resulta siendo un "mal negocio" para la institución, como para su personal.

h. La relación entre el personal y los usuarios: El encuentro entre promotoras y posibles usuarias de métodos, en algunos casos, se inicia con un diálogo cortante y demasiado directo. De la pregunta por el número de hijos, se pasa, inmediatamente, a recomendar el uso de la T de Cobre y/o la ligadura de trompas. Esto se pudo observar en la campaña de difusión del servicio en los asentamientos humanos de Belén, Jerusalen y Santa Margarita ⁽²⁾ y en algunos establecimientos, como en el de San Juan de Lurigancho; aquí pudimos observar la explicación sobre métodos, efectuada en la recepción, apróximadamente la promotora empleó 3 minutos, de los cuales 2 fueron dedicados a la T de cobre. En este diálogo no se pregunta las motivaciones por limitar o no el número de hijos, no se indaga por la salud de la mujer, si tiene pareja estable o no, qué ha escuchado de los métodos, de manera que se logre intentar un abordaje más real de la problemática de la usuaria. Esto es válido tanto para las supervisoras como para los médicos y obstetricas, que podrían utilizar mejor el espacio de intervención - privilegiado, por cierto- en la esfera reproductiva de las personas. El asunto es que al tener a la mujer que llega decidida a usar un método, sin más análisis, ni evaluación preliminar se pasa a ofrecerle la T de cobre, se le cobra inmediatamente

Ver informe de observación del trabajo de difusión del servicio por INPPARES en los asentamientos humanos de Jerusalen, Belén y Santa Margarita, 29-09-94

el precio de la consulta y del método y sólo se le consuela señalándole: "antes de ponerte la T, la doctora te va examinar" "¡Te va proteger por 7 años!" "te va a ir bien" ⁽³⁾. Las salas de consejería no se usan; y es prácticamente la promotora la que decide la colocación de la T de cobre. La usuaria paga y el médico coloca el método si es que no encuentra inconvenientes tangibles.

i. Autoimagen del equipo: Los que ofrecen el servicio señalan que todo el equipo es importante. La promotora, porque consigue a las usuarias; la inspectora, porque ayuda a decidir la aplicación de un método y; el médico, porque explica a profundidad el método y lo coloca. En esta división del trabajo consideran que la clave está en el buen trato. La Supervisora María Castañeda de la Clínica de INPPARES nos contaba en la entrevista:

"La clave para atraer al público está en la manera de atender. En el trato. Las señoras vienen y preguntan con qué método puede cuidarse o sobre sus problemas de retraso de la regla; nosotros les escuchamos con mucha paciencia. Les damos consejería. Es ahí donde se les habla de todos los métodos, y luego se les hace pasar al médico. Nuestra atención es diferente a la atención del hospital. Aquí

escuchamos a la paciente. No le contestamos "si', "no"; les explicamos". (4)

Más adelante esta misma persona dice que enamora a las pacientes acariciando a sus bebés, etc. Evidentemente se trata de una autoimagen de éxito y logro muy elevado; que no se encuentra en las supervisoras de otras zonas como de Ate Vitarte por ejemplo, donde no logran ganar la confianza de las usuarias a tal punto que algunas prefieren dar direcciones falsas por algún temor, o por alguna sospecha que despierta la clínica de INPPARES. (5)

Sin embargo, hasta donde se ha podido observar en todas las clínicas, el médico no explica, o explica poco y el servicio de consejería no funciona. Esto no quita que en algunos casos sí haya un interés genuino por entender la problemática de la usuaria y de establecer con ella un proceso de reflexión sobre lo que le ocurre -como en el caso de molestias asociadas a los métodos, por ejemplo.

En cuanto a su competitividad. Los miembros de INPPARES no se sobreestiman; pero tampoco se subestiman. Para el Dr. Hugo Calle, "los servicios

Entrevista a la supervisora María Castañeda. INPPARES, Clínica de El Agustino. 29-09-94.

El problema de las direcciones falsas, pudimos comprobarlo, cuando tratamos de ubicar a 12 señoras, usuarias de métodos; de éstas, 4 direcciones eran falsas. Vitarte, 12-10-94.

son de calidad aceptable. El personal que trabaja en INNPARES está actualizado en todo lo que es anticoncepción, esto permite llevar ventaja en la atención"⁽⁶⁾.

j. La imagen de INPPARES sobre el público objetivo

La imagen de INNPARES sobre el público objetivo es consensual en su discurso, no obstante se perciben algunos matices, determinados por la imagen personal que individualmente han ido construyendo sus integrantes antes y durante su paso por INNPARES. La imagen de la mujer de los asentamientos humanos, es la de una mujer pobre, sucia, sin educación, que no conoce su cuerpo, que menosprecia su salud, sin capacidad para tomar decisiones, y totalmente dominada por el hombre. A los esposos se les ve como machistas, radicalmente opuestos al uso de los métodos por parte de sus esposas.

Se percibe que las mujeres de los asentamientos humanos no tienen educación sanitaria ni sexual, lo que seguramente corresponde a la realidad, pero al ser generalizado y estereotipado como visión hace que se las trate con cierto desprecio. No se intenta, en todo caso, alterar esta situación brindando información dirigida a que las mujeres tengan un mayor control sobre su cuerpo.

Una de las supervisoras encontraba que era más fácil trabajar con las mujeres de los asentamientos humanos de este distrito; comparándolas con las del Agustino, decía que en Ventanilla" es más difícil trabajar con esta gente; pero es más fácil que te obedezcan"Porque "esta gente llega con muchas creencias, pero después entran en razón"⁽⁷⁾. En otras palabras la dominación como opción y recurso, es preferible a la educación y al convencimiento, cuando las mujeres son consideradas como menores de edad, y que sólo deben obedecer.

Se menciona también que "las mujeres analfabetas no pueden decidir por sí solas, qué métodos usar; al final ellas mismas preguntan "usted qué me aconseja", o si no te dicen "no sé qué dirá mi marido"⁽⁸⁾; es decir, ante una realidad que sugiere incapacidad para tomar decisiones, sólo queda decidir por ellas, darles la órden. Peor si son mujeres pobres y de bajos niveles de educación; éstas no tienen libertad para decidir. Esta estrategia, entendida dentro del logro de metas propuestas, funciona, pero refuerza una serie de características en las mujeres que se traducen en un escaso control sobre sus vidas. En otras supervisoras, se encuentra una inclinación por respetar las decisiones de las usuarias. Y en los

Ver informe de observación del trabajo de difusión del servicio de INPPARES en los asentamientos humanos de Jerusalen, Belen y Santa Margarita, 29-09-94

Entrevista a Beatriz López, Obstetrix. Clínica comunitaria de los Olivos de INPPARES. Los Olivos, 30-09-94

médicos hay un discurso común, que claramente expresa la siguiente cita:

"La gente tiene muchos conceptos equivocados acerca de los métodos; sin embargo, a pesar de su ignorancia, se les debe informar adecuadamente para que escojan y apliquen el método que mejor les convenga. Se les debe informar poniéndoles las ventajas y desventajas, de cada método. La mayoría viene con una idea preconcebida acerca de algún método" ⁽⁹⁾

Sin embargo todos los médicos, las obstetrices y las promotoras, se inclinaron por señalar que el método más recomendable, si no hubieran contraindicaciones, es la T de cobre. Y esto es justamente lo que se ofrece de manera principal y en la primera oportunidad que pueda presentarse.

La imagen de la mujer, víctima de sus propias creencias, es tal vez la más fuerte en INPPARES. "Las mujeres tienen muchas creencias, dicen haber escuchado, que hay mujeres que mueren de cáncer por haber usado la T de cobre" ⁽¹⁰⁾.

Un Dr. señalaba que:

Entrevista al Dr. José San Martín Clínica Comunitaria INPPARES, Los Olivos, 30-09-94.

ibid

Las mujeres "tienen muchos hijos por la ignorancia o por esa creencia que dice: "debemos tener los hijos que Dios nos manda", eso es irracional pero se ve todavía.

"El problema son las creencias que existen en la gente. Creen que la T produce cáncer, que se va inscrustar, que enflaquece. El problema es que reciben información de gente ignorante. Pero a pesar de toda la mala información, la gente está viniendo solita, en busca de los métodos anticonceptivos"⁽¹¹⁾.

En muchos casos, la misma experiencia de las supervisoras confirma los "mitos y creencias" que atribuyen a la población, dentro de los cuales los más frecuentes son transtornos "nerviosos" debidos a la píldora, y la inflamación o molestias producidos por la T de cobre. Sin embargo, se disocia esta experiencia de un discurso institucional sobre la planificación familiar que resalta básicamente las virtudes como una estrategia de convencimiento. Así, se resume la actitud de las usuarias en frases como: "ellas creen que la T les da más sangrado", o "ellas dicen que les da dolor de cabeza".

Entrevista al Dr. Hugo Calle Clínica Comunitaria de INPPARES. San Juan de Lurigancho, 19-10-94

Respecto a los jóvenes y adolescentes de los sectores populares, en realidad poco se sabe de sus actitudes, creencias, temores, necesidades y aspiraciones; pero están haciendo estudios, y videos orientados a prevenir los abusos sexuales; sin embargo, hace falta una estrategia que permita llegar a este sector considerando su problemática general y su educación integral.

k. El Programa compromete muy débilmente a los hombres

Para INPPARES parece, en la práctica, tener poca importancia informar de los métodos a los hombres; esto pudo ser percibido en el trabajo de difusión del servicio en los asentamientos humanos de Belén, Jerusalen y Santa Margarita.

El informe de observación señalaba lo siguiente:

"En el camino el personal entregaba propaganda de manera preferente a señoras maduras (25-45 años); pasaban por alto a las mujeres jóvenes; no se fijaban en las adolescentes y mucho peor en los hombres. Cuando uno de los observadores les sugirió que entregasen propaganda a un grupo de hombres que estaban alrededor de un taller de cerrajería (estaban los cerrajeros y sus clientes); entonces se detuvieron y llamaron a uno de ellos: "oye, toma para que te enteres" le dijeron entregándole un volante muy pequeño; no se detuvieron a explicar los alcances del servicio de la clínica como sí lo hacían con las

señoras maduras. Más adelante la camioneta alcanzó a un hombre apróximadamente de 30 años; y entonces a través del parlante se le llamaba: "señor, señor, ey. oiga...(la persona seguía caminando sin dirigir su mirada al carro)..; le anunciamos que tenemos la Clínica Villa Los Reyes en donde se brindan los servicios de vasectomía....también se venden condones, ja,ja". Cuando se encontró un segundo grupo de hombres. El carro sobrepasó y entregaron un par de volantes. Otra vez no se detuvieron a explicar qué hacía IMPARES". ⁽¹²⁾

1. La imagen del personal de INPPARES respecto a los métodos naturales:

La promotora del Agustino nos decía:

"Los métodos naturales está bien para la gente pituca, que tienen muchacha para todo y que tienen tiempo para verse la temperatura, el moco servical, que tienen su dieta. Pero aquí es difícil... ¿cómo distinguir moco servical con el descenso?.... Para usar estos métodos es necesario la comprensión del marido; y aquí no puede haber....las mujeres sin instrucción tienen miedo hacen lo que les dice el esposo o la suegra....La vez pasada casi nos pegan unos esposos, vinieron a gritarnos diciendo que sólo las mujeres mañosas se cuidan, y que nosotras estábamos señalando los trucos a sus mujeres para no tener hijos...La

mujer mañosa puede estar con cualquiera
y no se embaraza"

m. Promotoras con conocimientos muy elementales

Se observó en las promotoras pocos conocimientos en torno a la anatomía y al funcionamiento del cuerpo humano, a la salud integral de la mujer; las promotoras son concientes, en muchos casos de esta situación. Una de las supervisoras nos decía que cuando los usuarios preguntaban por su sexualidad y si no tenían la suficiente información entonces recurrían a explicaciones poco serias; por eso nos decían cuando se encontraban en estas circunstancias que: "como sea salimos del paso, tratando de darle alguna respuesta".⁽¹³⁾

n. El trabajo con los jóvenes es muy débil

En la mayoría de las entrevistas de hombres y mujeres, así como los testimonios que salieron de los focus group se pudo percibir que los jóvenes se embarazaban por falta de información; algunos informaron que en sus colegios habían recibido charlas educativas, pero que no le dieron importancia o no habían entendido. INPPARES conoce esta realidad; pero el programa con jóvenes no responde con una estrategia de mayor ofensiva. En cierto modo espera que los jóvenes busquen a INPPARES en su local central, donde sí funciona la atención médica y la

consejería pero para una población básicamente de clase media. Tal como está planteada la metodología de trabajo, las clínicas son un mecanismo clave, para llegar a la comunidad, pero no para atraer a la juventud; para que esto suceda hace falta un cambio en la estrategia, en la que se considere a la clínica, como una base de apoyo, de carácter secundario y que la fuerza del trabajo principal, se concentre en reuniones por manzanas, con jóvenes y adolescentes, tanto con hombres y con mujeres. De haber mayor información para los jóvenes de hecho se retardarían los embarazos; y obviamente el número de hijos sería menor.

La observación de una de las charlas a jóvenes en colegios revela un inadecuado abordaje y acercamiento, al no establecerse un contacto real con los jóvenes ni sus intereses; más bien, se reproducen mensajes estereotipados y confusos, culposos en algunos casos, sobre la sexualidad adolescente. Este tipo de intervención ameritaría el uso de una metodología más provechosa, de mayor duración y con posibilidades de profundizar en los contenidos.

ñ. Hay problemas de abastecimiento:

Durante el proceso de recolección de información pudimos notar el problema de desabastecimiento en la mayoría de las clínicas de INPPARES. Casi en todas se

quejaban por la falta de condones. La cuota era muy baja y no había Norplant.

o. Las clínicas tienen poca publicidad

Como ya hicimos referencia, las clínicas tiene muy poca publicidad. El cartel con el logo de INPPARES no es suficiente, porque poco se relaciona a INPPARES con salud y con métodos anticonceptivos. Por lo que se ha podido percibir en nuestras entrevistas y en los focus group es que INPPARES tiene un perfil muy bajo entre los sectores populares. El personal de las clínicas piensa que basta con poner más carteles y difundir más afiches; cuando el problema, identificado por muchas de las supervisoras, es pasar al uso de los medios masivos de comunicación. La idea de hacer uso de la TV, y de las emisoras nacionales para difundir mensajes educativos y de las radios locales, para difundir los servicios y la dirección de las clínicas, despierta reacciones diversas en INPPARES, en los directivos, cierta hilaridad ⁽¹⁴⁾; mientras que en las supervisoras se siente como un reclamo y una necesidad.

p. Malestar en el personal

El malestar en el personal de las clínicas comunitarias se debe a los bajos salarios tanto a los profesionales como a las promotoras zonales. No

Entrevista al Dr. Clavijo. Clínica Pattres, INPPARES, 27-09-94

existen escalas por tiempo de servicio, por experiencia profesional y por especialización, esto indudablemente causa desmotivación. En INPPARES, observamos que un médico gineco-obstetra, docente universitario, con más de 20 años de experiencia profesional, está ganando 420 soles igual que un médico recién egresado de la universidad. Obviamente que los salarios han sido pensados en función a los presupuestos de los convenios que son siempre inflexibles, y no en base a una política de salarios que contemple estos problemas. Adicionalmente las promotoras se sienten olvidadas porque no reciben estímulos sociales, ni tampoco afectivos, sienten que no se les valora, que no se las recuerda. En su conjunto todo el personal de las clínicas se siente maltratado por el personal administrativo de Patres.

2 ASOCIACION DE TRABAJO LAICO FAMILIAR ATLF

2.1 Estrategia Institucional

ATLF es una institución especializada en la promoción y difusión del conocimiento y uso responsable de los métodos naturales de planificación familiar. En el trabajo que desarrollan, las labores educativas tienen una importancia decisiva.

Su estrategia se basa en el desarrollo de una capacitación fina y detallada sobre los métodos anticonceptivos naturales, esto requiere contar con personal capacitado y con un alto grado de compromiso.

Es una institución que cree en la necesidad de los métodos anticonceptivos para lograr el fortalecimiento de la familia. La opción por los métodos naturales es una alternativa que además exige e implica el compromiso de la pareja. Sin este ingrediente es prácticamente imposible seguirlos.

ATLF desarrolla los elementos centrales de su estrategia contando con una oficina central en Miraflores y 6 consultorios médicos educativos.

Consultorios	Distritos
Previ	Callao
La Matriz	Callao
Reynoso,	Carmen de la Legua
Mateo Apóstol	El Pedregal - San Marín de Porres
Condevilla	San Martín de Porras
Lince	Lince

En estos consultorios se brindan 3 tipos de atención: Atención médica al público en general; atención médica a las usuarias de métodos anticonceptivos y atención educativa en planificación familiar.

2.2 El Programa

El programa comienza con la promoción y difusión del servicio a nivel del público en general para hacer conocer los objetivos y la presentación de los servicios; es aquí cuando se produce el contacto individual de la instructora con el grupo de base.

Luego viene para las parejas interesadas la intensificación de la explicación, motivándolas para que se inscriban en el programa.

Capacitación que puede ser en su casa, en el consultorio o en su trabajo.

Seguimiento a las mujeres que han sido capacitadas, para ver si están controlando correctamente los ciclos menstruales, el moco cervical y la evolución de la temperatura, a través de las cartillas.

El trabajo termina cuando se le concede autonomía a las personas.

2.3 El Personal y Organización del Trabajo

Las personas encargadas del programa en las postas son las Instructoras

En cada posta o consultorio hay una Instructora encargada de la administración del establecimiento y de la difusión del servicio a través de la coordinación y de la organización de charlas con los colegios y otras instituciones. Todos los usuarios son registrados. El consolidado semanal de los registros es enviado a la oficina central. Luego aquí se procesa la información, manualmente, para calcular mensualmente los alcances del programa.

A continuación presentamos un conjunto de observaciones en torno a los servicios ofertados por ATLF y sus interrelaciones.

a. La ubicación de los locales:

Todos los consultorios de ATLF, incluido el local principal, se encuentran en lugares poco visibles, generalmente están junto o dentro de alguna parroquia. La Matriz del Callao se encuentra en una zona colindante a locales públicos, pero en un pasaje de poca afluencia; Mateo Apóstol en una zona por donde básicamente transitan vehículos de servicio público, pero de poca afluencia peatonal y cuyas puertas siempre están cerradas por seguridad; Reynoso en una zona más residencial que comercial; Condevilla se encuentra en un comedor parroquial para ancianos, dentro de un ambiente oscuro y con poca privacidad. El problema se agrava cuando el horario de atención del consultorio se condiciona al funcionamiento de la parroquia.

b. La organización del local: Tienen una amplia sala de espera; un espacio de recepción donde atiende la auxiliar y la instructora, tópico, el consultorio médico y el baño. La separación de los ambientes está hecho en base de triplay que debilita la necesaria privacidad que necesitan las mujeres en sus consultas, sobre todo en este caso, en que la comunicación y el diálogo son fundamentales entre el médico y la usuaria.

c. El exterior de los consultorios: Al igual que los de INPPARES, los consultorios de ATLF no presentan una imagen que relacione con la oferta de los servicios médicos.

d. El horario de atención: Sólo la Matriz y Reynoso atienden todos los días de la semana; Reynoso en turnos de mañana y tarde; mientras que La Matriz, sólo en la tarde; los demás consultorios sólo atienden 2 y 3 días a la semana, en horarios de la tarde. De este modo la oferta queda limitada y obliga a los usuarios a buscar otros servicios que le den mayores oportunidades y ventajas en el horario de atención.

e. La capacidad instalada: al igual que en INPPARES, la capacidad de estos consultorios es para atender a 40 personas por día; sin embargo sólo están llegando a menos del 30%. La responsabilidad de ATLF en este aspecto está básicamente en la reducción de los

horarios de atención, y en la mala ubicación de los locales.

f. La relación con las usuarias: A través de la observación de dos visitas domiciliarias realizadas acompañando a una instructora, pudimos percibir el tipo de relación que se estableció en este momento (probablemente sesgado por la presencia de la observadora) que nos atrevemos a definir como "escolar", del tipo maestra-alumna, donde la instructora "instruye" a la mujer y revisa si ésta "ha hecho su tarea" (anotar en la gráfica sus ciclos). En ambos casos se trataba de mujeres que no lograron llenar sus gráficas por distintas razones : una porque en realidad quiere quedar encinta pero no puede por recomendación médica al haber sufrido una pérdida hace algunos meses y por haber quedado con una infección muy fuerte. Además es una mujer de muy escasos recursos y muy deprimida; al terminar la visita domiciliaria afirma no haber respetado la abstinencia de 18 días como debía haberlo hecho, porque su esposo quiere tener relaciones todos los días, porque desea un hijo y no va a detenerse porque "lo dice la instructora". No se detiene a indagar por las causas que han impedido el cumplimiento del llenado de la gráfica; el objetivo primordial es lograr un registro de la usuaria que le permita incluirla en los informes.

g. El impacto del programa: El éxito del programa se mide por el número de personas que llegaron a ser autónomas en el conocimiento, uso y manejo de los métodos naturales, (Número de usuarios autosuficientes) y por el mínimo número de personas que desertaron del proceso antes de llegar a autonomisarse.

Según el Dr. Telésforo Aguilar, encargado de llevar las estadísticas, los indicadores que sirven para medir el impacto:

- Pareja autosuficiente o con autonomía.
- Ciclo anual protección pareja

tienen problemas porque sólo se toma en cuenta 6 meses del año y no todo el año; como sucede con los métodos artificiales.

h. La metodología es de tipo educativo, Según el Dr. Telésforo Aguilar hay cierto sesgo en la metodología. El tiempo de capacitación y seguimiento inicialmente es de 6 a 11 meses; de este modo a veces se producía una dependencia de las pacientes hacia la instructora; finalmente terminaba siendo una delegación de responsabilidades a la instructora. Esta dependencia también se producía por el tipo de gente con la que se operaba, era gente con educación baja, que tiene poca comprensión para los métodos.

i. Problemas por la inestabilidad de los usuarios

-Los métodos de abstinencia sexual crean conflicto con el marido y este es otro factor que influye en el alejamiento del programa.

-Hay también reingresantes, personas que regresan al servicio sin haber tenido embarazo nuevo o aborto.

-Los egresos del servicio se consideran como pérdida, cuando salen sin que se sepa la razón.

Las causas del retiro pueden ser médicas, personales, o por embarazo.

Causas médicas se consideran la menopausia, la isterectomía, la infertilidad, la ligadura de trompas, irregularidades en los ciclos menstruales.

Causas personales deseo de privacidad en la enseñanza. A la mujer no le gusta discutir su sexualidad con otra persona; por falta de confianza; por abstinencia excesiva; cambios de domicilio; falta de comprensión del marido o desarmonía en el matrimonio.

-Para medir el trabajo de la instructora, ésta puede considerarse por el número de actividades durante el mes como: número de visitas, No. de entrevistas, contactos institucionales, No. de charlas dadas. Para medir la eficiencia de la instructora, se puede hacer por el No. de inscritas, No. de abandonos, No. de mujeres autónomas o independientes.

Los registros anotan: Atención médica, actividad educativa, movimiento de usuarios y las características básicas de las usuarias.

-El funcionamiento de las postas es irregular. Abren más tarde de las horas señaladas; los médicos casi siempre llegan tarde. Un funcionamiento así, no despierta confianza en los usuarios.

Igual sucede con las que difunden los métodos naturales, las mujeres más responsables para adecuarse a estos métodos son las mujeres maduras; más irregulares y con tendencias a desertar, en las etapas de seguimiento, son las mujeres jóvenes. Así fijar metas más que un estímulo para las promotoras, conduce a sesgar el trabajo.

El menosprecio a los hombres se observa en varios aspectos. En las postas de ATLF no se les quiere brindar información cuando llegan solos⁽¹⁵⁾. Se les dice que traigan a la señora o que entreguen la dirección para que la instructora visite la casa. Así la oportunidad de enseñar al hombre motivado e interesado que ha llegado al establecimiento prácticamente queda perdida.

Pusimos a prueba a una posta de ATLF enviando a una persona ("clinete misterioso") en busca del servicio. El diálogo que se desarrolló entre la Instructora y la persona fue más o menos así: H: "Señorita, tengo 2 hijos y ya no quiero tener más, mi esposa tiene vergüenza de venir a hablar, me podría enseñar a cómo evitar el embarazo". Instructora: "Mire sería conveniente que traiga a su esposa". H: "Pero ella no quiere, tiene miedo". H: "Bueno tenemos varios métodos naturales que podemos enseñarle; si no quiere venir no importa. Deme su dirección para hacerle una visita".

3. Los Servicios y los indicadores de calidad.

Lo observado sobre los servicios de las dos APF's pone en evidencia una serie de problemas y dificultades en la calidad de la atención que impiden un mayor y mejor acercamiento de parte de la población. La "calidad de la atención" tal como Judith Bruce la concibe ⁽¹⁶⁾ esta compuesta por seis elementos o indicadores de calidad que constituyen referentes útiles para la evaluación de los servicios de planificación familiar. Estos seis indicadores son:

1. Elección de métodos.
2. Información ofrecida al cliente.
3. Competencia técnica.
4. Relaciones Interpersonales.
5. Continuidad y mecanismos de seguimiento.
6. Constelación apropiada de servicios.

Tenemos conocimiento de que los servicios que brinda INPPARES vienen siendo evaluados, a través de encuestas, en base a estos indicadores para determinar la satisfacción de clientes. Al parecer, de acuerdo a lo observado, estos indicadores no han sido suficientemente incorporados por el personal que tiene la relación directa con los usuarios reales y

Judith BRUCE Elementos Fundamentales de la calidad de atención: Un marco conceptual simple The Population Council, 1990.

potenciales. Un problema adicional para el estudio es que no se ha podido contar con los resultados de la aplicación de dichas encuestas, ni con los instrumentos que sirvieron a tal fin.

Las observaciones realizadas a las instalaciones de las APF's y las entrevistas al personal permiten tener algunas consideraciones críticas con respecto a algunos de los elementos de la calidad de atención dados por Bruce.

3.1 Sobre la "información ofrecida al cliente"

La observación realizada por el equipo permite afirmar que en el caso de **INPPARES** existen límites bastante evidentes en el indicador "información ofrecida al cliente". El personal que brinda información no maneja suficientemente los contenidos sobre la variedad de los métodos disponibles, sobre las contraindicaciones, ventajas y desventajas. La información esta bastante sesgada por las metas que se deben cumplir y además los instrumentos utilizados para transferir la información (rotafolios) parecen ser inadecuados por su complejidad. Además se ha podido constatar que la información es dada muy rápidamente, sin verificar si los contenidos están siendo recepcionados adecuadamente.

En el caso de **ATLF** "la información ofrecida al cliente", en cambio, peca por exceso en aspectos que

tienen que ver no tanto con la variedad de los métodos ofrecidos, pues estos se limitan a los métodos naturales, sino sobre las ventajas y las normas que se supone garantizan la eficacia del método. La prolija y detallada información ofrecida no logra ser tan efectiva por el hecho que su aplicabilidad está condicionada a un instrumento (la gráfica) que al ser muy complejo desanima fácilmente a una buena proporción de potenciales usuarias.

Para las dos instituciones **INPPARES** y **ATLF** podemos afirmar que existe la necesidad de hacer esfuerzos para que la información que se brinda a las usuarias reales o potenciales no sólo sea de buena calidad científica sino que además sea expresada con un **lenguaje apropiado** y factible de ser aplicada con **instrumentos de fácil acceso y comprensión** por la población.

3.2 Sobre las "Relaciones Interpersonales"

En cuanto a las relaciones interpersonales con los clientes reales o potenciales existe una tendencia observable más en **INPPARES** que en **ATLF** de haber incorporado este indicador en forma reductiva en el sentido de brindar un "buen trato" antes que establecer una verdadera relación interpersonal basado en un interés genuino referidas a las vivencias sobre el proceso reproductivo que trae el usuario real o potencial.

En el caso de **ATLF** la metodología de aprendizaje de los métodos naturales supone el establecimiento de una relación más larga que ofrece mayores oportunidades para el desarrollo de relaciones interpersonales más profundas. Esto no obstante no parece ser una posibilidad siempre aprovechada por el obstáculo que implica el complicado aprendizaje a través de gráficas que absorbe demasiado tiempo y sobre todo energías que podrían ser mejor aprovechadas para establecer una comunicación intersubjetiva más fluida que permita avanzar más rápidamente en la adopción plena del método.

3.3 Sobre la "Continuidad y Seguimiento"

En el caso de **INPPARES** la nueva estrategia diseñada a partir de la implementación de las clínicas comunitarias han vuelto más difícil el control de la continuidad y las posibilidades de seguimiento. Un movimiento inverso al que existe en **ATLF**. Existe un margen menor de posibilidades para que este elemento de la calidad de atención pueda ser llevado por la institución, aunque se conservan, claro está que con una dinámica mucho más circunscrita en el tiempo y el espacio, el sistema de las postas en la línea de la proyección a la comunidad de **INPPARES**.

Podemos afirmar que en **ATLF** la estrategia educativa garantiza continuidad y seguimiento si el usuario se mantiene en el servicio. Es decir que de parte de la metodología propuesta por la APF existe un margen amplio de disponibilidad para poder garantizar la continuidad y seguimiento en el método, el riesgo está en las dificultades para seguirlo de parte del usuario potencial de la población por los motivos ya indicados en los otros elementos de la calidad de atención.

3.4 Sobre la "información del cliente"

Un aspecto que durante el estudio se ha planteado reiteradamente es el referido al escaso interés que los servicios de planificación familiar han demostrado en acoger y comprender la vivencia de la/el usuaria/o real o potencial. Consideramos importante plantear la creación de un elemento adicional que sea capaz de medir y tener en cuenta en forma permanente la "información del cliente". Esto supone crear en el personal, a través de una formación pertinente, la habilidad y la sensibilidad adecuadas para poder recoger -y reconocer en uno mismo- con respeto, los contenidos principales de las experiencias vinculadas al proceso reproductivo, a las preocupaciones, imágenes y temores que están presentes en la población. Con la adecuada incorporación de este elemento se estaría en condiciones de que "la información otorgada al

cliente" tenga matices y contenidos adecuados, de potenciar "relaciones interpersonales" más fluidas y profundas y de permitir una "continuidad y seguimiento" más eficaces.

CONCLUSIONES

El estudio ha permitido arribar a las siguientes conclusiones. Presentamos los principales hallazgos en función de las hipótesis que se concibieron y confrontaron en el trabajo de campo.

a. "Los hijos representan, en la población de escasos recursos, una posibilidad concreta de realización existencial. Constituyen una proyección esencial al futuro, que difícilmente puede lograrse en otras esferas de la vida".

- 1) Con este estudio podemos afirmar que en la población usuaria y no usuaria de los servicios, existe una necesidad de crear familia. La familia es vivida y percibida como la fuente principal de los afectos (los hijos, el marido y la esposa) y de la posibilidad de superación y proyección en el futuro.

Vinculada a esta necesidad, de crear afectos, la familia también constituye, en especial para las mujeres, una fuente potencial o real de seguridad económica. Estar pendientes del "diario", del "aporte" del hombre a la familia es una realidad que emerge con fuerza de las entrevistas. Esto se vive con mayor intensidad en los segmentos más pobres de la población, que tienen más hijos y donde la mujer tiene mayores responsabilidades en el hogar. El resultado es el establecimiento de una suerte de

intercambio real o simbólico en que la mujer aporta hijos y el hombre el sustento económico.

- 2) El tipo de relación que se establece entre hombres y mujeres de la población, objeto de estudio, incide especialmente en la esfera reproductiva. En la vida de las mujeres, el hombre primero, y los hijos en un segundo momento, constituyen los referentes principales de su identidad. El proceso de socialización y construcción de la identidad de las mujeres las lleva a establecer relaciones de fuerte dependencia en relación a las figuras masculinas, que se traduce entre otras cosas en una gran dificultad en tomar decisiones por sí mismas respecto a su salud y su opción reproductiva; en una excesiva concesión frente a las demandas y exigencias del marido para evitar su abandono; y en la asunción de roles e imágenes de mujer bastante restrictivos. En consecuencia cuando se vislumbra la posibilidad de un mayor control sobre el proceso reproductivo y un mayor conocimiento y aprecio del propio cuerpo, se activa una resistencia inconciente a esas posibilidades de cambio para evitar la sanción proveniente de los códigos culturales imperantes en el contexto.

La aparición de los hijos, refuerza los patrones de relación de dependencia de la mujer en términos económicos; se aprecia mucho más al marido por lo que representa en términos del sustento material de la

familia, mientras que en términos afectivos los hijos terminan desplazándolo.

- 3) Dentro de este contexto de relaciones resalta el ejercicio de la violencia del hombre como un componente que retrasa el desarrollo de la capacidad de comunicación y establecimiento de relaciones más igualitarias, que incidirían en una toma de decisiones compartida también en los aspectos de la salud reproductiva. Este hecho dificulta la viabilidad de la propuesta de ATLF, por lo que su cobertura es bastante baja. De ahí que su éxito está condicionado a cambios sustanciales en la mentalidad y en la práctica de las relaciones de género.

b. "La posibilidad de controlar la capacidad reproductiva es una variable que moviliza temores y fantasías diferentes en el hombre y en la mujer. Estos temores y fantasías en un marco de relaciones de género, signados por la incomunicación, constituyen una traba para la toma de decisiones".

- 1) La posibilidad de controlar la reproducción y usar métodos anticonceptivos despierta en el hombre una serie de fantasías, temores e inseguridades respecto a su capacidad reproductiva, a su virilidad, a su temor a la infidelidad, a su rol de conductor y de jefe de familia. Esto revela una identidad precaria producto de una socialización represiva y autoritaria y de roles también restrictivos para él. Lo que amerita un abordaje específico.
- 2) En el caso de las mujeres sus temores y fantasías también son condicionados por la socialización represiva que le atribuye roles pasivos y sumisos que le impiden asumir decisiones autónomas sobre su destino. La adopción de métodos es vivido como un peligro contra la estabilidad de la familia, al darle a la mujer la posibilidad de disponer y controlar un aspecto central de la vida familiar. Las mismas mujeres prefieren desistir de esas posibilidades en aras de impedir el incremento del conflicto y de la violencia contra ellas mismas. Es por lo tanto, más

conveniente para ellas "no saber, ni usar métodos" que arriesgarse a perder una estabilidad precaria.

c. "El deseo expresado de no tener más hijos puede no convertirse en una opción anticonceptiva por los significados dados a la acción y los efectos de los métodos".

- 1) La determinación de no tener más hijos no siempre conduce a una opción anticonceptiva sostenida, por la existencia de una serie de efectos secundarios que causan malestar en las mujeres y que no son atendidos ni tratados como tales. Por lo general estos efectos reportados por las mujeres son tratados como "mitos" y "rumores" con contenidos descalificables. El estudio ha permitido determinar que la mayoría de las mujeres reportan efectos indeseados en el normal funcionamiento de su organismo, por lo que les lleva a cambiar de métodos, o a abandonarlos por períodos eventuales con riesgo a quedar embarazadas. Los efectos secundarios de los métodos en la población usuaria se expresan con particular énfasis debido a los hábitos alimentarios, a las condiciones de vida existentes signados por la precariedad de recursos y limitaciones en los servicios básicos. Esta situación afecta la salud de la mujer convirtiéndola en una usuaria particularmente sensible a los efectos secundarios de los métodos.

d. "Las decisiones sobre el uso de métodos y sobre la utilización de los servicios de planificación familiar están condicionadas por las experiencias vividas y por las opiniones formadas en las redes sociales de referencia del usuario real y potencial.

- 1) Las mujeres que deciden usar un método específico y acuden a algún servicio de planificación familiar, por lo general lo hacen por recomendación de una persona de su confianza, que es usuaria de algún método o tiene referencias muy cercanas de un uso favorable, y exitoso. La importancia de estas recomendaciones está condicionada por una cultura formada en los barrios, que se basa en canales de comunicación, limitados casi exclusivamente a la experiencia local, más que a la comunicación impersonal y formalizada empleada en las sociedades de masas y reproducidas en algunas de las estrategias de información y difusión de las APF's. La experiencia de INPPARES establece, además, que la mejor propaganda es la que se transmite a través de la "cliente satisfecha". El problema está en desplegar un mayor esfuerzo para entender las razones de la satisfacción de la cliente, en cómo generar un círculo virtuoso de clientes satisfechas. En el caso de ATLF es más decisivo el nivel de instrucción de la usuaria para poder entender el perfil de la usuaria que se aproxima. En cambio el perfil de INPPARES es más heterogéneo, aunque también el nivel de

instrucción cuenta pero como una condición menos gravitante. Será más fácil encontrar entre las usuarias de INPPARES, mujeres que han desarrollado y cultivado múltiples lazos en la esfera local con distintos organismos (comedor, vaso de leche entre los más recientes) que le permiten estar informadas y enteradas de lo nuevo e interesante que ocurre en el barrio.

e. " Las instituciones de planificación familiar establecen un tipo de relación y operan con códigos culturales que limitan el acceso de la población a los servicios y no facilitan toma de decisiones plenamente autónomas sobre los métodos a seguir.

- 1) Las instituciones de planificación familiar reproducen códigos de relación y comportamiento bastante tradicionales, paternalistas, que oscilan entre el trato cariñoso, protector, suave y delicado y el trato impositivo, vertical y punitivo. Las APF's en comparación con los centros de salud del MINSA representan la imagen del padre bueno. Ellos mismos se autoperciben y se imponen un comportamiento de "buenas maneras". Este estilo y el más cortante y autoritario de los servicios públicos son dos caras de un mismo patrón de relación. Ambos son funcionales a generar una población que se ve encasillada en actitudes y comportamientos que no le permiten un desarrollo en el proceso de adquisición de autonomía

y control sobre su proceso reproductivo. Se desperdicia el espacio de la consulta, que representa un espacio privilegiado de intervención, para reforzar la auto-estima de las mujeres.

- 2) En relación a las estrategias de difusión y proyección a la comunidad de las APF's, pareciera que en éstas sigue primando como criterio orientador y determinante lograr metas y ampliar coberturas, lo que les resta posibilidades de hacer una revisión crítica del accionar cotidiano y realizar esfuerzos de comprensión de las necesidades y preferencias de la población.

ATLF con su propuesta de difusión de los métodos naturales cuenta con una gran potencialidad para acercarse a las mujeres y trabajar con ellas los temas relativos al descubrimiento de la fertilidad y aprovecharlo para incidir en el conocimiento del propio cuerpo, elemento que favorece el fortalecimiento de la autoestima de la mujer. Sin embargo les falta herramientas de acercamiento a la población al ser su metodología e instrumentos de capacitación complejos.

Adicionalmente hay una actitud poco abierta en el tratamiento de la sexualidad, elemento que se expresa, por ejemplo, en la recomendación de 18 días de abstinencia mensuales que al ser una condición (una norma) para el uso del método y no una

espontánea decisión de la pareja puede convertirse en un obstáculo para el uso de los métodos naturales.

- 3) En los servicios que ofrecen las APF's no se percibe una actitud dispuesta a tratar de entender los contenidos de las resistencias a los métodos, dados por las mujeres, y no se cae en la cuenta que la mayoría de ellos son efectos secundarios de los métodos, expresados en términos no científicos, pero sí, basados en la experiencia directa de la población. Estos efectos son vividos en muchas mujeres con particular ansiedad e intensidad porque se superponen e interactúan con elementos centrales del bagaje cultural de la esfera de la salud reproductiva de la población. Por ejemplo, en el caso de la amenorrea provocada por las inyecciones, la pregunta que se hacen las mujeres es "¿hacia dónde se va esa sangre?" y el temor es que esa sangre al no poder ser "purgada" por el organismo puede ir al cerebro y ocasionar trastornos serios.

- 4) Las mujeres y los hombres usuarios y no usuarios explican el hecho reproductivo en términos bastante distantes de cómo lo explica la ciencia. El parámetro científico utilizado por las APF's encuentra dificultades en su proceso educativo, de información y de difusión. En las respuestas a la pregunta sobre el momento en que una mujer puede quedar encinta hemos encontrado una variedad de respuestas que van

desde "no sé" hasta la que dice "queda encinta el día de la regla". Estas respuestas son evidencias de que los mensajes no han sido todavía asimilados, e interiorizados y son respuestas que se encuentran en diversos estratos que trascienden a la edad, y al grado de instrucción.

PLAN BASICO

ORIENTADO AL MEJORAMIENTO DE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS Y ACEPTABILIDAD DE LOS MISMOS

El estudio ha permitido captar las necesidades de información, conocimiento, convencimiento y uso de los métodos de planificación familiar sentida por la población urbana de escasos recursos; captar sus opiniones e imágenes acerca de los métodos y de las instituciones que los ofertan. Paralelamente se ha logrado captar las motivaciones, las orientaciones, y los planes, de INPPARES y ATLF, de sus directivos y del personal de campo; se ha podido observar a las APF's y al personal que opera en estos establecimientos. Esta información, analizada en los capítulos anteriores, nos ha permitido visualizar un conjunto de problemas que a continuación planteamos:

Los problemas generales de las instituciones

1) Bajo perfil institucional de las APF's

Tanto INPPARES como ATLF son instituciones desconocidas por la mayoría de los pobladores de los asentamientos humanos de Lima. Pero de las dos, ATLF es aún mucho más desconocida. En la percepción de la población el nombre y el logo de ambas instituciones no tiene relación con los servicios de planificación familiar. Entre los sectores que conocen a éstas instituciones no hay un convencimiento para afirmar que éstas son las instituciones, de punta, especializadas en el área. El desconocimiento existente es un problema que impide a ambas instituciones la posibilidad de: ampliar la demanda hacia los métodos de

planificación familiar; de ganar confianza, credibilidad, y aceptación en la población hacia sus mensajes, productos y servicios. El problema se hace aún más patente en la medida en que ninguna de las dos tiene una estrategia de marketing de carácter ofensivo, con lo que solucionarían en parte este problema.

2) Tanto INPPARES como ATLF no promueven la demanda de los servicios de planificación familiar, ni del uso de los métodos anticonceptivos. Cada una de las 2 instituciones trabajan en su parcela territorial con su metodología particular, ofertando los métodos que a ellos les interesa y poniendo el énfasis de su trabajo y de sus recursos en la atención. La promoción de la demanda no existe, o es tan débil que aparece subordinada a una estrategia que pone el acento principal en la atención.

3) INPPARES, ATLF y las ONGDs que trabajan en el área de planificación familiar están desarticuladas, no se proponen campañas conjuntas orientadas a desplegar una ofensiva publicitaria y educativa que despierte el interés y la motivación en la población, para acceder y aceptar los métodos de planificación familiar. Adicionalmente estas instituciones están aisladas del resto de ONGDs que trabajan en salud, nutrición; no buscan una relación más estrecha con las organizaciones populares, con los municipios y con el Ministerio de Salud y de Educación. No se ha pensado, ni existen planes sistemáticos de largo plazo, ni acciones conjuntas que posibiliten un trabajo

articulado y más eficaz para llegar a una población más significativa de la que actualmente tienen.

Plan básico para INPPARES:

Objetivo general: Elevar el perfil institucional de INPPARES.

Medios: Elevar el perfil institucional a través de una **estrategia de carácter ofensivo-receptivo.**

Acciones que debe considerar la estrategia:

- a) Amplia difusión de INPPARES y de sus servicios a través de los medios masivos de comunicación.
- b) Concertación con las instituciones privadas de desarrollo que trabajan en salud, nutrición y planificación familiar para promover programas educativos y de difusión a través de la televisión y de la radio de alcance nacional. Concertar para elevar la demanda de los métodos de planificación familiar.
- c) Cooperación con las universidades, colegios profesionales, municipios distritales, con las juntas vecinales, y con las organizaciones de base integradas básicamente por mujeres para promover campañas preventivas de educación y difusión acerca de la planificación familiar.
- d) Difusión de publicaciones científicas y académicas

Objetivos particulares:

- 1) Lograr una imagen de institución especializada en la salud y el bienestar de la pareja.
- 2) Elevar la demanda de los métodos de planificación familiar.

- 3) Mejorar la calidad del servicio
- 4) Mejorar el conocimiento del público usuario

Objetivos y acciones:

- 1) Lograr una imagen de institución especializada en la salud y el bienestar de la familia.
 - a) Determinar y comprender la misión institucional. Participación de todo el personal en la determinación, comprensión y compromisos en torno a la misión y a la filosofía de INPPARES.
 - b) Ampliar, y diversificar la plana de profesionales especializados en:
 - Medicina y Salud reproductiva
 - Medicina y Salud del adolescente
 - Actitudes, mentalidad popular, y saber popular
 - Pobreza, cultura y organizaciones de base
 - c) Promover la cooperación con la comunidad científica nacional. Intercambios e integración para la investigación, la actualización y la especialización de los profesionales que trabajan en el área.

- 2) Elevar la demanda de los métodos de planificación familiar.

- a) Amplia difusión de los métodos anticonceptivos a través de mensajes educativos de la TV, radio y de la prensa escrita.
- b) Cooperación con las ONGDs del sector, con el Ministerio de Salud y de Educación y los Municipios para ejecutar campañas educativas en los colegios, centros de estudio y en las organizaciones de base.

3) Mejorar la calidad del servicio

- a) Reubicar los locales de las Clínicas Comunitarias de San Juan de Lurigancho y Los Olivos y de Ate Vitarte.
- b) Promocionar los servicios a través de la TV difundir las direcciones de las clínicas comunitarias a través de la radio y de otros medios de alcance local.
- c) Personal especializado, con gran motivación y sensibilidad social para desempeñar cada una de las funciones diseñadas.
- d) Control de calidad de los servicios, y de los métodos difundidos.
- e) Establecer un sistema de monitoreo y aprendizaje que permita ubicar los problemas y deficiencias, y buscar soluciones, por un lado y por otro que permita el registro, la sistematización y la interpretación de la experiencia, con el objetivo

de lograr la construcción de nuevos indicadores de calidad.

4) Mejorar el conocimiento del público usuario

a) Estudiar el entorno social de cada una de las clínicas comunitarias. Las condiciones de vida, la estructura poblacional, las necesidades básicas, el perfil epidemiológico, las organizaciones existentes, la oferta de servicios médicos y la demanda potencial y real de métodos anticonceptivos.

b) Investigar e interpretar las convicciones, imágenes y temores de los adolescentes y de las mujeres y hombres en edad reproductiva de las zonas urbano marginales, en torno a los métodos anticonceptivos.

Plan básico para ATLF:

Objetivo general: Ganar un espacio en la sociedad civil y reconocimiento como institución especializada en salud y bienestar de la pareja.

Medios: Desarrollar una estrategia de integración y acciones de organización y coordinación que permita a ATLF conquistar un espacio en la sociedad civil y ser reconocida por las instituciones educativas, las ONGDs, y las organizaciones de base.

Acciones que debe considerar la estrategia:

a) Determinación de la misión y de la filosofía de ATLF, y de un programa institucional, con la participación de todos sus miembros, para delimitar los alcances de su trabajo como institución especializada en salud y bienestar de la pareja, con énfasis en la difusión y uso de los métodos naturales de planificación familiar.

b) Difusión de la misión y de los servicios que ofrece ATLF entre las ONGDs, entre los colegios, centros educativos, instituciones privadas y organizaciones de base.

c) Concertación con las instituciones privadas de desarrollo que trabajan en salud, nutrición y

planificación familiar para promover programas educativos y de difusión a través de la televisión y de la radio de alcance nacional. Concertar para elevar la demanda de los métodos de planificación familiar.

d) Cooperación con las universidades, colegios profesionales, municipios distritales, con las juntas vecinales, y con las organizaciones de base integradas básicamente por mujeres para promover campañas preventivas de educación y difusión acerca de la planificación familiar, enfatizando en los métodos naturales.

e) Difusión de publicaciones científicas y académicas en torno a la salud reproductiva y a los métodos naturales

Objetivos particulares:

1) Lograr una imagen de institución especializada en la salud y el bienestar de la pareja y la familia.

2) Lograr el reconocimiento institucional de la sociedad civil, especialmente de las instituciones privadas de los centros educativos y de las organizaciones de base que se encuentran en las zonas urbano-populares.

planificación familiar para promover programas educativos y de difusión a través de la televisión y de la radio de alcance nacional. Concertar para elevar la demanda de los métodos de planificación familiar.

d) Cooperación con las universidades, colegios profesionales, municipios distritales, con las juntas vecinales, y con las organizaciones de base integradas básicamente por mujeres para promover campañas preventivas de educación y difusión acerca de la planificación familiar, enfatizando en los métodos naturales.

e) Difusión de publicaciones científicas y académicas en torno a la salud reproductiva y a los métodos naturales

Objetivos particulares:

1) Lograr una imagen de institución especializada en la salud y el bienestar de la pareja y la familia.

2) Lograr el reconocimiento institucional de la sociedad civil, especialmente de las instituciones privadas de los centros educativos y de las organizaciones de base que se encuentran en las zonas urbano-populares.

y de las organizaciones de base que se encuentran en las zonas urbano-populares.

- a) Organizar presentaciones, promover eventos, campañas, y difundir folletos educativos, entre las instituciones privadas, entre las ONGDs, los centros educativos, las iglesias, y las organizaciones de base que operan en las zonas urbano-populares.
 - b) Establecer convenios con CARE, CARITAS, con las centrales distritales de comedores y con las Juntas Vecinales para difundir masivamente los servicios educativos y ejecutar acciones de capacitación y formación de promotoras comunitarias.
 - c) Ampliar el radio de acción de sus servicios de atención y educación hacia otros distritos del Callao; y difundir sus experiencias y sus acciones educativas a nivel de los distritos populares de Lima.
- 3) Elevar la demanda de los métodos de planificación familiar enfatizando la difusión de los métodos naturales.
- a) Amplia difusión de los métodos anticonceptivos naturales a través de mensajes educativos de la TV, radio y de la prensa escrita.

y de las organizaciones de base que se encuentran en las zonas urbano-populares.

- a) Organizar presentaciones, promover eventos, campañas, y difundir folletos educativos, entre las instituciones privadas, entre las ONGDs, los centros educativos, las iglesias, y las organizaciones de base que operan en las zonas urbano-populares.
 - b) Establecer convenios con CARE, CARITAS, con las centrales distritales de comedores y con las Juntas Vecinales para difundir masivamente los servicios educativos y ejecutar acciones de capacitación y formación de promotoras comunitarias.
 - c) Ampliar el radio de acción de sus servicios de atención y educación hacia otros distritos del Callao; y difundir sus experiencias y sus acciones educativas a nivel de los distritos populares de Lima.
- 3) Elevar la demanda de los métodos de planificación familiar enfatizando la difusión de los métodos naturales.
- a) Amplia difusión de los métodos anticonceptivos naturales a través de mensajes educativos de la TV, radio y de la prensa escrita.

corrido; no descartar la oferta de métodos artificiales.

- c) Mejorar los estímulos económicos y espirituales del personal.
- d) Establecer un sistema de monitoreo y aprendizaje que permita ubicar los problemas y deficiencias; buscar soluciones, por un lado y por otro que permita el registro, la sistematización y la interpretación de la experiencia, con el objetivo de lograr la construcción de nuevos indicadores de calidad.

PROBLEMAS y PROPUESTAS

A la luz de los alcances del Estudio Cualitativo de Utilización de Servicios y del vislumbramiento de problemas centrales, el equipo executor del Estudio plantea algunas **recomendaciones específicas** que pensamos pueden aportar cambios favorables en la aceptación de los servicios de Planificación Familiar brindados a la población.

A continuación presentamos los problemas y sus correspondientes recomendaciones:

1) Un primer problema que debe ser afrontado por la población y las APF's es el de la dependencia de las mujeres .

En la primera y en la segunda conclusión del Estudio señalamos las dificultades de las mujeres en construir y lograr independencia de los maridos, entendida sea a nivel económico, sea a nivel de la débil autonomía en la toma de decisiones - específicamente en lo que se refiere a los hechos reproductivos.

Proponemos

a) A nivel económico:

-Las APF's que administran un mayor nivel de recursos, como INPPARES, deberían estudiar la posibilidad de crear programas paralelos de generación de ingresos para las mujeres. Estos

programas deberían ser pensados en convenio o gestión conjunta con otros actores sociales como las municipalidades y las organizaciones sociales existentes, en el marco de un desarrollo sustentable.

-Crear y manejar una **base de datos local**, compartida entre las **instituciones de planificación familiar y las de generación de ingresos y creación de empleos**, puede ser un objetivo inmediato que permitiría a las promotoras y supervisoras de INPPARES informar, orientar y alentar concretamente a las mujeres en sus posibilidades de lograr una mayor autonomía económica.

-Crear y manejar igualmente una **base de datos local sobre instituciones que se ocupan del cuidado de niños (guarderías, nidos)**. En el caso de clínicas comunitarias de INPPARES que tengan un alto registro de usuarias habría que estudiar la factibilidad de crear cunas para la atención de niños. Es importante recoger las experiencias de los Wawawasis.

b) A nivel de la construcción de la autonomía, resulta fundamental trabajar el fortalecimiento de la identidad de la mujer. Dirigirse a los hombres para este fin resulta estratégico e imperativo ya que se debe incidir en la calidad de las relaciones de género.

-Las APF's (ATLF e INPPARES) deberían estar en condiciones de ofrecer, en convenio con ONG's como Flora Tristán y/o Manuela Ramos, a la población de ambos sexos (solos y grupos mixtos):

Cursos de capacitación sobre los temas:

socialización, masculinidad, femineidad, sexualidad y placer, procreación desarrollados con metodología vivencial y que promueva la reflexión sobre las propias actitudes. Estos temas serían abordados desde una **perspectiva de género y una perspectiva intercultural**, recogiendo elementos de la antropología médica.

-Involucrar más activamente a los **hombres** en los programas de planificación familiar, profundizando en sus motivaciones, temores, fantasías, y poniendo en evidencia las relaciones desiguales y de poder entre los géneros

-Estudiar la factibilidad de crear un **sistema de atención y apoyo psicológico** en los mismos ambientes de las clínicas comunitarias o unidades de trabajo de campo. Crear y manejar una **base de datos local de psicólogos**.

-Estudiar la factibilidad de contar con **asesoría legal** en los ambientes de las clínicas que permitan resolver múltiples casos conflictivos que tienen que ver con la violencia familiar. Construir y manejar **base de datos local sobre juzgados de paz, abogados especializados en casos de familia y la comisaría de mujeres**.

-Incluir personal médico femenino en la medida de lo posible, garantizando en los profesionales hombres y mujeres una adecuada capacitación en la problemática de género y su incidencia en la esfera reproductiva. La mayor presencia de mujeres con sensibilidad hacia las usuarias puede facilitar una relación de mayor confianza y comprensión de ésta última.

2) Un segundo problema que deben resolver las APF's es el vinculado a los efectos secundarios de los métodos que la población femenina reporta. Esto vale sobre todo para la APF INPPARES:

Proponemos:

-Promover la realización de una investigación aplicada sobre **historias personales del uso de métodos**, a través del seguimiento de grupos de usuarios que reportan efectos secundarios para lograr determinar los elementos condicionantes y proponer alternativas.

- Promover la realización de una **investigación multidisciplinaria para la adaptación de los métodos** a la realidad de los sectores urbano-marginales del Perú, teniendo en cuenta hábitos alimentarios y condiciones de vida en general y los aspectos culturales de la población.

- Crear y manejar una **red de información sobre avances y descubrimientos científicos** en lo que a **efectos secundarios** de métodos se refiere.
- Realizar **talleres vivenciales con el personal** de INPPARES sobre las molestias y los efectos secundarios de los métodos, y elementos del abordaje antropológico en los temas de salud, con el objetivo de acoger y no menospreciar la validez del discurso y las vivencias de las mujeres y de los hombres. Se podrá de esta manera, orientar la demanda anticonceptiva con mejores resultados.
- Ofrecer como una opción real los **métodos naturales**, brindando información adecuada incluso en los casos en que se opte por un método artificial, como una forma de promover un mayor conocimiento del cuerpo y control sobre la fecundidad en las mujeres.

3) Un tercer problema es el que se refiere a que la población tiene como referente principal para informarse y tomar decisiones las redes informales locales antes que los mensajes y los efectos de las campañas emprendidas por las APF's. La subutilización de la capacidad instalada pone en evidencia que las estrategias de comunicación, información y difusión logran con muchos límites en la mayoría de las zonas de influencia a penetrar en el tejido social.

Proponemos:

-Como producto de las recomendaciones de crear redes de información con instituciones que brindan los mismos servicios (públicos y privados) y con otras que desarrollan programas sociales se propone ampliar y mejorar el nivel de inserción en los diferentes sectores sociales de los lugares de influencia.

-Llevar a cabo **estudios exploratorios sobre las redes informales** que la población utiliza para procesar sus decisiones o su disposición a dejar los problemas librados al azar.

-Fomentar **talleres de intercambio de experiencias sobre estrategias de comunicación** en las que se trate de evaluar los efectos de las campañas masivas de los medios de comunicación en las áreas de influencia y cómo pueden ser revertidos en favor de los servicios ofertados por cada Clínica Comunitaria o UTC. Esta propuesta puede trabajarse en convenio con APROPO.

4) El cuarto y último problema identificado a partir del estudio consiste en que los servicios de planificación familiar operan con códigos culturales encontrados y distantes a los de la población debido no tanto al hecho de provenir de mundos culturales muy diversos sino producto de la jerarquización que supone la pertenencia a una institución y a la

incorporación acrítica del conocimiento y lenguaje científicos.

Proponemos:

-Cursos de capacitación para el personal sobre los temas:

socialización, masculinidad, femineidad, sexualidad y placer, procreación desarrollados con metodología vivencial y que promueva la reflexión sobre las propias actitudes. Estos temas serían abordados desde una perspectiva de género y una perspectiva intercultural, recogiendo elementos de la antropología médica.

-Desarrollar en conjunto una base de datos que permita medir la eficacia e impacto del programa a partir de indicadores de calidad de atención que consideren más profundamente la perspectiva de los/as usuarios/as.

-Un elemento importante de la calidad de atención, es la "información ofrecida al cliente" que permite escoger y emplear un método de manera satisfactoria y con conocimiento técnico; para garantizar una adecuada recepción de la información, sería conveniente crear indicadores que permitan evaluar si las personas han incorporado información fundamental acerca de la acción del método, sus contraindicaciones y efectos secundarios; que tengan en cuenta su idiosincracia y maneras de explicar los hechos,

sin descalificarlas; y que acojan las demandas y quejas de las mujeres con relación al uso de métodos, dándoles un tratamiento ad hoc.

-Propiciar y organizar encuentros y reuniones periódicas entre los médicos para intercambiar información, experiencias y conocimientos, con el propósito de mejorar la calidad del servicio.

-Generar mecanismos de interrelación entre INPPARES y ATLF para que puedan satisfacer las necesidades de las usuarias, como la realización de **campañas conjuntas de atención, o programas de capacitación y talleres de intercambio de experiencias.** Desarrollar en conjunto una base de datos que permita medir la eficacia e impacto del programa a partir de indicadores de calidad de atención que consideren más profundamente la perspectiva de los/as usuarios/as.

RECOMENDACIONES INDIVIDUALIZADAS

ATLF

- No restringir el espacio de atención de ATLF a las parroquias, explorando otras posibilidades como en el caso de Reynoso, y teniendo en cuenta la ubicación en zonas de mayor flujo de población. Sería interesante que tuvieran una estrategia de llegada a zonas urbano marginales y no circunscribirse exclusivamente al Callao y San Martín de Porras.
- En el caso de ATLF, promover el uso del condón durante los días de fertilidad para reducir el periodo de abstinencia y como una forma de evitar las ETS
- Desarrollar sistemas de monitoreo interno y de calificación del personal que tiene a su cargo las actividades educativas e informativas. -
En el caso de ATLF, afinar y simplificar la metodología educativa y los materiales de registro con el fin de hacerlos más accesibles; modernizar el sistema estadístico, para contar con información actualizada sobre los resultados e impacto del programa. Incluir variables como la nutrición, comportamiento sexual, salud de la mujer, autoestima, identidad.
- Estudiar la factibilidad de que cada UTC tenga una gestión más autónoma, orientada a lograr su propio

autofinanciamiento, poniendo énfasis en el desarrollo cabal de la calidad del servicio que tenga como base un mayor acercamiento y comprensión de la población a la que va dirigido el servicio. La labor de la instructora sería más efectiva si se manejara una visión menos estereotipada de las usuarias. Dándole mayor importancia a **indicadores**, como **satisfacción con el método y continuidad en su uso, niveles de comunicación y estabilidad de la pareja, prevención de embarazos no deseados.**

Planteamos que entre el 95 y el 97 se ensaye esta línea, comenzando por el estudio, siguiendo con el desarrollo de dos experiencias piloto seleccionando entre las UTC más exitosas.

INPPARES

-Mejorar la primera relación con los potenciales usuarios de métodos. En el caso de INPPARES, debe concretarse de manera efectiva la consejería. Antes de recomendar un método se debe indagar por la salud integral de la persona, sus condiciones de vida, de trabajo, la situación con su pareja, sus propias preferencias y dudas sobre los métodos.

-Extender con mayor convicción el programa de jóvenes que funciona en Jesús María hacia los ámbitos donde funcionan las clínicas comunitarias. Realizar un estudio de factibilidad que recoja las expectativas de los jóvenes y establezca costos y estrategias.

-Estudiar la factibilidad de que cada Clínica Comunitaria tenga una gestión más autónoma, orientada a lograr su propio autofinanciamiento, poniendo énfasis en el desarrollo cabal de la calidad del servicio que tenga como base un mayor acercamiento y comprensión de la población a la que va dirigido el servicio. La labor de la supervisora sería más efectiva si se manejara una visión menos estereotipada de las usuarias, y el esfuerzo no se dirigiera sólo a "captar" usuarias potenciales, poniendo énfasis en el indicador de APP. Dándole mayor importancia a **indicadores**, como **satisfacción con el método y continuidad en su uso, niveles de comunicación y estabilidad de la pareja, prevención de embarazos no deseados** (lamentablemente no hemos podido conocer los resultados de las encuestas dirigidas a conocer mejor estos aspectos).

Planteamos que entre el 95 y el 97 se ensaye esta línea, comenzando por el estudio, siguiendo con el desarrollo de dos experiencias piloto en el caso de INNPARES, seleccionando las clínicas comunitarias que se encuentren en mejor pie en lo que se refiere a la demanda del servicio tales como Comas y San Juan de Lurigancho.

GUIA DE ENTREVISTAS A DIRECTIVOS APF

Objetivo: Determinar los supuestos que guían las estrategias de proyección hacia la comunidad, percepción del servicio brindado e identificar nuevas líneas de intervención.

Es preciso obtener o hacerse una idea bastante clara sobre el Organigrama y el contenido básico de la organización y las funciones de la institución.

HISTORIA PERSONAL :

-cargo que ocupa.

-tiempo en el cargo.

-Actividades antes del cargo en la institución.

-Actividades fuera de la institución antes y durante el cargo.

-Motivaciones personales y profesionales para el trabajo en la institución.

POBLACION Y PLANIFICACION FAMILIAR

I- Ubicación y percepción del crecimiento demográfico y sus causas y los problemas del desarrollo del país.
. ¿Cual sería la población ideal en el Perú? Observar coincidencias y diferencias entre el plano personal y el institucional.

-Descripción de la familia ideal.

II- Opinión sobre cada método anticonceptivo :

- .¿Cuales son los riesgos y/o efectos secundarios?
- .¿Considera que se debe dar información sobre desventajas de métodos a los usuarios?
- .Para las mujeres de sectores populares:
 - .¿cual le parece el más adecuado?
 - .¿Cuales son las desventajas?

.¿Podría establecer una escala de preferencia?
.Para el varon... idem.

III- Los clientes de la PF :

.Percepción y opinión sobre aceptación y resistencias a los métodos de los usuarios y no usuarios. Delinear el perfil social de la usuaria o el usuario.

-Identificación de las resistencias frente a algún método en especial.

-Razones de las resistencias y de la aceptación de cada método.

.¿Por qué se abandona y/o cambia de método?

IV- Para un servicio mejor :

- ¿Cuales son los elementos fundamentales de la calidad de atención?

-Percepción y opinión de los programas de la institución:
.Consultorios, Información, W comunitario. (Antecedentes de estrategia actual, modus operandi, identificación de nudos y problemas).

.¿En qué se diferencia el servicio que se brinda de otros servicios público o privados?

-Selección, motivaciones y opinión sobre personal. Establecer el perfil del médico y del resto del personal que trabaja directamente en la atención de usuarios.

V- Perspectivas institucionales.

.¿cómo estan orientando la política de PF?

GUIA DE ENTREVISTAS A PERSONAL APF

Objetivo: Determinar la percepción del servicio brindado, reconstruir la imagen sobre la población, determinar la percepción sobre la marcha institucional.

HISTORIA PERSONAL :

- cargo que ocupa.
- tiempo en el cargo.
- Actividades antes del cargo en la institución.
- Actividades fuera de la institución antes y durante el cargo.
- Motivaciones personales y profesionales para el trabajo en la institución.

POBLACION Y PLANIFICACION FAMILIAR

I- Ubicación y percepción del crecimiento demográfico y sus causas y los problemas del desarrollo del país.
. ¿Cual sería la población ideal en el Perú? Observar coincidencias y diferencias entre el plano personal y el institucional.

-Descripción de la familia ideal.

II- Opinión sobre cada método anticonceptivo :

- .¿Cuales son los riesgos y/o efectos secundarios?
- .¿Considera que se debe dar información sobre desventajas de métodos a los usuarios?
- .Para las mujeres de sectores populares:
 - .¿cual le parece el más adecuado?
 - .¿Cuales son las desventajas?
 - .¿Podría establecer una escala de preferencia?
 - .Para el varon... idem.

III- Los clientes de la PF :

.Percepción y opinión sobre aceptación y resistencias a los métodos de los usuarios y no usuarios. Delinear el perfil social de la usuaria o el usuario.

-Identificación de las resistencias frente a algún método en especial.

-Razones de las resistencias y de la aceptación de cada método.

.¿Por qué se abandona y/o cambia de método?

IV- Para un servicio mejor :

- ¿Cuales son los elementos fundamentales de la calidad de atención?

-Percepción y opinión de los programas de la institución: .Consultorios, Información, W comunitario. (Antecedentes de estrategia actual, modus operandi, identificación de nudos y problemas).

.¿En qué se diferencia el servicio que se brinda de otros servicios públicos o privados?

-Selección, motivaciones y opinión sobre personal. Establecer el perfil del médico y del resto del personal que trabaja directamente en la atención de usuarios.

V- Percepciones sobre la institución.

.¿Qué opina sobre el funcionamiento de la oficina?

GUIA DE OBSERVACION Día típico

Fecha.....

APF.....

I - Establecimiento : nombre.....
ubicación.....

- Ubicación de otros establecimientos de salud. Brindan servicios similares?

- Problemas o facilidades de acceso.

-Estructura y ambientación

II- El servicio

-Tipo de servicio brindado

-Horario y día de atención

-Organización del servicio :

- .quien atiende consultas
- .si hay un registro de consultas (parte diario)
- .se usa Historia Clínica
- .atención por cita u orden de llegada
- .duración promedio de la consulta
- .numero de atenciones diarias
- .motivos de consulta prevalentes
- .porcentajes de regreso al servicio
- .puntualidad y regularidad de los profesionales

-El lugar de atención de consulta :

- .ubicación en el interior del local
- .privacidad
- .seguridad
- .limpio

-El lugar de espera :

- .es apropiado, comodo
- .hay material de difusión y/o educativo : folletos, revistas, afiches

- .la gente habla
- .cuales son los temas de conversación

III - El personal :

- .numero. Se justifica la presencia de todos? Son pocos?
- .sexo :predominan hombres o mujeres
- .color racial predominante
- .llevan ropa adecuada
- .trato con los/las usuarios/as
- .trato con el resto del personal del servicio.

IV - El publico usuario :

- .afluencia
- .sexo predominante
- .muy necesitada
- .

COMENTARIOS

GUIA PREGUNTAS FOCUS GROUP NO-USUARIAS DE METODOS

Objetivo : explorar: el tamaño ideal de familia, el número de hijos deseados(saber si es una pregunta que una pareja se plantea); información sobre métodos, sobre molestias, quien y cómo se toma la decisión, cómo se percibe a las mujeres que se cuidan, percepción de los servicios.

Motivación:

Juana es una señora del barrio; tiene 3 hijos, seguiditos y el ultimo tiene 7 meses. Son dos mujercitas y el ultimo es el varoncito.

José, su esposo, tiene un trabajo irregular, en esta época está trabajando. Juana cuando puede lo ayuda, va a lavar ropa o teje chompas para un señor que viene al barrio a veces.

Preguntas :

- Juana y José cuántos hijos habrán querido tener
- Le importa el sexo del hijo
- Querrán tener más hijos
- Que van a hacer
- Habrán escuchado sobre Planificación Familiar
- Juana ha oído hablar de eso?
- Ha escuchado de los Métodos anti-conceptivos?
- Quien le habló de eso
- Que habrá escuchado sobre ellos
- (Molestias: si salen profundizar sobre cada una de ellas).
- Que puede usar Juana
- Que piensa José
- Quien tomará la decisión
- Donde puede ir para tener el método: Servicios de salud Minsa y particulares, las diferencias.
- Porque hay mujeres que se cuidan

GUIA PREGUNTAS FOCUS GROUP USUARIAS DE METODOS

Objetivo : Explorar: el tamaño ideal de familia, el número de hijos deseados (saber si es una pregunta que una pareja se plantea); información sobre métodos, sobre molestias, quien y cómo se toma la decisión, cómo se percibe a las mujeres que se cuidan, percepción de los servicios.

Motivación:

Juana es una señora del barrio; tiene 3 hijos, seguiditos y el ultimo tiene 7 meses. Son dos mujercitas y el ultimo es el varoncito.

José, su esposo, tiene un trabajo iregular, en esta epoca está trabajando. Juana cuando puede lo ayuda, va a lavar ropa o teje chompas para un señor que viene al barrio a veces.

Preguntas :

- Juana y José cuántos hijos habrán querido tener
- Les importa el sexo del hijo
- Querrán tener más hijos
- Que van a hacer
- Están usando algo para no tener hijos
- Quien les habló de eso
- Que les dijeron sobre ellos
- Cómo les va con el método que están usando
- (Molestias: si salen profundizar sobre cada una de ellas).
- Que piensa José de cuidarse para no tener hijos
- Cómo tomaron la decisión
- Donde fueron para obtener el método: Servicios de salud Minsa y particulares, las diferencias.
- Por qué hay mujeres que no se cuidan

GUIA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Objetivo:.- Explorar los conocimientos y convicciones sobre la reproducción, sobre el tamaño de la familia, la historia de anticoncepción, los métodos y los servicios de planificación familiar existentes.

Lugar:

Fecha:

Nombre y apellido:

Sexo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Años de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

Ocupación:

Dirección:

Edad en que tuvo el primer hijo?

No. embarazos:

No. hijos vivos:

No. hijos muertos:

No. abortos:

- Cuántos hijos quería tener?

- De qué sexo?

- Por qué?

- Cuál es el tamaño ideal de la familia?

- Cuántos hombres y cuántas mujeres?

- Seguidos? Espaciados?

- Cuando supo que estaba embarazada del primer hijo, cómo se sintió?

- Y en los siguientes?

- Cómo se sintió cuando se enteró del último embarazo?

- Cómo se sentía su pareja?

- Ud. quería tener todos sus hijos, o hubiera querido tener menos?

- Quiere tener más?

- Y su pareja?

- Cuántos hijos tuvo su mamá?

- En qué momento puede quedar encinta la mujer? (en qué época del ciclo o mes)
- Desde qué edad, hasta qué edad?
- Cómo se puede evitar tener hijos?
- Qué formas conoce?
- Cuándo es recomendable cuidarse?
- Cuándo no?
- Qué ha escuchado de los métodos? Dónde?
- Cómo funcionan los métodos? (si menciona peligros, indagar por qué)
- Historia de anticoncepción (usar tabla)
- Dónde acudir para información y métodos (Doctor, botica, posta, comadrona, servicios de P.F, otros) INDAGAR QUE LUGARES CONOCE EN SU ZONA.
- Cómo se decidió? Dónde escuchó? Rol de la pareja.
- (Si ha acudido a algún servicio); ¿qué le dijeron? cómo la trataron? ¿cómo se sintió de estar allí? ¿Fue acompañado por alguien?
- ¿Qué opina su pareja de cuidarse?
- ¿El ha usado algo?
- Por qué hay mujeres que se cuidan/no se cuidan
- ¿De qué depende?
- ¿Qué significa "Planificación familiar"?