

PN-ACE - 831  
101179

**INANDEP/Peru**  
**Contract No CI91 66A**

An Experiment on Organizational Models  
and Range of Methods for Family Planning  
Service Delivery to Rural and Semi-rural  
Populations in Two Regions of Peru

**FINAL REPORT**

September 1, 1991 – July 31, 1994

The Population Council seeks to improve the wellbeing and reproductive health of current and future generations around the world and to help achieve a humane, equitable, and sustainable balance between people and resources. The Council ■ analyzes population issues and trends, ■ conducts biomedical research to develop new contraceptives, ■ works with public and private agencies to improve the quality and outreach of family planning and reproductive health services, ■ helps governments to influence demographic behavior, ■ communicates the results of research in the population field to appropriate audiences, ■ and helps build research capacities in developing countries. The Council, a nonprofit, nongovernmental research organization established in 1952, has a multinational Board of Trustees, its New York headquarters supports a global network of regional and country offices.

This project was funded by the U S Agency for International Development, Office of Population, under Contract No AID/DPE-3030-Z-00-9019-00, Strategies for Improving Service Delivery/Operations Research and Technical Assistance in Latin America and the Caribbean (INOPAL II), Project Number 936-3030

September 9, 1994

PARTICIPATING AGENCIES

Peru Ministry of Health  
Andrés Mongrut, Jorge Parra

Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo (INANDEP)  
Raquel Hurtado, Rosa Monge

The Population Council/INOPAL II  
Federico R León

Development Associates, Inc  
Teresa Watanabe

Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES)  
María E León

CARE/Peru  
Irma Ramos

FINAL REPORT  
OF AN OPERATIONS RESEARCH PROJECT

"An experiment on organizational models and range of methods for family planning service delivery to rural and semi-rural populations in two regions of Peru"

Subcontract CI91 66A

## CONTENTS

ABSTRACT	02
I INTRODUCTION	04
II METHODOLOGY	05
III RESULTS	14
IV DISCUSSION	23
V DISSEMINATION	25
VI REFERENCES	25
VII APPENDIX I Published report in Spanish	28

## ABSTRACT

This field experiment, encompassing two interventions, suggests that service quality and access combine additively to affect the demand for family planning at rural and semi-rural communities in Peru. One intervention sought to strengthen services given by Ministry of Health (MOH) non-professional health workers, the other engaged community volunteers in service delivery.

The MOH reduced medical barriers to delivery of injectable contraceptives by health workers, retrained them in contraception and counseling, provided them with job aids, and improved the flow of supplies. As a result, the quality of care increased 89% of a standard deviation and both the number of new users of specific hormonal and barrier methods and the CYPs given to continuers doubled over a 10-month period, the effects on demand being greater in larger towns (pop. 4,001-6,000) than in smaller villages (pop. up to 4,000).

In part of the research sites, volunteers working in child development programs administered by CARE received training, supplies, supervision, and incentives to deliver contraceptives. Their quality of care and service statistics grew to levels comparable to those of the health workers at no cost to the output of health workers operating in the same territory.

Similar effects were observed in the northern coast and southern sierra despite their cultural differences and differences in level of contraceptive prevalence and preferred method-mix. The interventions improved the injectable continuation rate. User perceptions of services were affected in complex ways. Since the joint effect of the interventions was a fourfold increase in family planning services per town, generalization of the improved delivery model can be expected to raise the prevalence of modern contraception and reduce the unmet need for it in rural Peru. Challenges to the sustainability of the various components of the model are identified.

## I INTRODUCTION

In rural Peru, populated by 6.5 million people, total fertility rate only declined from 7.4 in 1977-78 to 6.2 in 1991-92, and the prevalence of modern contraceptive methods has remained low (15.5%). Even though 77% of the married women do not desire more children, most do not practice family planning, the unmet need for contraception in these areas has been calculated at 27%.<sup>1</sup> Even before these data were available, some clues suggested that potential users of contraception were not taking advantage of the services provided by ubiquitous health posts of the Ministry of Health (MOH) through non-professional health workers, a majority of whom included contraceptive delivery among their tasks.<sup>2</sup> Two possible causes of the suspected service under-utilization were identified: poor quality of care and certain constraints on access.

High quality services are assumed to increase contraceptive use.<sup>3</sup> The health worker, however, could not give a wide choice of methods to his or her clients due to the medical barriers existing against the use of depot medroxyprogesterone acetate (DMPA, or Depo-Provera) and/or its delivery by non-professionals.<sup>4</sup> Delivery of pills and barrier methods was further limited by the frequent failure of the logistics system to provide a regular flow of supplies.<sup>5</sup> Establishing good interpersonal relations, giving information to the user, and promoting continuation in family planning were not values promoted in the health system, according to a diagnostic study of health centers which also found that the quality of care was less satisfactory with respect to family planning than other maternal-child services.<sup>6</sup> As for the technical competence of the health worker, it could not be expected to be optimal since training of rural providers was infrequent and not systematic.<sup>7</sup> To improve the quality of family planning services in rural areas, the MOH decided to reduce medical barriers to delivery of DMPA by health workers, retrain them

in contraception and counseling, provide them with job aids, and improve the flow of supplies

Accessibility refers to the client or potential client's degree of difficulty in reaching or obtaining services.<sup>8</sup> The MOH health posts are ubiquitous in rural Peru, but not ubiquitous enough since considerable distances may separate the service delivery point (SDP) from the place of residence of clients or potential clients. Besides this problem of physical access, psycho-social barriers have been identified, mainly widespread negative beliefs concerning the side effects of modern contraception.<sup>9</sup> Access to technical information and communication with satisfied users seem to reduce psycho-social barriers and facilitate villagers' decisions to seek out modern contraception,<sup>10</sup> yet the MOH health workers remained static at their health posts and lacked motivation to make contacts with potential clients to promote family planning among them.<sup>11</sup>

To improve accessibility in rural areas, the MOH decided to engage in contraceptive delivery volunteers who would increase the number of SDPs by giving services at their own households or other informal places. Having a volunteer provider within the circumscription of the health post but placed at some distance from it would improve average geographic proximity of SDPs to client households. Volunteers could reduce psycho-social barriers by initiating family planning conversations within their social networks and functioning as role models in their communities through their use of modern contraception.

The operations research project reported here was designed to assess the effects of strengthening health workers' services and incorporating community participation on service quality and family planning demand at rural and semi-rural SDPs.

## II. METHODOLOGY

The project field activities started in November 1991 with a diagnostic visit to two regions of

Peru Since considerable cultural differences exist between the westernized coast (where total prevalence of modern contraception is 37.0) and the more traditional sierra (total prevalence = 20.1), the MOH wished to assess the effects of the interventions in both regions. Systematic efforts to reduce medical barriers began in January 1992. Following a staff change at high MOH levels, the research design was revised in April-June 1992. The other interventions took place between August 1992 and October 1993 in the departments of Tumbes and Piura in the northern coast and Puno in the southern sierra.

### Reduction of Medical Barriers

DMPA was approved for use in Peru in 1988. NET-EN has also been approved, but the MOH obtains only the former from UNFPA. Yet, Depo-Provera remained confined to the warehouses in several sub-regions, such as Puno,<sup>12</sup> owing to the negative perception of the injectable that still prevailed in the Peruvian health system. Among the medical professionals who were not against the injectable, some thought that the method could be dangerous in the hands of health workers. A conclusion of the diagnostic visit was that, even though some health workers were already delivering Depo-Provera, a change of attitude was needed at higher professional levels.

To achieve a more balanced perspective on injectable contraceptives, the MOH conducted a seminar in Lima for 96 selected opinion leaders and regional authorities in January 1992.<sup>13</sup> One of the recommendations of the seminar was to allow any technically competent health worker or volunteer to provide injectables. A version of the seminar emphasizing Depo-Provera was replicated in Piura and Puno in October 1992. It disseminated recent scientific findings pertaining to breast cancer, effects on the fetus, and common side effects, questioned the validity of certain eligibility criteria (e.g., older than 20, has had at least one child) and limiting

procedures (pelvic and Papanicolaou exams, pregnancy tests, condom use during first 2 weeks) in rural contexts, and described results of its delivery by non-professionals in other countries. The operations-research project design was discussed in detail at these seminars, and regional health authorities were reassured concerning its expected impact on client health. Anecdotal evidences suggested that the seminars were persuasive. Further adjustments of the technical norms for Depo-Provera delivery (wider grace period for reinjection, elimination of contra-indications associated with estrogens)<sup>14</sup> were introduced at the National Reproductive Health Convention of June 1993 (Pachacamac, Lima) that was attended by all the MOH family planning coordinators. Presently, the MOH is preparing the official publication of the revised norms.

The actions on opinion leaders and regional health authorities were designed to improve the conditions for a successful implementation of the project. Further medical-barrier reductions and other interventions were focused on specific provider groups.

### Provider Groups

Similar procedures were used in northern coast and southern sierra to form three groups of providers: a control group (health workers who would operate under normal conditions), a strengthening group (health workers who would receive an intervention to improve their quality of care), and a community participation group (health workers who would receive an intervention to improve their quality of care plus volunteers recruited to operate within the health workers' circumscriptions). That is, a control and two experimental groups.

In September 1992, health workers from different towns were matched for type of SDP (a majority of health posts wherein the health worker was the sole provider *versus* a few health centers that included other providers) and population of the geographic unit served by the SDP.

(from 380 through more than 10,000 persons) From each pair, one was randomly assigned to the control group (N = 60) and the other to the strengthening group (N = 60) Volunteers (N = 30) were recruited by CARE/Peru at its associated child care stations (Wawa-Wasis) in different towns The health workers for the community participation group (N = 30) were those serving the area that encompassed the respective Wawa-Wasi Like the health workers, the volunteers were male or female and at least had complete primary education

The health worker groups were equivalent in service delivery In the 3 months prior to their retraining, 75% of those in the experimental groups had distributed pills, 65% condoms, 45% vaginal tablets, and 44% Depo-Provera In the following 3 months, 72%, 54%, 46%, and 40% of those in the control group, respectively, reported new users of pills, condoms, tablets, and Depo-Provera Prior to retraining, experimental health workers and controls showed the same distribution of scores on Version 5.2 of the Family Planning Knowledge Test, a reliable multiple-choice, 40-item paper-and-pencil test highest on Reproduction, lowest on Depo-Provera, and intermediate on the Pill, Barrier Methods, and IUD-VSC test modules An observed difference on average test score, favorable to the control group, was interpreted as a result of self-selection of the more motivated control providers to attend the testing sessions <sup>15</sup>

On the other hand, control and strengthening groups were equivalent in size of population served but an overrepresentation of larger populations of potential clients prevailed in the community participation group This owed to the fact that CARE-run Wawa-Wasis tended to be placed in larger towns and forced the researchers to exert statistical control later in data analysis

### Increased Supplies

Normally, the health worker obtains contraceptive supplies from a health center that requires

submission of his or her service report as a condition to replenish his/her stock. But the supervisor may not be found, may delay signing the order, or may find that the health center itself lacks supplies. Frequent shortages occur at health centers because they often delay sending up the integrated service reports that must accompany a request for new supplies, individual providers may fail to submit their own reports and the format of the integrated report poses technical difficulties. Delays in the reporting-restoring circuit accumulate at each organizational level: health post, health center, territorial health unit, departmental or regional office, and MOH headquarters. The control group was affected by these problems throughout the project life.

Between October 1992 and October 1993, health workers of the strengthening and community participation groups received contraceptive supplies through a shorter circuit on six occasions. Initially, project staff transported the contraceptives from Lima to the regions, made individual contacts with the health workers, and replenished their stock upon reception of satisfactory service reports. Later, to improve the model sustainability, the contraceptives were sent directly to the MOH's family planning coordinators in the regions, who made them available to the experimental health workers. The shorter circuit increased the availability of contraceptive methods at experimental health posts. For example, in January-February 1993, more health workers of the control group than the experimental groups failed to provide high quality services to simulated clients and, when asked why, 21% of the former and only 7% of the latter said that the reason was a lack of supplies.

Yet, the improved system could not avoid the effects of a severe shortage of Depo-Provera at the central MOH warehouse in May-June 1993, while the project engineered a temporal solution (borrowing 1,500 doses from INPPARES, the IPPF-affiliate in Peru),

experimental health workers were advised to administer their scarce supplies prioritizing continuers in the use of the method. Another field problem was that, as the project progressed, some coordinators could not refrain from supplying contraceptives to control providers through the shorter circuit that had been designed solely for the experimental groups.

### Provider Training

Most health workers had received some sort of family planning training, though not systematically, in the past. A training-of-trainers approach was utilized to improve their competence. 17 MOH professionals (physicians, nurse-midwives, social workers) were selected in the regions to attend a 2-week course on family planning training conducted by INPPARES in Lima in August 1992. The course stressed substantive family planning concepts as well as learning processes and training techniques, and made intensive use of participatory exercises. In October 1992, the trainers replicated in the regions a 3-day course for groups of about 15 health workers of the experimental groups. The course emphasized counseling processes, quality of care concepts, and contraceptive technology, including reductions of medical barriers.

The classroom effectiveness of the course was assessed through the Family Planning Knowledge Test. The providers attending it were randomly assigned to Forms A or B of the test at the beginning of training. After training, they were retested with the parallel form (B or A) to assess learning on each of its 8-item modules. Gain scores of about 1.8 points were registered on knowledge concerning Depo-Provera and about 1.0 on the other subjects. Retesting itself, not mediated by training, only accounts for gains of 0.3 points.<sup>16</sup>

In January-February 1993, simulated clients asked for family planning services at health posts and conducted a Service Test to assess the health workers' quality of care under normal

delivery conditions <sup>17</sup> Generally, the trained providers offered a satisfactory method choice to the client, showed good interpersonal relations, and promoted continuation in family planning. Less satisfactory service behaviors were observed in the areas of technical competence and information given to the user. For example, only 27% of the trained providers asked about abnormal vaginal bleeding to a client soliciting pills and only 8% told a potential Depo-Provera user that it may take 6 to 12 months to get pregnant after method discontinuation. The observed gaps and errors were explained by cognitive variables (e.g., some providers said they could not remember all the technical information, or that the information was confusing) and attitudinal factors (e.g., some said that, to avoid losing a potential client prematurely, they did not supply information on side effects at the first contact).

The evaluators offered detailed Service Test feedback to the trainers for use in the design of a 1.5 day refresher course that was replicated in the regions in May 1993. Besides reinforcing the weak areas, the trainers informed the providers about the recently incorporated changes in technical norms of service delivery (e.g., grace period and contraindications for Depo-Provera).

### **Job Aids**

The project designed a 46-page *Manual* as a training material that could be used as a job aid to counsel clients. The *Manual* was organized by provider task, offering community guidance on family planning, informing the client about all contraceptive methods, helping the client choose a method, instructing the client about method use, and filling out reporting forms, making domiciliary visits, and making clinic referrals. Five leaflets - concerning pills, Depo-Provera, condoms, vaginal tablets, and clinical methods - were printed for distribution to clients and potential clients. Health workers of the experimental groups received these materials at the

beginning of the October 1992 course

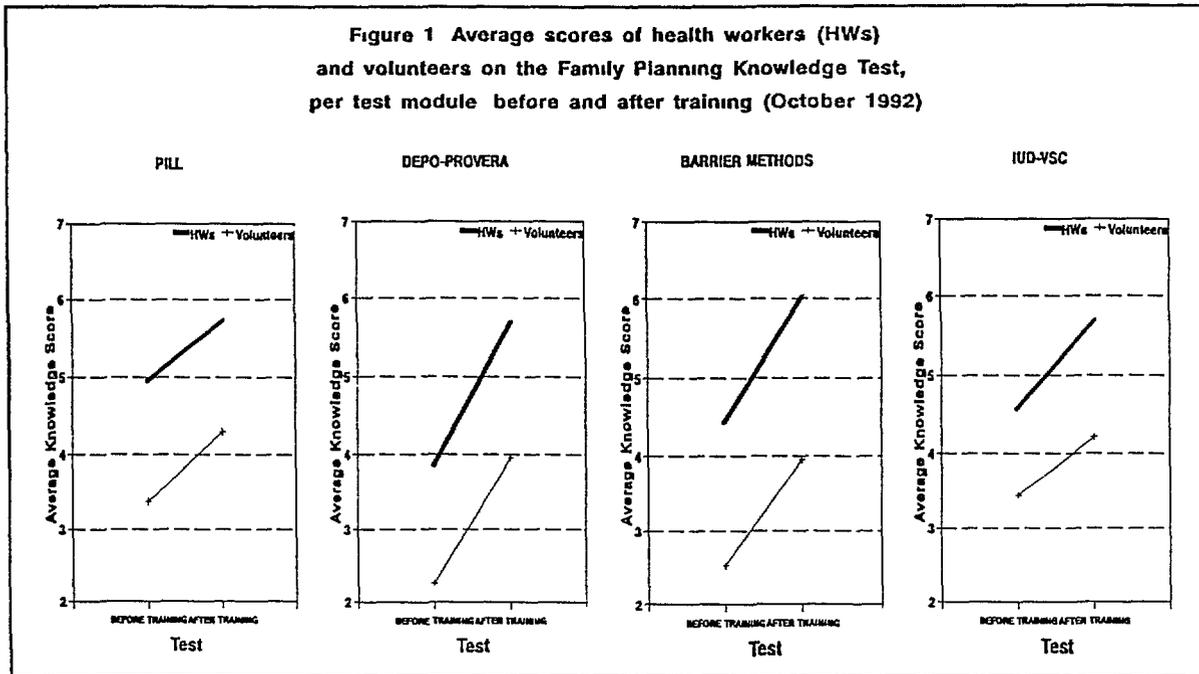
The findings of the Service Test (January-February 1993), however, suggested that the *Manual* was of limited effectiveness as a job aid since the health workers exhibited important technical gaps and errors in the interaction with simulated clients. The evaluators concluded that there was a need to standardize the service process in greater detail and that providers would benefit from an interactive guide, an interactive guide takes into account the characteristics of the individual client and tells the provider exactly what to ask or say at each step of the consultation. Building on earlier INOPAL II experiences,<sup>18</sup> the project designed an *ABC of the Provider*. This is an algorithm-based, user-friendly 54-page decision-tree that, step by step, instructs the counselor to make a diagnosis of the client situation (e.g., does client show side effects?), presents the technical information required (e.g., a list of common side effects of a given method), and facilitates a diagnostic or counseling decision by the provider (e.g., if YES, follow this ABC route, if NOT go through this other route). At the May 1993 refresher course a randomly selected half of the trainees received the ABC and instructions for using it.

### Community Participation

CARE/Peru hired two supervisors—one per region, to set up and manage the family planning program at Wawa-Wasis. These personnel attended the August 1992 course for trainers in Lima and conducted in the regions the 3-day course for 29 volunteers in October 1992. An additional half-day was allotted for training in application of injections.

As shown in Figure 1, the volunteers, lacking experience as contraceptive providers entered and left the course with lower knowledge levels than the health workers despite having learned as much as they had. Similar results were obtained on the Reproduction module. Given

this situation, CARE/Peru decided to strengthen provider knowledge through intensive individual



retraining by supervisors. The effort seemed effective, when the volunteers were visited by simulated clients in January-February 1993, their Service Test scores equalled those of the trained health workers. Like the latter, they received the 15 day refresher course of May 1993 divided into ABC and non-ABC subgroups.

Since October 1992, the CARE supervisors received MOH-provided contraceptives and distributed them directly to the volunteers upon submission of satisfactory service reports. Volunteers were instructed to charge a small standard fee. The Service Test revealed that in some cases this fee represented a smaller cost for the client than the cost of services obtained from health workers, some of whom labored for the MOH during mornings - requesting a fee or nothing for their services (this varied over subregions) - but behaved as private practitioners.

during afternoons, when they could charge as much as \$4 for a Depo-Provera injection. Thus, volunteers also improved access by reducing the financial cost of contraception to some clients.

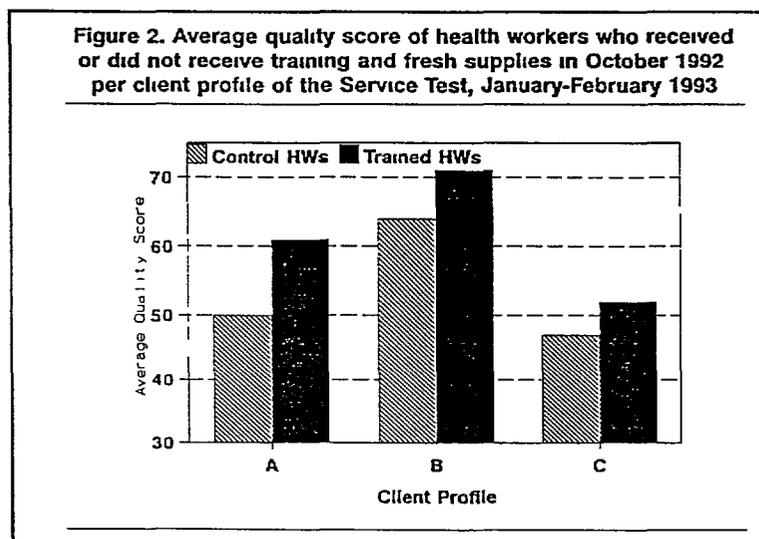
### III RESULTS

Quality of care was assessed by the Service Test and user interviews. Service demand was measured through service statistics collected at SDPs.

#### Service Test

In this test, a female simulated client, enacting a client profile, asks services of a provider and later fills out a 50-item checklist indicating whether the provider showed the behaviors expected of him/her in an interaction with the profiled client. The percentage of checked items provides a quality of care score. 3 client profiles were used, pertaining to a potential Depo-Provera user, a potential user of barrier methods, and a pill user without side effects or other problems.<sup>19</sup>

14 simulated clients were selected and trained in the northern coast and 12 in the southern sierra, each of them learned a single client profile and checklist. Each provider received one visit in January-February 1993 and a second visit (by a different simulated client) in October 1993. Figure 2 depicts the mean scores obtained by control and experimental health workers during the first visit. Integrated through meta-analytic techniques,<sup>20</sup> the differ-



ences between means (experimental > control) were significant ( $p < .01$ ) and yielded an effect

size equivalent to half a standard deviation ( $d = .52$ ). This effect can be interpreted as an improvement caused by the October 1992 interventions. As said earlier, the scores of volunteers were similar to those of trained health workers. In October 1993, the control group presented only slightly increased Service Test scores while the experimental health workers showed marked improvements. The widened gap between the groups, expressed in a greater effect size ( $d = .89$ ,  $p < .00$ ), can be explained by the retraining of May 1993 and easier access to supplies on the part of experimental providers. The average score of the volunteers, however, did not improve.

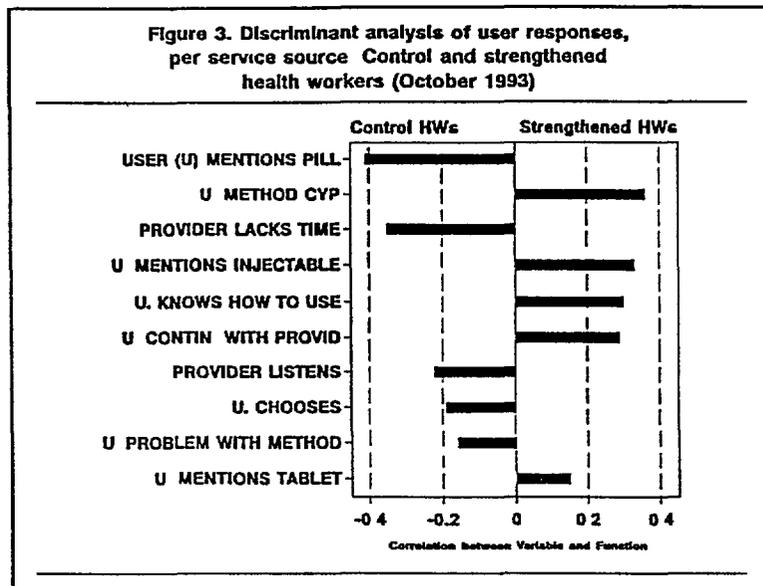
Interviews with providers that received the interactive guide in May revealed that both health workers and volunteers found it more useful than the *Manual*. However, the volunteers benefited more from its use. Those who had not received the ABC in May showed a relative loss in their quality of care from 1st to 2nd administration of the Service Test while those who had received the guide presented a considerable improvement ( $p < .05$ ). On the other hand, both subgroups of retrained health workers (with and without ABC) improved from 1st to 2nd administration of the Service Test, though those who had received the ABC improved more. It seems that the quality of care given by volunteers was more vulnerable with the passage of time. The Service Test revealed that volunteers given the ABC used it more frequently than health workers during actual delivery. Volunteers seemingly felt a greater need, some health workers thought that their professional image would decay if they resorted to it during consultation.

### User Perceptions

Providers kept a *User Register and Follow-Up* with the names of all their family planning clients. Project researchers performed a census on these data bases and selected at random, per each provider, a new client recruited between November 1992 and April 1993 and one recruited

between May and August 1993 (plus their respective substitutes)

These clients (or, if not found, their substitutes) were visited at their households in October 1993 and responded a questionnaire 249 furnished complete responses in this client survey 15 questionnaire items were selected for a



multivariate analysis purported to discriminate between the 3 provider groups The first canonical discriminant function, with a significant chi-square ( $p < .01$ ), distinguished between the strengthening group (centroid = .29) and the control group (centroid = -.54) Figure 3 depicts the correlations above .10 between item responses and discriminant function Compared with users who received services from control providers, clients of strengthened health workers used longer-acting methods (CYP), mentioned newer methods (injectable, tablet) when asked about those known, showed a better technical knowledge concerning the method they used, and exhibited a history of greater continuity in the reception of services from the same provider On the other hand, clients of control health workers mentioned more the pill, said the provider had less time for consultations, and presented more problems of method use Surprisingly, control health workers were described more frequently as providers who listened to the client and let the client choose a contraceptive method This probably owed to the fact that strengthened health workers initiated more family planning consultations with clients coming with other health

concerns. Control providers had a *laissez-faire* attitude, since they asked less and advised less, family planning clients viewed themselves as the decision-makers and attributed a listening attitude to them.

The second discriminant function distinguished between the two experimental groups. Clients of providers in the community participation group mentioned a wider range of methods and used longer-acting methods than clients of strengthened health workers.

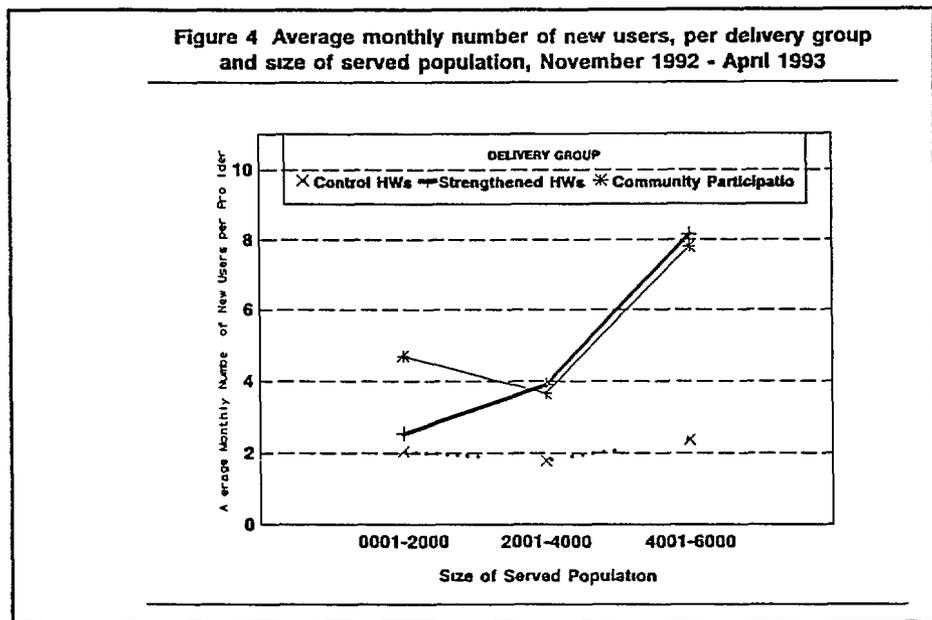
### Number of New Users

The MOH requested the use of its standard forms to measure demand. At the training of providers in October 1992, trainers made sure that health workers and volunteers knew how to correctly fill out the monthly reporting form SIS-240. Project staff did the same in their visits to providers of the control group and collected copies of all monthly reports, either directly or through MOH coordinators, during their regional visits. The SIS-240 form has a line for the number of new users of specific methods, the sum across the 4 methods delivered by health workers yielded a total monthly number of new users per provider. Eliminated from the analysis of these data were health workers operating at health centers (whose service statistics are confounded with those of other providers) or health posts serving populations greater than 6,000.

The results shown in Figure 4, corresponding to the period between the 1st and 2nd provider courses, avoid the methodological problem of overrepresentation of larger towns in the community participation group since comparisons are made at various levels of population size. A two-factor analysis of variance for the comparison between strengthened and control groups yielded a significant main effect (strengthened > control,  $p < .00$ ) that can be attributed to the interventions initiated in October 1992, and a significant Group x Size interaction ( $p < .01$ )

The interaction expressed an impact of the quality-of-care improvements on service demand that was moderate in small towns but represented a duplication of demand in medium-size towns and a fourfold increase in large towns. We speak of increases in the demand at SDPs despite the fact that the number of new users registered in the SIS-240 form does not distinguish between new users of a given method and new clients of the health worker. That is, the same new client of the provider may be

counted twice across months if she or he chooses one method in the first visit and shifts to a different method later. Yet, shifting between methods delivered by health workers was rather



infrequent. An analysis of the *User Register and Follow-Up* form kept by the providers disclosed that strengthened health workers had more cases of method shifting than control providers, but method shifting accounted for less than 5% of the reported number of new users in the November 1992 - April 1993 period. The client survey, in turn, revealed no significant differences between provider groups concerning discontinuation of family planning or shifts toward methods that health workers or volunteers did not deliver (IUD, VSC).

Since volunteers and health workers of the community participation group showed a non-

significantly different number of new users, a single curve represents their combined output in Figure 4. The difference between the strengthened and community participation groups did not reach significance ( $p < .49$ ). This is an important finding since it suggests that a health worker paired with a volunteer operating within his/her territory (community participation group) does not obtain a smaller number of new users than one operating alone in his/her area (strengthened group). It seems that volunteers did not compete with health workers but tapped a different segment of potential clients. According to a discriminant analysis of survey responses, there were more females, singles, and persons who wanted to have children among the clients of volunteers, while those of the health workers were older, of higher parity, and less educated.

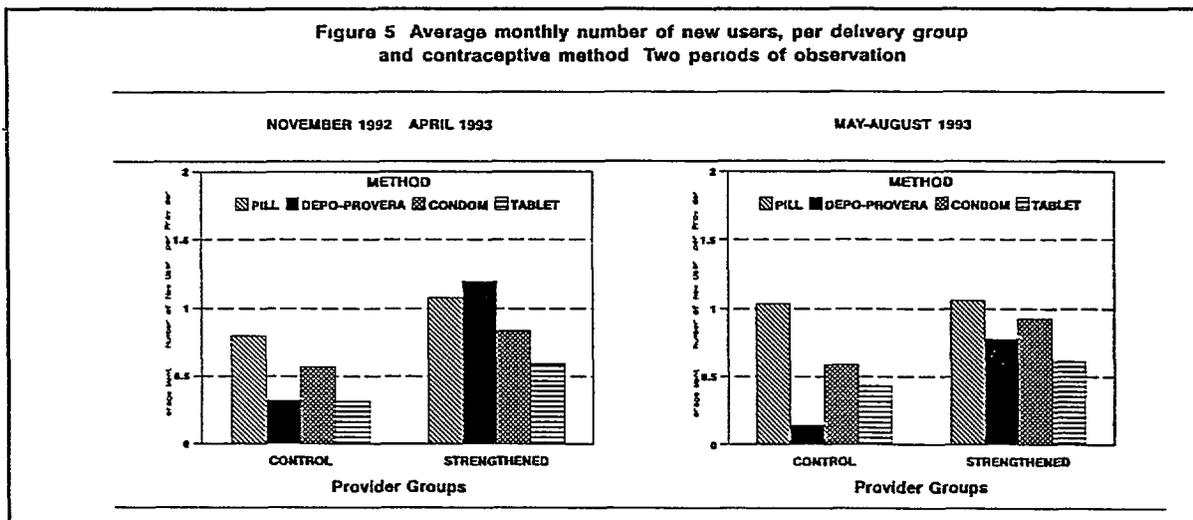
The curve for the community participation group would have to be multiplied by 2 to represent the demand per town since there were 2 providers per town in this model. Then the community participation group would emerge with a demand that, even in small and medium-size towns, is more than four times larger than that of the control group, half of the difference can be attributed to the quality improvements and half to the added SDPs (the volunteers).

After the second course for providers (May 1993), the strengthened group continued gaining more new users than the control group ( $p < .04$ ), albeit at a somewhat lower rate. In this period (May-August 1993), the gap between control and strengthened groups increased in smaller villages but shortened in larger towns. Compared with the prior period, the output of the community participation group showed an important loss, particularly in medium-size towns, but the absolute difference with the strengthened group remained nonsignificant ( $p < .34$ ). That is, the effects of service strengthening and community participation on number of new users still were visible at the end of the 10-month observation period.

## Method-Mix

Regional differences in preferred method-mix were noticed, hormonal contraceptives prevailing in the northern coast and barrier methods in the southern sierra. Nevertheless, a similar pattern of intervention effects on total number of new users recurred in the two regions.

The interventions modified the preferred method-mix. As shown in Figure 5, pills, followed by condoms, were the most popular methods in the control group in both observation periods, and Depo-Provera was the least popular method. In contrast, the injectable became the



leader in the strengthened group during the first semester. The same occurred in the community participation group, and both results were confirmed in the client survey. In May-August 1993, the injectable lost the leading position attained in the first period in the strengthened group, but the distribution of methods was much less skewed than in the control group. Similar were the results in the community participation group. The shortage of injectables in May-June 1993 affected the number of new Depo-Provera users in the 3 provider groups. The key finding, however, is that, with respect to each of the four methods, each group of experimental providers

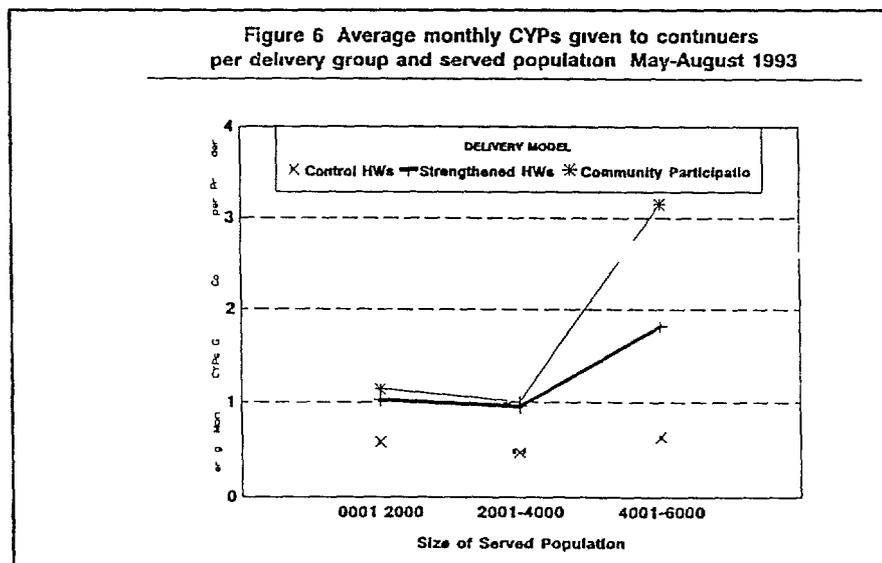
surpassed the output of the control health workers

### CYPs Given to Continuers

The number of new users gives a partial picture of family planning demand at SDPs. A second data line of the SIS-240 form focused on method continuation and presented the number of clients who continued using a method as well as the number of contraceptive units delivered. To obtain a common metric, couple-years of protection (CYP) were calculated. The analyses did not distinguish between continuers recruited before or after the October 1992 training.

In November 1992 - April 1993, the monthly number of CYPs given to continuers was significantly larger in the strengthened group (84) than the control group (44,  $p < .02$ ), regardless of population size (nonsignificant interaction,  $p < .58$ ). The community participation group (combined production of health workers and volunteers) generated as many CYPs as the strengthened group in the larger towns but as few as the control group in the smaller and medium-size towns. This result can be explained by the fact that about half the providers in the community participation

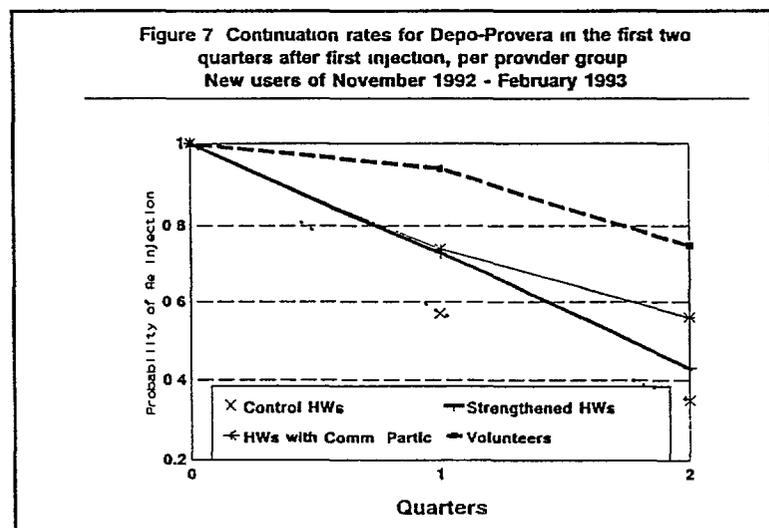
group (the volunteers) had started activities with zero continuers. Later, in May-August 1993, the community participation group caught up with the strengthened group in the small and medium-size



towns and surpassed it in larger towns (see Figure 6) The improvements can be explained by the volunteers' growing portfolio of continuers The superior performance of the experimental groups in larger towns replicates the findings concerning number of new users that were presented earlier The greater demand potential of larger towns can be explained by simple demography and/or the more modern attitudes that prevail in larger towns Again, we find a duplication of contraception following the intervention on health workers, and at least a further duplication, per town, can be attributed to the community addition of volunteers

### Depo-Provera Continuation Rate

According to the 1991-92 Peru DHS<sup>21</sup>, 6 out of 7 women who ever tried an injectable discontinued its use, versus 1 out of 2 for the IUD and 4 out of 6 for the pill The discontinuation rate in the first 12 months of use of the method is 62.6 for the injectable, versus 10.3 for the IUD and 56.7 for the pill To determine whether the injectable continuation rate could be improved by interventions like those described here, a survival analysis of Depo-Provera



use was performed on data obtained from the *User Register and Follow-Up* form Four monthly cohorts of users recruited between November 1992 and February 1993 were combined in a single analysis Figure 7 shows the results Greater continuation rates were registered for clients of health workers under experimental conditions than clients of control-group health workers,

this result can be attributed to the interventions initiated in October 1992. On the other hand, volunteers showed a better performance than health workers of the community participation group. Project personnel reported that volunteers exhibited a higher frequency of domiciliary visits to users, this factor may account for their clients' high continuation rates.

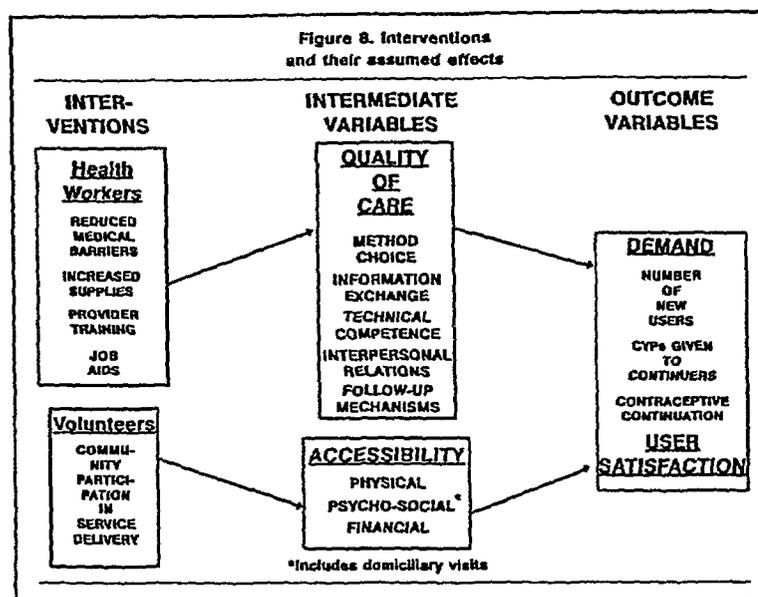
#### IV DISCUSSION

In this study, rural and semi-rural health workers randomly assigned to a strengthening condition received increased supplies, training, and job aids, and their services later showed a significantly better quality than those of an untreated control group. A causal relationship can be legitimately inferred: the intervention increased the quality of care. In the following months, the strengthened group's number of registered new users of methods and CYPs given to continuers doubled those of the controls. These findings are consistent with the hypothesis that quality improvements cause positive effects on contraceptive use and suggest that potential contraceptive demand in rural and semi-rural Peru may be rapidly satisfied at the SDPs that improve their service quality.

Do the results show that the improved quality caused an increase in contraceptive prevalence? Only a prevalence survey in the communities encompassed by the project could demonstrate this impact. Nevertheless, since the health workers were the sole providers of family planning at smaller towns and the main providers at medium-sized towns, a substantial increase in contraceptive prevalence can be legitimately predicted for rural areas. Thus, the results of this study run counter to the pessimism found in the recent literature concerning the impact of strengthened services and contradict the main conclusion of a recent correlational study in Peru which reported that quality of care does not have a large effect on contraceptive use<sup>22</sup>.

The project engaged volunteers in contraceptive delivery and found that their quality of

care and service statistics grew to levels that were comparable to those of health workers. They and the health workers operating in the same territory, rather than competing for the same client population, seemed to tap different segments, hence, the health workers' output was similar to that of health work-



ers who operated alone in other areas. These results suggest that volunteers made an additive contribution to the mobilization of demand by increasing the accessibility to contraception in their communities. Figure 8 depicts the assumed relationships. Expanded method choice has been classified only under quality of care and domiciliary visits only as elements of accessibility, this classification avoids overlap between the concepts of quality and accessibility, thus preserving their usefulness.

Will the attitudinal changes produced by the medical barrier seminars endure in Peru's northern coast and southern sierra? Is the short circuit designed in this project a logistic system that the MOH can institutionalize? Can the training-of-trainers approach produce training replications with providers without the permanent assistance of a cooperating agency? Will the community participation model be successful if it is implemented by volunteers with modest organizational strength and resources? These are challenges to the sustainability of the improved systems that the Peru MOH will have to face in the near future. The project reported here merely

demonstrated that the quality of services given by non-professional providers in rural areas can be systematically improved and that the improved quality and accessibility can cause a fourfold increase in family planning demand at SDPs. If the systems are expanded nationally, it may suffice to satisfy the considerable unmet need for contraception existing in rural Peru.

## V DISSEMINATION

Partial analyses of project data have been disseminated to diverse audiences. A preliminary analysis of Family Planning Knowledge Test data was presented at the First Latin American Family Planning Symposium (Mexico, December 1992) and further results were reported in English (Reference 15). Service Test results were offered to the Ministry of Health through a technical report in Spanish in early 1993 (Reference 17) and presented at a meeting of the Service Delivery Working Group, Subcommittee on Quality for CBD/CSM, coordinated by The EVALUATION Project, further analyses were presented in a paper in English (see latest version in Reference 19). The 1993 Peruvian Congresses of Gynecology and Obstetrics (Lima, October) and Family Planning (Arequipa, December) received contributions from the project. Overall findings were presented at regional seminars conducted in Piura and Puno in February 1994. The project final seminar, attended by 66 participants, took place in Lima in May 1994. The 90-page final report in Spanish, attached as Appendix I, was published by INANDEP.

## V REFERENCES

<sup>1</sup> DHS-Peru 1991-92 (*Encuesta demográfica y de salud familiar 1991/1992* Lima Instituto Nacional de Estadística, A. B. PRISMA, and DHS/Macro International, Inc., 1992.)

<sup>2</sup> Ministerio de Salud and The Population Council "Taller sobre distribución comunitaria

de anticonceptivos en ámbitos rurales " Final Report Lima Authors, May 1990

<sup>3</sup> Anrudh K Jain *Managing quality of care in population programs* West Hartford, Conn Kumarian Press, 1992

<sup>4</sup> Federico R León "Necesidad y oferta de servicios de planificación familiar en la provincia y la ciudad de Puno El rol de PLANIFAM/Puno " Technical Report Lima The Population Council, December 1990

<sup>5</sup> Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Pathfinder International, and A B PRISMA "Primer Inventario Nacional de Anticonceptivos " Lima Authors, 1991

<sup>6</sup> The PRISM Group "Management assessment of primary health care services in the Peru Ministry of Health " Columbia, MD, 1990

<sup>7</sup> Peru MOH and The Population Council, *op cit* (Reference 2 )

<sup>8</sup> Service Delivery Working Group "Minutes of Subcommittee Meeting on Accessibility" Coordinated by The EVALUATION Project Washington DC The Futures Group, May 5, 1993

<sup>9</sup> F R Leon, *op cit* (Reference 4 )

<sup>10</sup> Gisele Maynard-Tucker "Knowledge of reproductive physiology and modern contraceptives in rural Peru " *Studies in Family Planning*, 1989, 20, 4 215-224

<sup>11</sup> Ministerio de Salud "Conclusiones de la Segunda Convención Anual de Salud Reproductiva " Pachacamac, Lima, Author, 1992

<sup>12</sup> F R León, *op cit* (Reference 4 )

<sup>13</sup> IEPO (Instituto de Estudios Poblacionales) "Taller sobre Anticonceptivos Inyectables " Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia, January 1992

<sup>14</sup> Medical Barriers Guidelines Working Group "Consensus guidance for updating

practices " Chapel Hill, NC University of North Carolina, INTRAH Draft, February 1993

<sup>15</sup> Federico R Leon, Raquel Hurtado, and Rosa Monge "Provider knowledge concerning DMPA and other contraceptives before and after training A study in rural Peru " Lima The Population Council Draft, March 1993

<sup>16</sup> León, Hurtado, and Monge, *op cit* (Reference 15 )

<sup>17</sup> Federico R León, Raquel Hurtado, and Rosa Monge "Calidad del servicio ofrecido por proveedores rurales de planificación familiar " Technical Report for Peru MOH Lima The Population Council/INANDEP, March 1993

<sup>18</sup> Federico R León, Juan Loo, César Guzmán, and M Margarita Díaz "A job aid to assist family planning counseling decision-making in the field " *Paper presented at the 119th Annual Meeting of the American Public Health Association* New York October 1991

<sup>19</sup> Federico R León, Raquel Hurtado, and Rosa Monge "The Service Test Development and applications to evaluate provider training " Lima The Population Council, February 1994

<sup>20</sup> Robert L Bangert-Drowns "Review of developments in meta-analytic method " *Psychological Bulletin*, 1986, 99, 3 388-399

<sup>21</sup> DHS-Peru, *op cit* (Reference 1 )

<sup>22</sup> Barbara Mensch, Anrudh Jain, and Mary Arends-Kuenning "Assessing the impact of family planning services on contraceptive use in Peru A case study linking situation analysis data to the DHS " 1994 Annual Meeting of the Population Assoc of America Miami, May 4-7

**APPENDIX I**

**MEJORANDO LA CALIDAD Y ACCESO  
A SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
EN AMBITOS RURALES Y SEMI-RURALES DEL PERU**

**Federico R. León**

**Raquel Hurtado, Rosa Monge**

**Andrés Mongrut, Teresa Watanabe**

**María E León, Jorge Parra**

**Irma Ramos**

Julio de 1994

**INSTITUTO ANDINO DE ESTUDIOS EN POBLACION Y DESARROLLO**  
Lola Pardo Vargas 325 Miraflores, Lima, Peru

## INDICE

Reconocimientos	02
1 RESUMEN	03
2 INTRODUCCION	04
Contexto	04
Problemas	04
Objetivos	06
Perfil General del Proyecto	06
3 REDUCCION DE BARRERAS TECNICAS AL USO DE DEPO-PROVERA	09
Status de Barreras Técnicas en 1991-1992	09
Modificación de Creencias y Actitudes	12
Modificación de Procedimientos y Contraindicaciones	14
Tareas Pendientes	15
4 MEJORAMIENTO DE LA COMPETENCIA DEL PROVEEDOR	17
Capacitación de Capacitadores y Proveedores	17
Ajustes Sugeridos por la Evaluación de la Calidad del Servicio	19
Efectos de la Recapacitación y el ABC	26
Tareas Pendientes	34
5 RESPUESTAS DE LA POBLACION RURAL Y SEMI-RURAL	36
Número de Usuarios Nuevos	38
Años de Protección-Pareja y Continuidad	47
Percepciones del Usuario	51
Tareas Pendientes	55
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
7 NOTAS	59
8 REFERENCIAS	68
9 AUTORES	72
APENDICES	
A Syllabus del Curso de Capacitación de Capacitadores en Lima	73
B Test de Conocimientos de Planificación Familiar, Forma 5 2	76
C Syllabus del Curso para Proveedores en las Regiones	78
D Test de Servicios para Evaluar la Calidad de Atención	80
E Guía Interactiva "El ABC del Proveedor Rural"	86
F Formato SIS-240 del MINSA	89
G Formato de Registro y Seguimiento de Usuarías	90

## Reconocimientos

Este proyecto de investigación operativa fue conducido por el Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo, INANDEP (Contrato No CI91 66A) con el apoyo técnico y financiero del Proyecto INOPAL II del Population Council auspiciado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID (Contrato No DPE-3030-Z-00-9019-00) Solicitado por el Consejo Nacional de Población del Perú a fines de 1990, el proyecto fue formulado conjuntamente con la Dirección de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud El Instituto Peruano de Paternidad Responsable, INPPARES tuvo a su cargo el diseño y conducción de la capacitación de capacitadores con el apoyo financiero y técnico de Development Associates CARE/Peru implementó el componente de voluntarios del modelo de participación comunitaria El Fondo de Población de las Naciones Unidas, FNUAP aportó el suministro de Depo-Provera y co-financió el seminario de IEPO USAID/Peru contribuyó con otros anticonceptivos Colaboraron importantemente en el diseño, conducción, y/o mejoramiento del proyecto Carlos Eduardo Aramburu, Maria Angelica Borneck, Jim Foreit, Luis Miguel León, Genny Martínez, Patricia Mostajo, Estrelia Nizama, Jim Rosen, Francisco Sánchez, Einar Sanved, Jennifer Smith, Judy Schroeder, Luz Valdivia, y Alberto Varillas Hicieron valiosos aportes materiales y/o técnicos el Instituto de Estudios de Población de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (IEPO), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la International Planned Parenthood Federation (IPPF/WHO), la Asociación Benefica PRISMA, y expertos, autoridades, capacitadores, y proveedores de servicios del Ministerio de Salud y CARE La redacción de este informe estuvo a cargo del primer autor

## 1 RESUMEN

■ El tecnico sanitario que opera en postas del Ministerio de Salud (MINSAs) es un proveedor ubicuo en la atencion a poblaciones rurales y semi-rurales del Perú, pero la calidad de sus servicios de planificación familiar esta limitada por una capacitación irregular, frecuente desabastecimiento de suministros, y barreras técnicas al uso del inyectable Depo-Provera. De otro lado, se sabe poco sobre la contribución a la cobertura de atenciones que podrian hacer voluntarios de la comunidad apostados dentro de su mismo territorio

■ Este proyecto (a) desarrolló sistemas de capacitación, logística, y participación comunitaria y (b) evaluo sus efectos en el mejoramiento de la calidad de atencion y la ampliación del acceso de la poblacion rural y semi-rural a los servicios. Los trabajos de campo tuvieron lugar en la costa norte (Grau) y sierra sur (Puno) entre noviembre de 1991 y octubre de 1993

■ El proyecto redujo las creencias y actitudes negativas hacia Depo-Provera mediante seminarios de actualización para autoridades de salud y proveedores, legitimó la aplicación del inyectable por sanitarios del Ministerio y voluntarios de Wawa-wasis supervisados por CARE, y actualizo las normas técnicas de atención concernientes a métodos hormonales. La reducción de barreras técnicas podría lograrse en el país entero mediante replicas de los procedimientos empleados en el proyecto y la oficialización de las nuevas normas de atención

■ Se demostro que es viable la capacitación en cascada asistida por una agencia externa al MINSAs. Un Curso de 3 días de duración y una recapitación de 1 a 1.5 días incrementaron sustancialmente los conocimientos y la calidad del servicio de los sanitarios. Los aspectos interpersonales del servicio fueron resueltos con mayor facilidad que los aspectos técnicos. Los voluntarios necesitaron el complemento de una supervisión estrecha durante 3 meses para alcanzar un nivel de competencia comparable al del sanitario. Ambos, sanitarios y voluntarios (particularmente, los últimos), se beneficiaron del uso de una guía interactiva de consulta (el "ABC") que organiza el comportamiento de servicio en función del perfil individual del cliente y sirve de memoria auxiliar de datos técnicos

■ Se facilito el flujo de suministros reduciendo instancias intermedias y basando su reposición en la demanda real. El fortalecimiento logístico y de competencia técnica del sanitario por lo menos duplicaron el número de usuarios nuevos reclutados y los años de protección pareja (APP) dados por el sanitario a continuadores en el uso de métodos. La incorporación de voluntarios de Wawa-wasi a la distribución de métodos en el mismo territorio no disminuyó el rendimiento del sanitario a lo largo de 10 meses de observación. En conjunto el fortalecimiento logístico y de competencia del proveedor y la participación comunitaria por lo menos cuadruplicaron, por poblado, el número de usuarios nuevos y los APPs dados a continuadores

■ Los efectos ocurrieron en poblados pequeños (hasta 2,000 habitantes) y medianos (2,001-4,000), pero fueron más marcados en los grandes (4,001-6,000). Se observo mayor prevalencia de anticonceptivos y preferencia por hormonales en el norte (y métodos de barrera en el sur), pero hubo mejoras en las dos regiones. La intervención mejoro la tasa de continuidad del inyectable y modifico la mezcla de métodos, convirtiendo a Depo-Provera en el método más usado en la costa norte y más usado que la píldora en la sierra sur. En el grupo de sanitarios de control, el inyectable fue menos usado que la píldora, el condón, y la tableta vaginal

■ El informe discute las implicancias prácticas de los hallazgos y formula recomendaciones para el aprovechamiento de los sistemas e instrumentos desarrollados

## 2. INTRODUCCION

Una de las prioridades del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en planificación familiar es la atención en áreas rurales, donde los servicios son débiles. Este proyecto tuvo el propósito de fortalecer la calidad de dichos servicios y mejorar el acceso de la población a ellos.

### Contexto

Seis millones y medio de peruanos viven en ámbitos rurales, donde los avances en salud durante los últimos 15 años han sido limitados. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad se redujo sólo de 7.4 a 6.2 entre 1977-78 y 1991-92 (*versus* de 4.5 a 2.8 en ámbitos urbanos). La mujer rural sigue siendo menos educada y sigue teniendo un riesgo obstétrico y reproductivo y una exposición al embarazo en la adolescencia considerablemente mayores que la mujer urbana. No sorprende entonces hallar que el porcentaje de mujeres unidas que declaran no desear más hijos sea mayor en el campo (77%) que en la ciudad (70%, ENDES, 1992). Consecuentemente, el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia del MINSA (1992) considera prioritaria la focalización de acciones en las zonas rurales del país.

¿Que acciones? La necesidad insatisfecha de planificación familiar en zonas rurales (27%) duplica a la que se registra en ciudades (12%), sugiriendo que el primer problema por resolver en ámbitos rurales es el de calidad y acceso a los servicios, de tal manera que las mujeres puedan satisfacer sus metas reproductivas presentes.<sup>1</sup> Mas específicamente, se necesita mejorar la oferta de los métodos más eficaces de planificación familiar, es decir, los modernos, cuya prevalencia de uso es muy baja en el campo, 15%.<sup>2</sup>

### Problemas

El MINSA tiene una infraestructura de servicios rurales que llega hasta las localidades más apartadas del territorio pero, según expertos, es débil en la atención de planificación familiar (MINSA/Population Council, 1990). Ello fue confirmado por un estudio realizado en centros de salud que halló niveles de cobertura y calidad más bajos en planificación familiar que en los restantes programas de sobrevivencia infantil y salud materna (PRISM, 1990).

El personal clave en ámbitos rurales es el técnico sanitario, que opera solitariamente en las postas de salud de los poblados más pequeños, aunque también forma parte del equipo médico en centros de salud de poblados mayores. Sus labores de consejería y entrega de métodos anticonceptivos hormonales y de barrera, que se agregan a otros servicios de salud que presta a la comunidad,<sup>3</sup> están limitadas por tres problemas. Primero, el sanitario, a diferencia de las obstetras y enfermeras, no suele recibir una capacitación sistemática en planificación familiar (MINSA/Population Council, 1990), la calidad de su servicio, entonces, no puede ser óptima. Segundo, sufre un desabastecimiento crónico de anticonceptivos, los problemas de suministro que se han registrado en los centros de salud (MINSA y cols., 1991) afectan a las postas en mayor grado. Tercero, hay en su entorno barreras técnicas contra el uso del inyectable de acción prolongada Depo-Provera (acetato de medroxiprogesterona de depósito, AMPD) que sesgan la entrega de métodos por el sanitario. Las barreras van desde la norma explícita indicando su prescripción solo por profesionales (MINSA, 1989)<sup>4</sup> hasta la prohibición implícita de su administración en toda una región, sea por personal médico o paramédico (Leon, 1990). Así, a causa de las limitaciones logísticas y las barreras técnicas, la población rural tiene un acceso restringido a Depo-Provera, el método de más larga acción (3 meses) de los cuatro que se confían al personal no profesional de salud.<sup>5</sup>

Un tema asociado a los anteriores concierne a la intervención de voluntarios de las comunidades rurales en la entrega de servicios. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) tienen un puesto distinguido en la historia de la planificación familiar en el país, y el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia acepta su participación de manera que no compitan con los esfuerzos del Sector Salud. Sin embargo, el MINSA no sabe a ciencia cierta cuál sería la naturaleza y magnitud del aporte de la participación comunitaria organizada por ONGs en ámbitos rurales: es decir, cuál sería su impacto en la calidad de atención y el mejoramiento del acceso de la población a la planificación familiar.

La investigación operativa propone soluciones para los problemas operativos de las instituciones y evalúa los efectos de éstas en el funcionamiento organizacional, la entrega de servicios, y/o sus resultados sociales. El presente Proyecto Rural de Investigación Operativa (PRIO) desarrolló y puso a prueba varios modelos e intervenciones orientados a mejorar la calidad y acceso de la población rural y semi-rural del Perú a los servicios de planificación familiar.<sup>6</sup>

## Objetivos

Los objetivos del PRIO fueron los siguientes

- 1 Reducir las barreras técnicas existentes contra el acceso de la población a Depo-Provera y evaluar la aceptación del inyectable por la población rural y semi-rural
- 2 Desarrollar y evaluar la eficacia de un sistema de capacitación para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar ofrecidos por técnicos sanitarios y voluntarios de la comunidad en ámbitos rurales y semi-rurales
- 3 Poner a prueba la hipótesis de que la capacitación del sanitario más el apropiado suministro de anticonceptivos tienen efectos inmediatos en la ampliación de la cobertura rural y semi-rural de planificación familiar
- 4 Poner a prueba la hipótesis de que la participación organizada de voluntarios de la comunidad en la entrega de servicios logra efectos adicionales de ampliación de la cobertura rural y semi-rural
- 5 Averiguar si los procedimientos aplicados para conseguir las mejoras de calidad y cobertura dan los mismos resultados en distintas regiones del Perú

## Perfil General del Proyecto

La reducción de barreras técnicas contra el acceso de la población rural a Depo-Provera se persiguió a través de esfuerzos de cambio de actitudes hacia el inyectable por parte de autoridades, capacitadores, y proveedores, y modificación de las normas técnicas de atención

El modelo de mejoramiento de la calidad de atención incluyó (a) una capacitación en cascada, donde capacitadores regionales son entrenados en técnicas de enseñanza antes de capacitar a los proveedores, y (b) una interacción estrecha entre capacitadores y evaluadores, de modo que la retroalimentación dada por los últimos ayudara a mejorar la capacitación

La evaluación de la aceptación de Depo-Provera, la eficacia de la capacitación, y la ampliación de la cobertura demandaron el fortalecimiento del circuito logístico entre el nivel central del MINSA y los coordinadores sub-regionales de planificación familiar

La participación organizada de voluntarios de comunidades rurales en la entrega de servicios de planificación familiar se implementó según el modelo Wawa-wasi con CARE/Perú

Las comparaciones regionales consideraron zonas costeñas, donde la modernización social y la prevalencia de anticonceptivos son relativamente altos, y zonas de altura, más tradicionales y con la anticoncepción menos extendida. El proyecto, originalmente pensado para toda la costa norte y la sierra de la región Mariátegui, se implementó finalmente solo en la región Grau (Piura, Sullana, Tumbes) y Puno (margen occidental del Lago Titicaca), respectivamente.

El diseño de la investigación (véase la Tabla 1) consideró un grupo de sanitarios que funcionarían de acuerdo a los procedimientos corrientes (Grupo de Control), un grupo de sanitarios al que se le capacitaría y mejoraría la logística de suministros (Grupo Fortalecido), y un grupo de sanitarios al que se le capacitaría, se le fortalecería logísticamente, y se le agregaría la participación comunitaria (Grupo Fortalecido con Participación Comunitaria). Este esquema permite evaluar los efectos incrementales de ampliación de la cobertura en función de la acumulación de intervenciones (capacitación/logística, participación comunitaria).

**Tabla 1**  
**Diseño incremental de efectos del Proyecto Rural de Investigación Operativa (PRIO)<sup>7</sup>**

GRUPO DE PROVEEDORES	REGIONES Y CASOS	
	GRAU	PUNO
Control	30 sanitarios	30 sanitarios
Fortalecido	30 sanitarios	30 sanitarios
Fortalecido con Participación Comunitaria	15 sanitarios 15 voluntarios	15 sanitarios 15 voluntarios

El proyecto se desarrolló en tres fases (véase la Figura 1 al dorso de esta página). La primera, esencialmente preparatoria, va desde su formulación a principios de 1991 hasta febrero de 1992. La segunda dura un año desde esa fecha, abarcando una transición de personal directivo en el MINSA, la reformulación de objetivos y diseño del PRIO, y la primera parte de su ejecución. La tercera es una etapa de ajustes de modelos, búsqueda de nuevas soluciones, y recolección y análisis finales de datos.

**Figura 1. Desarrollo cronológico del proyecto, por rubro de actividad**

LUGAR	FASE 1			FASE 2					FASE 3							
	MAY 1991	NOV 1991	ENE 1992	JUN 1992	AGO 1992	SEP 1992	OCT 1992	ENE 1993	ABR 1992	MAY 1992	JUN 1993	JUL 1993	AGO 1993	OCT 1993	FEB 1994	MAY 1994
	<b>Acciones con autoridades centrales y regionales</b>															
LIMA	Completamiento del Diseño del Proyecto con el MINSA	Seminario sobre Inyectables	Reformulación del Proyecto						Nuevas Normas de Atención		Convención Nacional de Salud Reproductiva				Seminario Final	
REGIONES		Consulta y Aprobación del Proyecto				Seminarios de Lanzamiento				Reposición de Stocks	Reposición de Stocks	Reposición de Stocks			Seminarios Regionales	
	<b>Intervenciones sobre capacitadores y proveedores del grupo experimental</b>															
LIMA				Capacitación de Capacitadores												
REGIONES		Selección de Capacitadores			Selección de Proveedores Grupos Control y Fortalecidos	Capacitación de Proveedores de los Grupos Fortalecidos	Entrega de Suministros			Recapacitación de Capacitadores y Proveedores de los Grupos Fortalecidos					Seminarios Regionales	
	<b>Acciones de recolección de datos</b>															
LIMA																
REGIONES	Diagnóstico de Actitudes e Infraestructura de Servicios	Selección de Postas y Centros de Salud	Registro de Sanitarios			Test de Conocimientos a Proveedores	Test de Servicios a Proveedores			Estadística de Servicios y Marco de Encuesta a Usuarios (Fase 1)		Estadística de Servicios y Marco de Encuesta a Usuarios (Fase 2)		Test de Servicios y Encuesta a Proveedores y Usuarios		

### 3 REDUCCION DE BARRERAS TECNICAS AL USO DE DEPO-PROVERA

Las barreras técnicas para el acceso a la planificación familiar se definen como las prácticas, derivadas al menos parcialmente de una fundamentación médica, que traen como resultado un impedimento científicamente injustificable para ejercer la anticoncepción (Shelton y cols , 1992)

#### Status de Barreras Técnicas en 1991/1992

Al implementarse el PRIO, las barreras técnicas listadas en la Figura 2 (al dorso de esta página) limitaban el acceso de la población a Depo-Provera en los puntos de entrega de servicios del MINSA, tanto en ámbitos urbanos como rurales.<sup>8</sup> El Perú aprobó el uso del producto como anticonceptivo en 1988, pero a mediados de 1992 la Oficina de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, USFDA aún no lo había hecho, con el resultado de impedir que la USAID pudiera adquirirlo para donaciones a países en vías de desarrollo.<sup>9</sup> La repetida desaprobación del producto en Estados Unidos funcionaba como una barrera en el Perú al afectar las donaciones de suministros y asistencia técnica y fortalecer indirectamente los sesgos del proveedor. El rechazo del producto se originaba en resultados de antiguas investigaciones animales que sugerían principalmente un riesgo aumentado de cáncer de mama en la usuaria de AMPD.

Luego de su aprobación en el Perú, la imagen local de Depo-Provera mantuvo un perfil negativo pese a que las evidencias científicas tranquilizadoras respecto a su uso por humanos se acumulaban y llegaban al país (v.g., Hatcher y cols , 1988, Liskin y Blackburn, 1987). Esta situación se mantuvo porque no hubo un esfuerzo sistemático de divulgación de hallazgos recientes entre los profesionales y porque el suministro de AMPD que recibía el MINSA no venía acompañado de una asistencia técnica sistemática a la periferia. Así, las autoridades de salud de Puno podían recibir AMPD en sus almacenes pero igualmente mantenían sus creencias negativas y podían prohibir el uso del inyectable en toda la región del altiplano (Leon, 1990).

Los médicos y obstetras mayoritariamente omitían Depo-Provera en la mezcla de métodos ofrecidos a sus clientes a causa de preocupaciones por la generación de cánceres. Esto constituye una barrera técnica porque en realidad el riesgo de cáncer de mama es igual en la usuaria de AMPD y la usuaria de anticonceptivos orales combinados (Thomas y Noonan, 1991),<sup>10</sup>

**Figura 2 Barreras técnicas al uso de Depo-Provera existentes en 1991 y/o 1992 que fueron reducidas durante la vida del proyecto**

### **REGULACION**

Desaprobacion por USFDA\*  
Desaprobacion por autoridades regionales

### **SESGOS DEL PROVEEDOR**

Creencia en la generacion de canceres  
Sobreestimacion de efectos sobre el feto  
Sobrevaloracion de efectos secundarios

### **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

La usuaria debe tener hijo(s)  
La usuaria debe ser mayor de 20 años

### **QUIEN PROVEE EL SERVICIO**

Profesionales (medicos obstetricas enfermeras) capacitados

### **PROCEDIMIENTOS LIMITANTES**

Examen pelvico  
Papanicolaou  
Prueba de embarazo  
Uso del condon durante 2 semanas despues de la primera inyeccion  
Tolerancia de 3 dias de atraso respecto a la fecha de reinyeccion

### **CONTRAINDICACIONES**

Tromboembolias  
Enfermedad cardiaca  
Hipertension  
Enfermedad del higado  
Enfermedad del rinon  
Cefaleas intensas  
Colecistopatias  
Depresion  
Epilepsia

Obviamente la reduccion de esta barrera no se atribuye al proyecto

el de los cánceres cervical (Thomas y Ray, 1992), ovárico (Sanford y Thomas, 1991), y hepático (Rosenblatt y Thomas, 1991) es igual al de la población general, y el del endometrial se reduce con el uso de AMPD (Thomas y Ray, 1991) El sesgo anti-inyectable del proveedor se nutría también de una creencia en el riesgo de efectos sobre el feto en caso que una mujer embarazada usase el producto Las evidencias científicas, sin embargo, indican que el único efecto probable es el bajo peso al nacer (Gray y Pardthaisong, 1991, Pardthaisong y cols , 1992, Pardthaisong y Gray, 1991), en cualquier caso, el problema se resuelve asegurándose que la usuaria no está embarazada También preocupaba la severidad de las reacciones secundarias de la usuaria, especialmente la abundancia de los sangrados, sin tenerse en cuenta que con el uso prolongado de AMPD el sangrado disminuye, que la amenorrea es frecuente (Belsey y cols , 1991), y que la tolerancia a los efectos secundarios varía de mujer a mujer <sup>11</sup>

Otras barreras se encontraban en los criterios de elegibilidad para el uso de Depo-Provera seguidos por médicos y obstetras La exclusión de las mujeres nulíparas se basaba en la creencia de un riesgo de infertilidad, lo que es injustificado pues, si bien el uso de AMPD determina un retraso medio de la concepción de 5.5 meses después de discontinuar las inyecciones, no existe una asociación entre la infertilidad y el uso previo de Depo-Provera (Pardthaisong, 1984) La exclusión de las mujeres menores de 20 años respondía a la creencia de que el AMPD interfería con el establecimiento y estabilización de la función reproductiva de la mujer

Al solicitar la inclusión del inyectable en el PRIO, la Dirección de Salud Reproductiva del MINSA era consciente de la existencia de barreras anti-AMPD, sin embargo, la magnitud del problema que se detectó posteriormente en campo superó las previsiones Las primeras actividades del proyecto consistieron en someterlo a aprobación por las autoridades de salud de la sierra sur y la costa norte del Perú en noviembre de 1991 En una y otra región se detectó en varios niveles - desde el de Director Regional de Salud hasta el de Coordinador Sub-regional de Planificación Familiar - serias reservas respecto al uso del inyectable en general, por asociarsele con el riesgo de cáncer de mama, infertilidad, y otros males O actitudes contrarias a su administración por el sanitario, con el argumento de que este carecía de las calificaciones profesionales requeridas para diagnosticar contraindicaciones y manejar efectos secundarios y signos de peligro <sup>12</sup> Cabe decir en favor de las autoridades regionales que estas actitudes no eran universales, que las reservas respecto al uso de Depo-Provera prevalecían entonces en los mas

altos niveles profesionales de la especialidad gineco-obstétrica, tanto a nivel nacional como internacional,<sup>13</sup> y que hay merito en haber sido suficientemente abiertas a la innovación y al mismo tiempo responsables como para aceptar finalmente el PRIO y Depo-Provera pero exigiendo estándares de atención que minimizaran los riesgos para la población usuaria

### Modificación de Creencias y Actitudes

Se concluyó que poco se ganaría mejorando la logística de suministros y la competencia tecnica del sanitario si autoridades medicas clave y líderes de opinion profesional mantenian reservas sobre el AMPD. El MINSA y el PRIO intensificaron entonces sus actividades de divulgación de evidencias científicas, comenzando por solicitar al Instituto de Estudios Poblacionales (IEPO) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia la realizacion de un Seminario sobre Inyectables que se realizo en enero de 1992 con apoyo del Population Council y FNUAP. Participaron en el seminario 96 profesionales - principalmente médicos y obstetricas - de los cuales 18 eran autoridades de las regiones donde se implementaba el proyecto. Las conclusiones de los grupos de trabajo fueron universalmente favorables al uso de Depo-Provera y a su administracion por personal paramédico, incluyendo voluntarios de la comunidad, siempre que pudiese garantizarse un mínimo de competencia técnica en el manejo del inyectable. Los resultados del seminario sugirieron que, para modificar creencias y actitudes negativas hacia el producto, bastaba quedar expuesto a informacion científica actualizada a traves de comunicadores con credibilidad. La tarea de modificación de actitudes continuo con el envio de un paquete de publicaciones científicas traducidas al castellano hacia las regiones, a fin de abarcar a las autoridades que no habian logrado participar en el seminario de IEPO.<sup>14</sup>

Obviamente, la reduccion de barreras tecnicas entre las autoridades medicas y lideres de opinion es un requisito necesario pero no condicion suficiente para lograr que Depo-Provera se convierta en una opcion comparable a la píldora o los métodos de barrera para la mujer rural. Al ser preguntados sobre la provision de anticonceptivos que habian efectuado entre julio y septiembre de 1992, solo 44% de los sanitarios seleccionados al azar en Grau y Puno para recibir capacitacion y suministros en octubre (grupos fortalecidos) dijeron haber aplicado Depo-Provera, contra 76% que decian haber distribuido píldoras, 65% condones, y 45% tabletas vaginales. Es decir, solo una minoria de sanitarios aplicaba Depo-Provera pese a los esfuerzos

de reducción de barreras técnicas que el PRIO había desplegado con las autoridades de salud desde principios de año

Finalmente, poco antes de la iniciación de las actividades de capacitación de los sanitarios asignados a los grupos fortalecidos, en octubre de 1992, se realizaron seminarios regionales de lanzamiento del proyecto en los que participaron las autoridades regionales y los capacitadores. Las exposiciones se refirieron a los objetivos y diseño del proyecto, y hubo una sección especial sobre Depo-Provera desarrollada por el médico que había conducido las investigaciones que sirvieron de base para la aprobación del producto por el MINSA.<sup>15</sup> Los seminarios regionales fueron eficaces pues crearon una expectativa de logros sustantivos respecto al proyecto, disminuyeron importantemente las reservas que aún existían entre las autoridades respecto al inyectable, e indujeron a algunos médicos a iniciar inmediatamente el uso de Depo-Provera en su práctica privada. Probablemente ayudó el hecho que en septiembre de 1992 la USFDA aprobase el uso anticonceptivo del inyectable en Estados Unidos.

Sin embargo, estas acciones, por sí solas, tampoco fueron suficientes para asegurar el acceso de la población rural a Depo-Provera. Como se aprecia en la Tabla 2, porcentajes similares a los descritos arriba para el período julio-setiembre 1992 se descubrieron para el período noviembre 1992 - enero 1993 en la estadística de servicios de los sanitarios que no recibieron capacitación en octubre ni una logística mejorada de suministros (grupo de control), solo el 40% de estos sanitarios habían tenido al menos una usuaria nueva de AMPD a lo largo

**Tabla 2**  
**Porcentaje de técnicos sanitarios rurales de Grau y Puno que en su estadística de servicios tienen por lo menos un usuario nuevo durante el período noviembre 1992 - enero 1993, por método**

GRUPOS DE SANITARIOS	METODO			
	PILDORA	DEPO PROVERA	CONDON	TABLETA
Control (n = 60)	72	40	54	46
Fortalecidos (n = 90)	73	76	76	64

de los tres meses. En contraste, los grupos fortalecidos, que recibieron capacitación y un abastecimiento regular de anticonceptivos desde octubre, ampliaron considerablemente la aplicación de Depo-Provera (de 40% a 76%), y en menor grado la de otros métodos. Es decir, se requirió una acción directa sobre los proveedores rurales para lograr los cambios.

### Modificación de Procedimientos y Contraindicaciones

Procedimientos y contraindicaciones limitantes (véase la Figura 2) también fueron discutidos con las autoridades centrales y regionales, acordándose no exigir examen pélvico, Papanicolaou, ni pruebas de embarazo como condición previa al uso de Depo-Provera en el marco del PRIO. Los sanitarios no están en capacidad de realizar exámenes pélvicos, los ámbitos rurales y semi-rurales del Perú carecen de centros de análisis de Papanicolaou, y las pruebas de embarazo pueden sustituirse por evidencias clínicas. La racionalidad de estas decisiones se define por un concepto simple: las consecuencias orgánicas de un embarazo indeseado en un ámbito como el rural del Perú son más graves para la mujer que los riesgos asociados con el uso de cualquier anticonceptivo, de tal manera que siempre será preferible garantizar la anticoncepción (véase INTRAH, 1993, pp. 5-18). También se acordó retirar el requisito de usar un método de barrera durante las dos primeras semanas a partir de la primera inyección, la acción anticonceptiva del AMPD se establece en 24 horas, de manera que indicar el uso simultáneo de otro método durante dos semanas solo debilita la confianza de la usuaria en el inyectable. Más adelante se acordó extender el período de gracia para reinyectarse de tres días a dos semanas, o aun un mes (con uso simultáneo de condón), los niveles sanguíneos de AMPD permanecen suficientemente altos como para mantener un efecto anticonceptivo durante cuatro meses después de la inyección.

En cuanto a las contraindicaciones para el uso de Depo-Provera, el MINSA (1989, 1992), como la mayoría de proveedores y aun los fabricantes del producto, señalaba en su manual de normas que eran las mismas que para el uso de los anticonceptivos orales combinados. Está claramente establecido que las mujeres con enfermedad presente o pasada de tipo tromboembólico o cardiovascular no deben usar anticonceptivos orales combinados, a causa de la presencia de estrógenos en su composición. Pero Depo-Provera no incluye estrógenos. Los anticonceptivos basados solo en progestinas no tienen efectos significativos en la formación de

coágulos sanguíneos o la presión sanguínea, sus efectos sobre el colesterol son débiles, y no se ha demostrado que incrementen el riesgo de enfermedad cardiovascular (OMS, 1990, pp 68-69) Similar es la situación respecto a las enfermedades hepáticas agudas y los tumores hepáticos malignos o benignos (Hatcher y cols , 1988, pp 264), así como la diabetes mellitus (OMS, 1990, p 78) En consecuencia, al iniciarse la Fase 3 del proyecto la Dirección de Salud Reproductiva del MINSA dispuso - como prueba piloto aprovechando el PRIO - eliminar de las contraindicaciones para el uso de AMPD aquellas asociadas con los efectos orgánicos de los estrógenos. Igualmente, se acordó retirar la depresión, un exceso de progestinas puede causar depresión en algunas mujeres, así que el proveedor debe estar alerta para diagnosticar los cambios de estados de ánimo, pero su inclusión en la lista de contraindicaciones obligaría al sanitario a realizar con cada usuaria nueva un diagnóstico psicopatológico para el que no está capacitado. La epilepsia también fue excluida de la lista de contraindicaciones pues en sí misma no representa un problema para el uso de AMPD. Lo que ocurre es que la mayoría de medicamentos anticonvulsivos hacen que el hígado procese los estrógenos y progestinas muy rápido, reduciendo su efecto anticonceptivo, de aquí que la usuaria actual o potencial de anticonvulsivos deba ser advertida sobre los efectos neutralizantes de los medicamentos específicos <sup>16</sup>

Los principales cambios de procedimientos fueron introducidos en la capacitación de sanitarios y voluntarios que tuvo lugar en octubre de 1992 (vease la Figura 1). Los referentes a las contraindicaciones para el uso de Depo-Provera, junto con otros cambios, menos vastos, concernientes a los anticonceptivos orales combinados, se introdujeron en la recapacitación de mayo de 1993 y se mantuvieron en efecto durante el resto de vida del proyecto. Las contraindicaciones para el uso de Depo-Provera se redujeron, entonces, a tres: (a) embarazo comprobado o sospechado, (b) sangrado vaginal anormal inexplicado, y (c) cáncer de mama diagnosticado o sospechado, todos los cuales tienen una justificación científica (INTRAH, 1993)

### Tareas Pendientes

Los seminarios finales del proyecto en Puno y Piura (febrero de 1994), donde se expusieron los resultados del PRIO, sirvieron para reforzar las actitudes positivas hacia el inyectable, tanto entre autoridades regionales como capacitadores y proveedores. Sirvieron también para confirmar dos observaciones previas. Primero, que fue una buena decisión consultar el proyecto con las

autoridades regionales en lugar de simplemente implementarlo a base de órdenes del nivel central del MINSA. Como dijo en el seminario final del norte el Director de Atención a las Personas de la Sub-Región de Piura (quien siguió al PRIO desde sus comienzos), la consulta fué clave para revelar preocupaciones sobre Depo-Provera que permitieron superarlas posteriormente y para incorporar en el proyecto ideas locales que fueron valiosas e hicieron sentir al personal regional participe activo en el PRIO. La segunda observación concierne a lo que queda por hacer. Para erradicar el sesgo anti-inyectable se requiere un esfuerzo a nivel nacional, pues los cambios de actitudes logrados dentro del proyecto pueden perderse, minados por fuerzas del entorno. Por ejemplo, se sufría un retroceso cada vez que se incorporaba un "serumista" (médico que hace su servicio rural) a un punto de entrega de servicios donde había un sanitario de un grupo fortalecido del PRIO, el serumista con frecuencia venía con ideas fijas a favor de un anticonceptivo (v.g., todas las mujeres deben usar un dispositivo intrauterino) o contra Depo-Provera o el sanitario.<sup>17</sup> Mientras no se complete el cambio de actitudes hacia Depo-Provera a nivel nacional e internacional, habrá un riesgo de erosión externa de los logros del proyecto.

Las otras tareas pendientes del PRIO conciernen a las normas técnicas de atención. Todos los coordinadores sub-regionales de planificación familiar que asistieron a la Tercera Convención Nacional de Salud Reproductiva del MINSA (Pachacamac, junio 1993) recibieron del PRIO charlas de actualización sobre tecnología anticonceptiva que incluían cambios introducidos en las normas técnicas de atención (procedimientos, contraindicaciones). Los coordinadores fueron instruidos para registrar sus observaciones respecto a la implementación de las normas técnicas modificadas en el PRIO y sus efectos prácticos, comprometiéndose a presentar los resultados durante la Cuarta Convención Nacional. Por su parte, los sanitarios capacitados del MINSA y voluntarios de CARE operaron desde mayo hasta octubre de 1993 con las nuevas normas técnicas bajo la idea de que participaban en un piloto de prueba de nuevas normas que pronto se generalizarían a todas las regiones del Perú. A principios de 1994, la Dirección de Salud Reproductiva del MINSA planeaba reexaminar el tema durante la Cuarta Convención Nacional de Salud Reproductiva e introducir enseguida los cambios en el *Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos* (MINSA, 1992), generalizándolos así a todo el país.

Queda entonces como una tarea pendiente de este proyecto la oficialización de las nuevas normas de atención a nivel nacional.

#### 4 MEJORAMIENTO DE LA COMPETENCIA DEL PROVEEDOR

El PRIO desarrollo, evaluó, y reajusto un sistema de capacitación destinado a (a) mejorar la calidad de la atención de planificación familiar dada por los técnicos sanitarios rurales del MINSA y (b) dotar a los voluntarios de Wawa-wasis asistidos por CARE/Perú de un nivel aceptable de competencia en la entrega de servicios anticonceptivos a la población rural

Los técnicos sanitarios que operan en ámbitos rurales como los de Grau y Puno son de ambos sexos, han realizado por lo menos estudios primarios completos, y han recibido alguna clase de instrucción en el área de los servicios de salud. Son empleados del MINSA y tienen la costumbre de dar atención en su posta de salud en forma gratuita durante la mañana y horas tempranas de la tarde. Cuando son requeridos para dar un servicio de salud fuera de esas horas, en las que se dedican mayoritariamente a otros quehaceres, cobran la consulta. Al menos tres de cada cuatro han tenido alguna experiencia de entrega de servicios de planificación familiar.

Los Wawa-wasis son guarderías comunitarias destinadas a asegurar el cuidado y desarrollo infantil. CARE/Perú coordina algunas en Grau y Puno en conexión con el Ministerio de Educación. Los voluntarios de Wawa-wasis reciben capacitación para quedar en aptitud de vigilar la nutrición y desarrollo del niño. Los que CARE/Perú reclutó para el PRIO tenían al menos educación primaria completa pero carecían totalmente de experiencia en entrega de servicios de planificación familiar, con muy pocas excepciones.

Se definió como ámbito de interés todo poblado suficientemente pequeño como para tener solamente una posta de salud. El proyecto, sin embargo, también incluyó poblados suficientemente grandes como para tener un centro de salud. Una vez demarcados los límites geográficos del PRIO se procedió a asignar sanitarios al grupo control (que quedaría sin intervención) y a los dos grupos fortalecidos (que la recibirían). Los voluntarios de Wawa-wasis pertenecen por definición a uno de los grupos fortalecidos (aquel con participación comunitaria). La asignación de sanitarios a grupos se realizó mediante un procedimiento sistemático que empleó la aleatorización a fin de hacer comparables los grupos, evitando sesgos<sup>18</sup>. La mayoría de proveedores atendían poblados de hasta 2,000 habitantes, de 2,001 a 4,000, o de 4,001 a 6,000. Menos del 10% residían en poblados de mayor tamaño.

El modelo de capacitación desarrollado tuvo dos componentes uno de capacitación en cascada, que va de los asesores a los capacitadores y de allí a los proveedores, y otro de evaluación de efectos en la calidad de atención, que produce retroalimentación para ajustar el sistema instruccional

### Capacitación de Capacitadores y Proveedores

La capacitación en cascada se aplicó al desarrollo de capacitadores regionales, lo que implicó seleccionar personal local en las regiones, darles instrucción en técnicas de enseñanza, y actualizarlos en conceptos de calidad de atención y tecnología anticonceptiva. Con este enfoque se quiso dejar instalada una infraestructura de recursos humanos con capacidad pedagógica y conocimientos técnicos de planificación familiar a la que pudiera apelarse luego de manera regular para la capacitación de proveedores sin necesidad de trascender fronteras regionales.

El proceso se inició en julio de 1991 con una visita diagnóstica a Grau y Puno que permitió identificar capacitadores potenciales dentro del personal profesional del MINSA y CARE (médicos, obstetras, enfermeras, asistentes sociales). El personal seleccionado (17 del MINSA y 2 de CARE) participó en un taller de capacitación de capacitadores de dos semanas de duración que se llevó a cabo en Lima en agosto de 1992 según la agenda presentada en el Apéndice A. La metodología instruccional descansó fuertemente en técnicas dinámicas que requieren una participación activa del personal capacitado.

Días antes de la capacitación de sanitarios de los grupos fortalecidos (octubre 1992), los sanitarios del grupo de control fueron invitados a reuniones de coordinación que se aprovecharon para administrarles el Test de Conocimientos de Planificación Familiar (Leon y cols., 1988, Leon, 1989), adaptado a los requerimientos del PRIO (véase Apéndice B).

Ochenta proveedores de los grupos fortalecidos recibieron en octubre un Curso de Planificación Familiar que estuvo a cargo de los capacitadores regionales del MINSA capacitados en agosto. El Curso se replicó en agrupaciones de 20 sanitarios en Tumbes, Piura y Puno y cada réplica duró tres días. La capacitación de 29 voluntarios de Wawa-wasis se realizó simultáneamente pero duró algunas horas más porque ellos requerían adiestramiento en la aplicación de inyecciones, que los sanitarios, según se pensaba entonces, no necesitaban.<sup>19</sup> El Test de Conocimientos (formas A o B, al azar) fue aplicado a los sanitarios y voluntarios el

primer día de la capacitación, inmediatamente antes de entrar a temas sustantivos, y por segunda vez (forma complementaria a la de la primera administración) el último día. El syllabus del Curso aparece en el Apéndice C. Los participantes recibieron un *Manual del Proveedor de Servicios de Planificación Familiar* que había sido elaborado por el PRIO como elemento de consulta y apoyo en la consejería. Como en el caso de la capacitación de capacitadores, la metodología instruccional descansó fuertemente en técnicas participativas. Antes de completarse la capacitación tanto los sanitarios como los voluntarios recibieron suministros de píldoras, Depo-Provera, condones, y tabletas vaginales en cantidad calculada para satisfacer una demanda creciente en los siguientes tres o cuatro meses.

### Ajustes Sugeridos por la Evaluación de la Calidad del Servicio

El Test de Conocimientos de Planificación Familiar (Version 5.2, véase el Apéndice B) reveló que, al entrar al Curso, tanto sanitarios como voluntarios sabían menos sobre Depo-Provera que sobre los otros métodos anticonceptivos. Se puede ver respecto a cada método en la Figura 3, en la siguiente página, un incremento sistemático de los conocimientos técnicos de ambos tipos de proveedores que es intermediado por el Curso, y las ganancias pueden atribuirse a la capacitación.<sup>20</sup> Sin embargo, a la salida del Curso los voluntarios registraban niveles de conocimientos técnicos todavía considerablemente inferiores a los de los sanitarios.<sup>21</sup> El Test de Conocimientos también demostró que, entre los sanitarios, quienes tenían experiencia reciente en la provisión de un método entraban al Curso sabiendo más sobre tal método que quienes no habían tenido experiencia reciente con él (véase la Tabla 3, en la página 21). Este hallazgo sugirió que los voluntarios de los Wawa-wasis estaban pagando el costo de su inexperiencia en planificación familiar y CARE/Perú decidió darles una capacitación especial a través de sus supervisores durante las siguientes semanas a fin de multiplicar los efectos de la experiencia que obtendrían en el campo.

El Test de Conocimientos fue útil en la evaluación de la capacitación, pero quedaba por medir un resultado más importante, es decir, la calidad del servicio finalmente ofrecido por los proveedores capacitados. A este fin, el PRIO construyó un Test de Servicios (Leon, 1991, Leon y cols., 1993b, 1994), que consiste en hacer que una mujer visite a un proveedor y le solicite

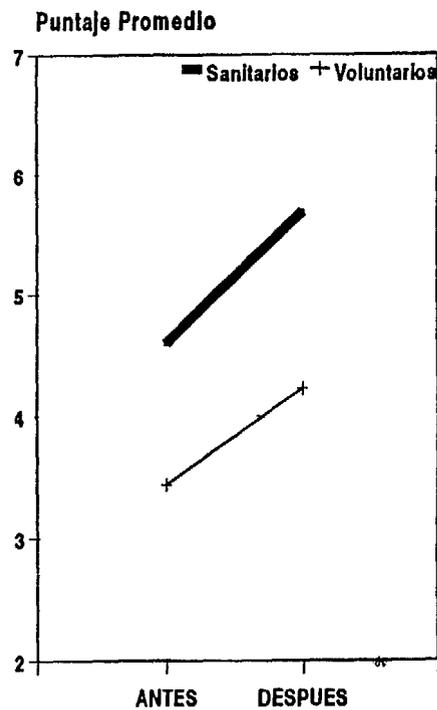
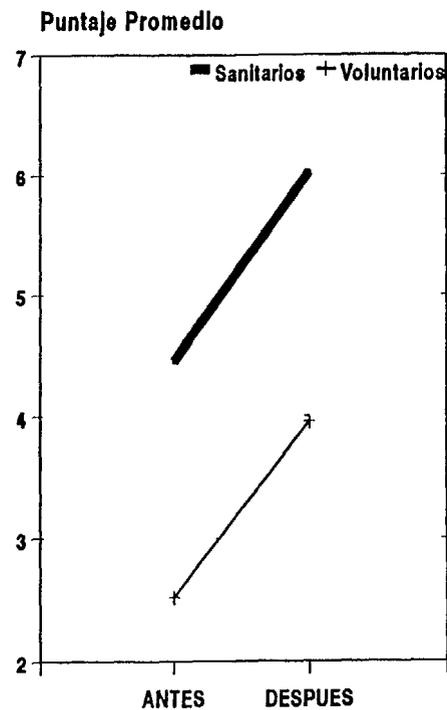
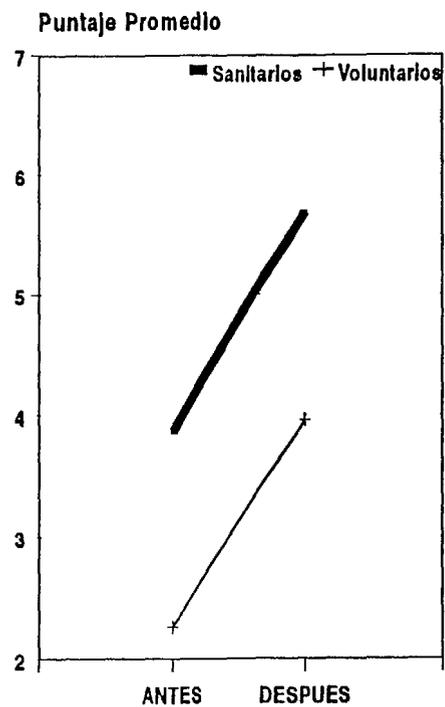
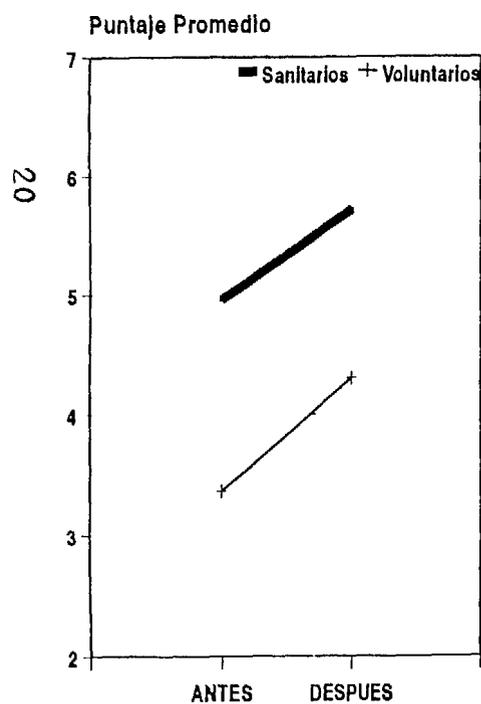
Figura 3 Puntajes obtenidos por sanitarios y voluntarios en el Test de Conocimientos de Planificación Familiar antes y después de la capacitación de octubre 1992

PILDORA

DEPO PROVERA

BARRERA

DIU-AQV



**Tabla 3**  
**Resultados en tres módulos del Test de Conocimientos de Planificación Familiar**  
**obtenidos por sanitarios de los grupos fortalecidos antes de su capacitación,**  
**según experiencia reciente de entrega de métodos (tres últimos meses)**

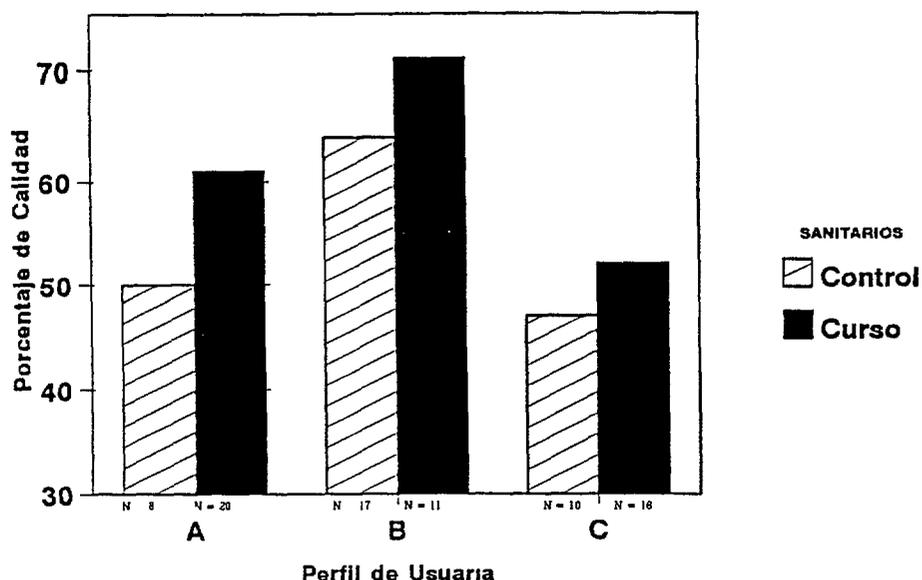
MODULO	PILDORA		BARRERA		DEPO-PROVERA	
	SI n=61	NO n=19	SI n=58	NO n=22	SI n=34	NO n=46
Experiencia Reciente con el Método	5 23	4 11	4 72	3 73	4 56	3 37
Puntaje de Conocimiento del Metodo						
Correlación entre Experiencia y Conocimiento	26*		23*		36**	

\* Significativa al nivel 05, una cola

\*\* Significativa al nivel 01, una cola

atención de planificación familiar Este test es similar a la técnica convencional de cliente simulado en la medida que en ambos casos el proveedor ignora estar frente a una usuaria ficticia, lo que diferencia al Test de Servicios es que la mujer representa un perfil pre-establecido (incluyendo historia obstétrica, preferencias reproductivas, conocimiento de métodos, etc ), de tal manera que los evaluadores saben por anticipado cuales son exactamente los comportamientos específicos que el proveedor debería desarrollar en la consulta con esa mujer, y pueden por ende evaluar con precisión la calidad de atención En la versión desarrollada para el PRIO, el test uso tres perfiles de usuaria El perfil A es el de una mujer que no usa anticonceptivos pero quiere espaciar embarazos y escogería Depo-Provera si fuese informada sobre sus características El perfil B es el de una usuaria de píldora que experimenta dolor de cabeza, quisiera cambiar de método, y escogería uno de barrera El perfil C es el de una usuaria que se autoprescribió una píldora comercial y no tiene problemas de uso pero quiere abastecerse a menor costo y sin ir a la farmacia Cada proveedor recibió sólo una visita, es decir, fue puesto a prueba con solo un perfil de usuaria El Apéndice D describe este test en mayor detalle

**Figura 4 Promedios obtenidos en el Test de Servicios (enero 1993) por sanitarios capacitados en el Curso de octubre de 1992 y sanitarios no capacitados (Grupo Control)**



En enero de 1993, y cubriendo parte de febrero, es decir, de dos a tres meses después de la capacitación, proveedores de los grupos fortalecidos y del grupo de control fueron sometidos al Test de Servicios. La Figura 4 ofrece los resultados esenciales. Los sanitarios capacitados mostraron mayor calidad de atención que los del grupo de control bajo cada situación del Test de Servicios, independientemente del grado de dificultad planteado por el tipo de usuaria atendida (el perfil B resultó ser el más fácil de atender, y el C el más difícil). Por ejemplo, frente a la usuaria de perfil A, de dificultad intermedia, los capacitados emitieron el 61% de los comportamientos esperados, *versus* solo 50% exhibido por los no capacitados. La Tabla 4 presenta los análisis estadísticos respectivos, indicando que, en promedio, la intervención mejoró la calidad de atención en media desviación estándar (52). Esta es una mejora considerable.<sup>23</sup> El efecto puede ser legítimamente atribuido al Curso, pues (a) el procedimiento de asignación de sanitarios a grupos fortalecidos y de control fue aleatorio y (b) los sanitarios de los grupos fortalecidos no aventajaban a los controles en el Test de Conocimientos antes de la capacitación.<sup>24</sup> El hecho que los sanitarios de los grupos fortalecidos tuviesen mayor disponibilidad de suministros que los de control parece no haber afectado los puntajes

**Tabla 4**  
**Prueba *t* de diferencias entre los promedios mostrados en la Figura 4,**  
**tamaño de los efectos de la capacitación (*d*),**  
**e integración de los tres juegos de hallazgos del Test de Servicios<sup>22</sup>**

Perfil de la Usuaría	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i> *	<i>g</i>	<i>d</i>
A	1 53	26	07	64	62
B	1 91	26	04	74	72
C	54	24	30	22	21
Test de Servicios	2 20		01		52

\* Una cola

totales del Test de Servicios <sup>25</sup>

Los voluntarios de Wawa-wasis han sido excluidos de este análisis porque recibieron capacitación *in situ* de sus supervisores entre octubre y enero. Como resultado de ello, sus puntajes de calidad en enero superaron ligeramente el nivel medio de los sanitarios capacitados <sup>26</sup>

La calidad de atención tiene varios elementos: elección de método, relaciones interpersonales, información dada a la usuaria, competencia técnica del proveedor, y mecanismos para asegurar la continuidad (Bruce, 1990). Análisis detallados por ítem del Test de Servicios descubrieron estados finales heterogéneos respecto a estos elementos en la atención dada a las clientes simuladas en enero de 1993. Como se puede apreciar en la Tabla 5 en la siguiente página, el servicio de los grupos fortalecidos, incluyendo voluntarios, fue bastante satisfactorio en términos de los elementos que más dependen de las actitudes y habilidades interpersonales del proveedor, por ejemplo, cerca del 100% de los proveedores establecieron buenas relaciones <sup>28</sup>. Los elementos con mayor determinación técnica (chequeo por contraindicaciones, información dada sobre la manera de usar el método y los efectos secundarios del método) fueron menos satisfactorios (vease la Tabla 6 en la página 25), por ejemplo, solo el 8% de las usuarias potenciales de Depo-Provera fueron advertidas de la probable demora en la recuperación de la fertilidad.

52

**Tabla 5**  
**Porcentaje de respuestas positivas de la cliente simulada en ítems selectos del Test de Servicios, por perfil de cliente: Relaciones Interpersonales, Elección de Método, y Mecanismos para Asegurar Continuidad<sup>27</sup>**

Item	Perfil A N = 26	Perfil B N = 17	Perfil C N = 24
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>79</b>
El proveedor la recibió amablemente	96	100	92
El proveedor le hizo sentir que estaba genuinamente interesado en su bienestar	100	100	100
El proveedor le pregunto si Ud usaba metodos y desde cuando	75	88	85
El proveedor le hizo sentir que interfería o interrumpía	46	76	46
<b>ELECCION DE METODO</b>	<b>73</b>	<b>79</b>	
El proveedor dijo que el condón lo usa el hombre	79	94	
El proveedor dijo que la tableta se introduce en la vagina	83	100	
El proveedor dijo que el inyectable se aplica cada tres meses	92	76	
El proveedor dijo que el DIU se inserta en el utero	37	47	
<b>MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD</b>	<b>85</b>	<b>81</b>	<b>82</b>
El proveedor le dijo que podia venir a consulta en cualquier momento	87	76	81
El proveedor le hizo sentir que seria bienvenida en cualquier momento	96	94	85
El proveedor le hizo sentir que recibiria ayuda efectiva	87	82	81
El proveedor programo la siguiente visita	71	71	81

**Tabla 6**  
**Porcentaje de respuestas positivas de la cliente simulada en ítems selectos**  
**del Test de Servicios, por perfil de cliente: Competencia Técnica**  
**del Proveedor e Información Dada a la Usuaria**

Item	Perfil		
	A	B	C
<b>COMPETENCIA TECNICA DEL PROVEEDOR</b>	<b>55</b>		<b>42</b>
Pregunto por la última fecha de menstruación	83		62
Preguntó sobre sangrado o goteo fuera del período menstrual ( <i>Perfil C</i> Antes que usara la píldora)	37		27
Preguntó sobre bolas duras en el pecho	42		42
<i>Perfil A</i> Abrió una jeringa nueva <i>Perfil C</i> Preguntó sobre enfermedades del hígado	58		38
<b>INFORMACION DADA A LA USUARIA SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DEL METODO</b>	<b>25</b>		<b>35</b>
Dijo que muchas usuarias experimentan sangrado o goteo fuera del periodo menstrual	33		35
<i>Perfil A</i> Dijo que muchas usuarias experimentan falta de menstruación <i>Perfil C</i> Dijo que algunas usuarias experimentan dolores de cabeza	37		50
<i>Perfil A</i> Dijo que ninguna de estas manifestaciones indica necesariamente embarazo o enfermedad <i>Perfil C</i> Dijo que algunas usuarias sufren náuseas	21		38
<i>Perfil A</i> Dijo que la usuaria podría tener que esperar 6 a 12 meses para quedar embarazada después de discontinuar el uso <i>Perfil C</i> Dijo que algunas usuarias experimentan pesadez o dolor en los senos	8		19

Notas. Aquí tampoco se toma en cuenta los datos correspondientes a los controles. Los valores en negrita son los promedios de los cuatro ítems contenidos en la categoría. No se esperaba que los proveedores que atendían a una usuaria con el Perfil B diagnosticaran contraindicaciones. Dicha usuaria no quería continuar usando la píldora sino cambiar a un método de barrera, estos no tienen contraindicaciones. En las listas de chequeo no se consideraron efectos secundarios del uso de métodos de barrera.

En la entrevista que siguió inmediatamente al Test de Servicios, se obtuvo de los proveedores capacitados explicaciones respecto a los errores u omisiones detectados. Las explicaciones permitieron identificar las fuentes de esos errores u omisiones. Algunos dijeron que habían olvidado los ítems que omitieron en el chequeo por contraindicaciones o al informar a la cliente simulada sobre los efectos secundarios específicos, incluso hubo alguien que afirmó no haberlos aprendido nunca. Otros dijeron que no podían discriminar entre las contraindicaciones y efectos secundarios de todos los métodos que habían abordado en el Curso y, dadas estas dudas, habían preferido abstenerse de manejarlos en la consulta.<sup>29</sup> Por otra parte, fueron detectadas también causas actitudinales, por ejemplo, había sanitarios que preferían no hablar sobre efectos secundarios por temor a asustar a la usuaria y perderla como cliente o preferían hacerlo después de darle la primera inyección o sólo si se presentaban síntomas.

Tres recomendaciones para tener en cuenta en la recapacitación programada para mayo de 1993 fueron retroalimentadas a las autoridades de salud y el personal de capacitación. Primero, debía ponerse menos énfasis en los elementos de la calidad de atención determinados por actitudes interpersonales y fortalecer más bien los aspectos técnicos del servicio.<sup>30</sup> Segundo, había que superar los problemas específicos detectados por el Test de Servicios, y a este fin se ofreció a los capacitadores tablas como las 5 y 6 pero incluyendo todos los ítems del test asociados con cada perfil de usuaria. Tercero, las observaciones registradas durante las entrevistas de salida con los proveedores sometidos al Test de Servicios hacían evidente que el *Manual del Proveedor* no cumplía con eficiencia la función de ayuda de trabajo que guiara al proveedor durante la consejería a la usuaria. El PRIO propuso desarrollar como alternativa una guía interactiva de consulta.<sup>31</sup>

### Efectos de la Recapacitación y el ABC

La capacitación de proveedores de los grupos fortalecidos en mayo de 1993 tuvo tres componentes. Todos los proveedores, en sub-grupos de 20, recibieron dos de ellos en una sesión de un día de duración, el tercer componente fue recibido solo por el 50% de los proveedores en medio día adicional. La sesión común de un día se dedicó a (a) mejorar la competencia de sanitarios y voluntarios en las áreas débiles que habían sido identificadas por el Test de Servicios.

y (b) introducir los cambios efectuados en las normas de atención, que afectaban principalmente la lista de contraindicaciones para el uso de Depo-Provera. El elemento no común de la capacitación fue (c) la guía interactiva de consulta desarrollada a partir de las sugerencias de los evaluadores. El 50% de los proveedores fueron asignados al azar al medio día adicional dedicado a introducir la guía interactiva, que seguía las nuevas normas técnicas y reemplazaba al *Manual*. El otro 50% no llegó a conocer la guía interactiva, recibiendo en cambio, en la sesión de un día, una versión del *Manual* que había sido actualizada con las nuevas normas de atención.

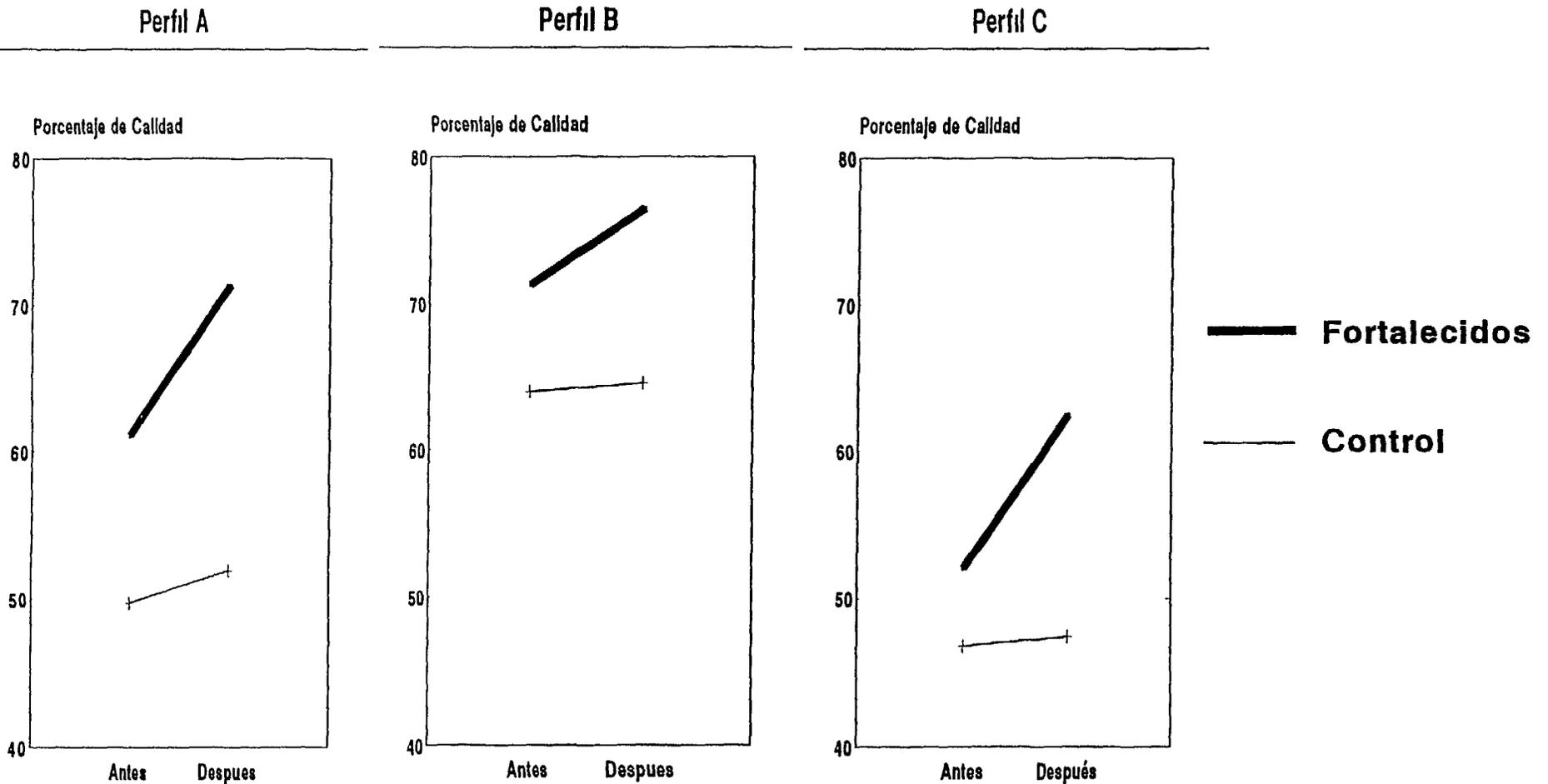
Los perfiles de usaria del Test de Servicios fueron refinados a base de la experiencia de enero de 1993, y los contenidos de las listas de chequeo fueron ajustados en función de los cambios introducidos en las normas técnicas de atención. Una segunda aplicación del Test de Servicios tuvo lugar en octubre de 1993, es decir, de cuatro a cinco meses después de la capacitación de mayo.<sup>32</sup> La Figura 5, al dorso de esta página, deja ver que la calidad de los servicios del grupo de control - que desde enero caía por debajo de la de los sanitarios capacitados - se mantuvo básicamente al mismo nivel de enero a octubre. Los sanitarios de los grupos fortalecidos, en cambio, elevaron sustancialmente la calidad de la atención en dicho periodo, ampliando la brecha respecto al grupo de control.

La Tabla 7 compara los resultados de la segunda aplicación del Test de Servicios en los

**Tabla 7**  
**Prueba *t* de diferencias entre los promedios de los grupos control y fortalecidos después de la capacitación de los últimos, tamaño de los efectos, e integración de los tres juegos de hallazgos del Test de Servicios**

Perfil de la Usaria	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>g</i>	<i>d</i>
A	2.90	33	01	1.10	1.07
B	2.43	29	01	.90	.88
C	2.25	34	02	.77	.75
Test de Servicios	4.23		00		.89

**Figura 5 Promedios obtenidos por sanitarios de los grupos fortalecidos y de control en el Test de Servicios antes (enero 1993) y después (octubre 1993) de la recapacitación de los últimos (mayo 1993)**

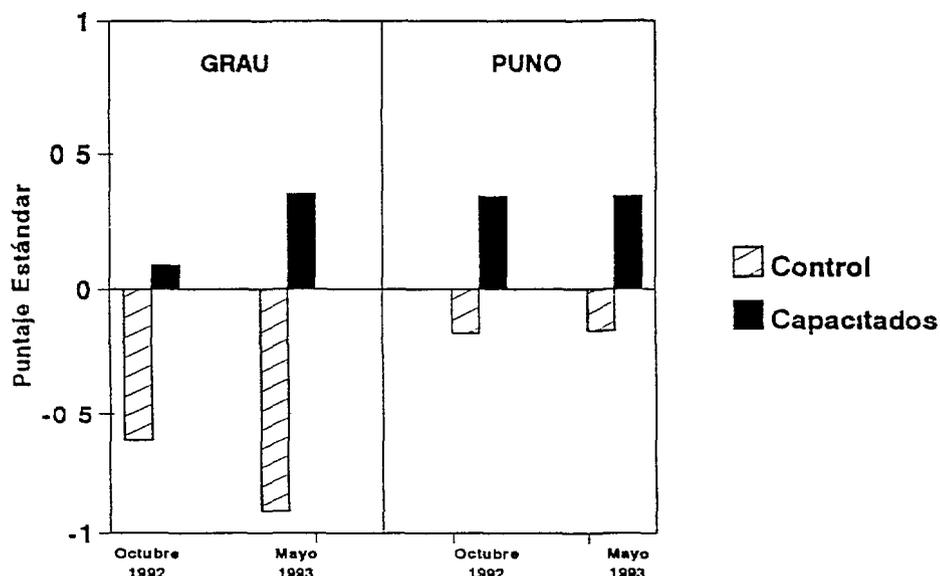


Nota Los numeros de casos para el Perfil A fueron, grupo fortalecido, antes 20, después 21, grupo control, antes 8, después 14 Perfil B 11, 18 y 16, 13 Perfil C 16, 19 y 10, 17

dos grupos <sup>33</sup> El tamaño de los efectos globales de la intervención alcanzó 89, es decir, cerca del doble del efecto atribuible al Curso de octubre de 1992, que había sido igual a  $\frac{1}{2}$  de desviación estándar (véase la Tabla 4) El efecto neto de la capacitación fue, pues, considerable

La Figura 6 presenta resultados por region En este caso se trata de puntajes estandarizados que responden a la necesidad de integrar sin distorsiones los resultados correspondientes a los tres perfiles del Test de Servicios Dado el pequeño número de proveedores en algunas categorías, una presentación por perfil del test habría dejado un número exiguo de casos en cada subgrupo Como quiera que los perfiles son de diferentes niveles de dificultad y estuvieron distribuidos desigualmente en los subgrupos de proveedores, el promedio de los puntajes brutos del test podría haber distorsionado los resultados La estandarización se hizo por separado para los datos de enero y octubre de 1993 <sup>34</sup> Los puntajes representados en la Figura 6 son entonces desviaciones respecto al promedio de cada perfil del Test de Servicios considerando la totalidad de casos expuestos al perfil Nótese como en las cuatro comparaciones se repite el mismo patrón de resultados los sanitarios capacitados presentan puntajes positivos

**Figura 6 Puntajes estandar promedio obtenidos en el Test de Servicios por sanitarios de Grau y Puno segun hubiesen recibido o no las capacitaciones de octubre 1992 y mayo 1993**



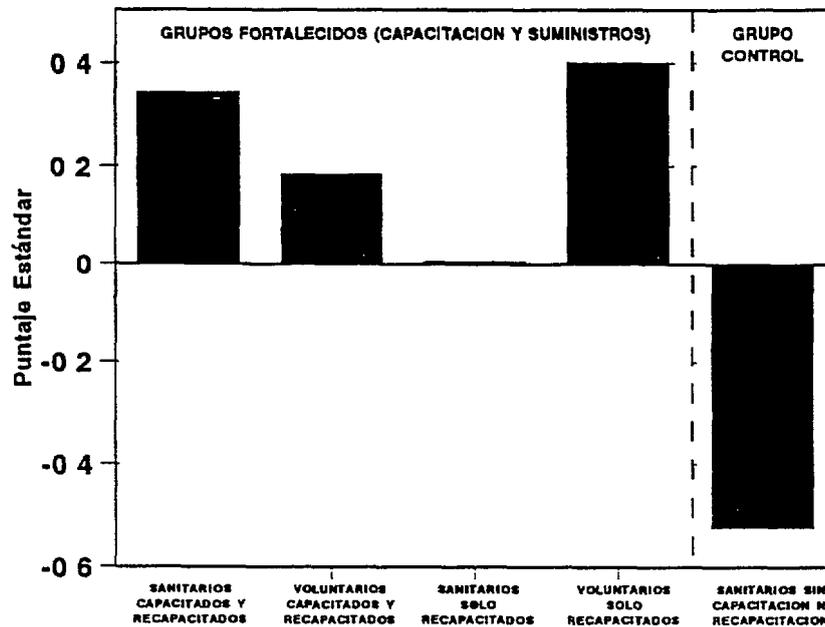
(es decir, por encima del promedio) mientras que los de control presentan resultados negativos (por debajo del promedio) Tanto en Grau como en Puno, puede atribuirse a las intervenciones la diferencias entre los grupos fortalecidos y de control <sup>35</sup>

¿Qué encierran los progresos de enero a octubre de 1993 observados en la Figura 5? Ganancias en calidad se encuentran en todas las áreas, pero son relativamente pequeñas en relaciones interpersonales, elección de método, y mecanismos de seguimiento, que ya estaban en buen nivel según el Test de Servicios aplicado en enero. Las ganancias sustanciales de enero a octubre se registraron respecto a los elementos de la calidad de atención que exhibían las mayores debilidades a principios de año, es decir, competencia técnica del proveedor e información dada a la usuaria sobre efectos secundarios del uso de métodos. Por ejemplo, en el Perfil A del Test de Servicios, la advertencia sobre el posible sangrado como consecuencia de usar el inyectable subió de 33% a 77%, sobre posible falta de menstruación de 37% a 83%, sobre el significado de estos síntomas de 21% a 77%, y sobre la posible demora en recuperar la fertilidad al discontinuar Depo-Provera de 8% a 57%. Las mejoras no son atribuibles a la reaplicación *per se* del Test de Servicios, pues en el grupo de control las ganancias no fueron tan grandes <sup>36</sup>

La Figura 7, en la siguiente página, además de los sanitarios capacitados y recapitados (n = 57) y controles (n = 47), incluye voluntarios de Wawa-Wasis capacitados y recapitados (n = 23), sanitarios que asistieron a la recapitación de mayo de 1993 pero sin haber recibido el Curso de octubre de 1992 (n = 7), y voluntarios en la misma condición (n = 5) <sup>37</sup> Todos los grupos capacitados, incluyendo los que recibieron solo el día o día y medio de mayo de 1993, presentan mejores puntajes estándar que los controles

La guía interactiva de consulta que el PRIO construyó para fortalecer la calidad de atención se basó en un instrumento de consejería desarrollado recientemente (Leon y cols, 1991) y empleado con éxito en Perú (Guzman y cols, 1993) y Paraguay (Carron y cols, 1993). El *ABC del Proveedor Rural de Planificación Familiar* es una ayuda de trabajo diseñada como un sistema interactivo que el proveedor usa en la consulta. Se trata de una guía para diagnosticar ciertas características de la usuaria y, en función de ello, formularle las preguntas adecuadas o darle la información pertinente. El instrumento incluye toda la información técnica que el proveedor rural necesita para conducir una consulta de planificación familiar (vease el Apéndice

**Figura 7 Puntajes estandar promedio obtenidos en el Test de Servicios por varios grupos de proveedores (octubre 1993)**

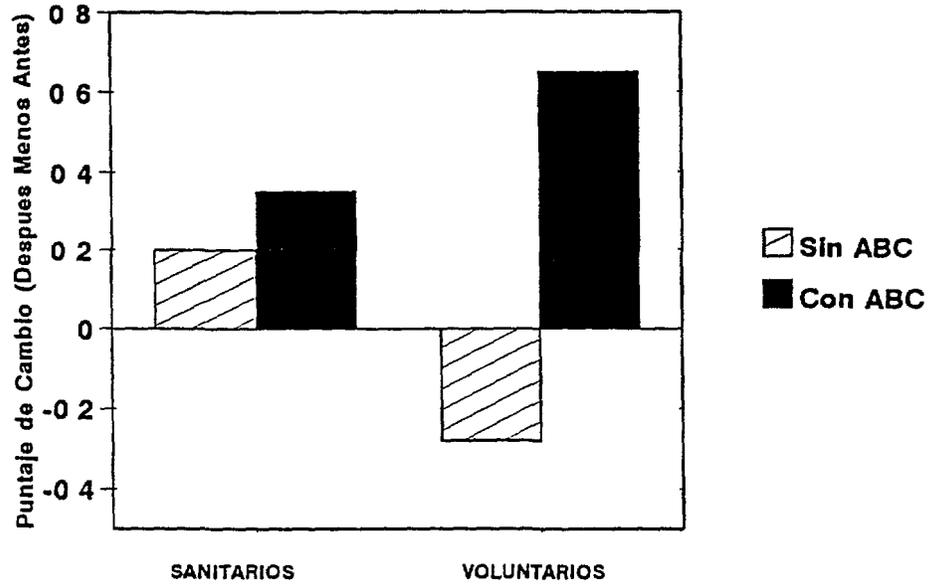


E) Recuerdese que el ABC fue introducido con medio día adicional de capacitación para el 50% de los proveedores en mayo de 1993 y que hubo un 50% de proveedores que no lo recibieron

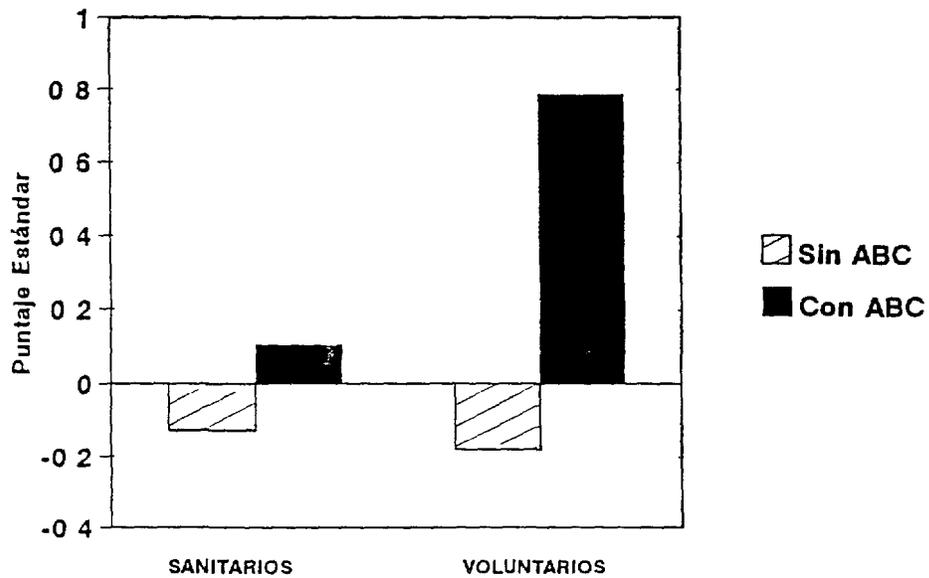
La introducción del ABC causo ganancias en el nivel de calidad de atención de los proveedores que recibieron las capacitaciones de octubre 1992 y mayo 1993. Esto se puede apreciar en la Figura 8, al dorso de esta página, que ofrece puntajes de cambio basados en los puntajes estándar obtenidos antes y después de la recapitación de mayo de 1993<sup>38</sup>. Las diferencias antes-después indican que las ganancias de puntaje estándar en el Test de Servicios de enero a octubre fueron mayores entre los sanitarios que recibieron el ABC que entre los que mantuvieron el *Manual*. El efecto fue mayor aun y estadísticamente significativo ( $p < 05$ ) entre los voluntarios de Wawa-wasis. Ambos resultados sugieren que las ventajas de la recapitación expuestas en la Figura 5 se consiguieron en parte gracias a la introducción del ABC en el 50% de la muestra recapitada<sup>39</sup>.

El aporte del ABC muestra robustez, es decir, recurre a través de diversas situaciones, pues se le observo nuevamente en los grupos de proveedores que no habian recibido la capacitación de octubre de 1992 pero asistieron a la recapitación de mayo de 1993. En este caso no

**Figura 8. Diferencias promedio antes/después de la capacitación a base de los puntajes estandarizados de los proveedores en el Test de Servicios, según hubiesen recibido o no el ABC**



**Figura 9 Puntajes estándar promedio obtenidos en el Test de Servicios por proveedores con solo la capacitación de mayo de 1993, según hubiesen recibido o no el ABC**



es posible analizar las diferencias antes-después pues estos proveedores se incorporaron tardíamente al proyecto y no recibieron el Test de Servicios en enero de 1993. Aun limitando el análisis a los puntajes estándar de octubre de 1993 (véase la Figura 9 en la página anterior), se obtiene resultados favorables al ABC, tanto en el caso de sanitarios como de voluntarios. El ABC, pues, exhibe ventajas en las comparaciones con el *Manual* en cuatro muestras independientes (Figuras 8 y 9). La probabilidad de obtener este juego de hallazgos sólo por azar es igual a 0.063, es decir, bordea el convencional nivel 0.05 de rigurosidad científica.<sup>40</sup> Este es un resultado global que hay que considerar muy positivo teniendo en cuenta las circunstancias adversas bajo las cuales fue evaluado el ABC.<sup>41</sup>

Las evidencias positivas sobre el ABC no se limitan a su impacto final en la calidad de atención. También hay evidencias de que fue más usado que el *Manual* y fue preferido a éste por los proveedores. Según los registros de las clientes simuladas en el protocolo del Test de Servicios aplicado en octubre de 1993, el 62% de los proveedores que recibieron el ABC lo usaron durante la consulta, sólo el 48% de los proveedores que mantuvieron el *Manual* usaron este instrumento.<sup>42</sup> Finalmente, en la encuesta a proveedores efectuada en ese mismo mes, el 86% de quienes recibieron el ABC dijeron que era mejor que el *Manual* que habían usado entre octubre de 1992 y abril de 1993. Preguntados por la razón de su preferencia, el 68% de ellos explicaron que el ABC era más práctico.<sup>43</sup> Indagaciones efectuadas por CARE/Perú directamente con los voluntarios de Wawa-Wasis confirman independientemente una preferencia por el ABC.

De los hallazgos relativos al ABC en las cuatro muestras de proveedores, los más significativos estadísticamente son los que corresponden a la calidad del servicio provisto por los voluntarios recapitados de Wawa-Wasis (vease la Figura 8). Esto es así porque los voluntarios recapitados que recibieron el ABC mejoraron sustancialmente la calidad de atención mientras que los voluntarios que recibieron el nuevo *Manual* presentaron pérdidas relativas de calidad. ¿Por qué no se observó una diferencia igualmente marcada en el caso de los sanitarios? La explicación no puede hallarse en el punto de partida de ambos, pues en enero los voluntarios, gracias a los esfuerzos especiales de supervisión por parte de CARE, habían alcanzado un nivel de calidad igual o superior al de los sanitarios capacitados. Las mejoras sustanciales con el ABC parecen originarse más bien en la actitud del proveedor ante la consulta. Informes de campo

recibidos entre mayo y octubre de 1993 y confirmados luego por un análisis de los protocolos del Test de Servicios indican que había sanitarios que, disponiendo del ABC, preferían no emplearlo frente al usuario pues temían malograr su imagen profesional recurriendo a una ayuda de trabajo delante suyo. Optaban más bien por tratar de memorizar las indicaciones del instrumento y utilizar en la consulta lo que podían recordar de ellas. Así, sólo el 58% de los sanitarios con ABC lo usaron en la consulta con la cliente simulada que implementaba el Test de Servicios. En cambio, los voluntarios de Wawa-Wasis asignados al ABC cumplían más estrictamente la instrucción de consultarlo durante su interacción con el usuario, en la muestra de voluntarios con ABC, el 71% lo usaron con la cliente simulada. La altura de la cuarta barra de la Figura 8 se explica, pues, por un mejor aprovechamiento del ABC por parte de los voluntarios. La caída de calidad (tercera barra) ocurrió en Puno más que en Grau y tal vez pueda explicarse por un aflojamiento de la supervisión al aproximarse el final del proyecto <sup>44</sup>

### **Tareas Pendientes**

El PRIO demostró que la calidad de los servicios de planificación familiar provistos por sanitarios rurales aumenta significativamente cuando se emplea una capacitación de tres días como la diseñada para este proyecto, que incluyó la capacitación previa de los capacitadores y estuvo acompañada por un fortalecimiento logístico. Mejoras adicionales se lograron con una recapitación de un día y medio que implementó los cambios recomendados por los evaluadores de la capacitación inicial e incluyó la introducción de una guía interactiva de consulta (*El ABC del Proveedor Rural*). El proyecto también demostró que los voluntarios de Wawa-wasis ingresan al proceso con un nivel técnico muy bajo pero al final son capaces de lograr niveles de calidad de atención tan satisfactorios como los de los sanitarios capacitados si reciben supervisión cercana o usan la guía interactiva.

El MINSA y CARE obtuvieron estos logros con los grupos fortalecidos del proyecto en dos regiones del Perú. ¿Que pueden extraer de la experiencia del PRIO para mejorar y mantener la calidad de los servicios dados por sus proveedores rurales más allá de estos grupos y regiones? La replicación completa del proceso en cada región, incluyendo la retroalimentación de los evaluadores, sería excesiva, impráctica, o aun inviable. La replicación del modelo excluyendo

solamente el elemento evaluativo - es decir, reducida a tres días de capacitación como la original mas un día y medio de recapitación incluyendo el ABC - no sería eficiente. En primer lugar, porque al mantener la capacitación de tres días sin cambios no aprovecharía lo que se aprendió en el PRIO <sup>45</sup> Segundo, porque podría ser innecesariamente caro convocar a los proveedores en dos fechas, una para la capacitación y otra para la recapitación.

Lo que la experiencia sugiere es una recombinação de los elementos probablemente útiles del sistema usado (capacitación de capacitadores, capacitación de proveedores, ABC), generando un modelo con un potencial de aporte mayor que la suma de sus partes y un ahorro de recursos que lo haga sostenible. Esto puede lograrse mediante una capacitación única de proveedores centrada en la consejería de planificación familiar pero redistribuyendo los temas en función de lo aprendido en el PRIO (v.g., balance de temas interpersonales y técnicos). CARE ha producido un Manual de Capacitación de Capacitadores que será utilizado en sus programas rurales de planificación familiar. El MINSA se beneficiaría con un material semejante para institucionalizar la capacitación en cascada <sup>46</sup>.

Además de ajustar los contenidos del Curso para proveedores, la capacitación debe incluir el ABC en reemplazo del *Manual*. Enseñado desde el principio y con la introducción de ciertos ajustes, el ABC puede hacer una contribución sustancial a la calidad del servicio proporcionado por sanitarios y voluntarios en comunidades rurales y semi-rurales. Tres mejoras han sido ya efectuadas en el instrumento. En la encuesta a proveedores estos hicieron notar que carecía de figuras y ello representaba una desventaja, en cambio, el *Manual* que se había introducido en octubre de 1992 contaba con representaciones anatómicas y otras figuras que los proveedores usaban para dar explicaciones a los usuarios durante la consulta. Al incorporar las figuras del *Manual*, es de esperar que el ABC resulte más aceptable aun para el sanitario pues tendrá como justificación para usarlo durante la consulta la presencia de las figuras explicativas para la usuaria. A pedido de la Dirección de Programas Sociales del MINSA, el proyecto ya ha introducido en el ABC las figuras del *Manual*, también ha agregado un glosario de términos técnicos e introducido los ajustes de lenguaje solicitados. Sólo faltaría aprovechar el capítulo introductorio del *Manual* sobre las responsabilidades del proveedor de servicios de planificación familiar y otros conceptos generales, que puede añadirse sin afectar la estructura del ABC.

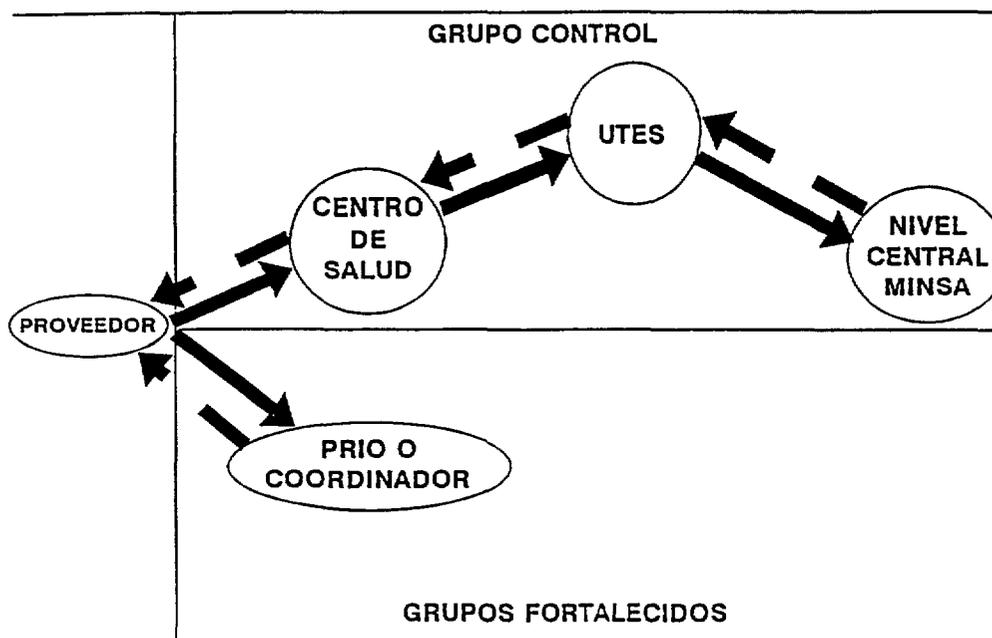
## 5 RESPUESTAS DE LA POBLACION RURAL Y SEMI-RURAL

El capítulo anterior se ha referido a las intervenciones del proyecto dirigidas a mejorar la competencia individual de los sanitarios y voluntarios en la provisión de servicios de planificación familiar. Otra meta del PRIO fue la de mejorar la logística de suministros del MINSA y agregar la participación comunitaria, a fin de poner a prueba la hipótesis de que el conjunto de intervenciones produciría ampliaciones de la cobertura de atenciones de planificación familiar en la población rural y semi-rural en forma incremental, es decir, con el fortalecimiento logístico y de competencia técnica del sanitario ampliando el acceso de la población a los métodos modernos y con la participación comunitaria trayendo consigo mejoras adicionales.

Este capítulo examina las respuestas de mujeres y hombres de Grau y Puno al conjunto de intervenciones. Primero se verifica si éstas resultaron en una ampliación efectiva del acceso a la planificación familiar, si ello ocurrió de acuerdo a la hipótesis incremental, y si hubo una respuesta positiva de la población hacia Depo-Provera, prestandose alguna atención a las diferencias regionales. Luego se evalúa las perspectivas de continuidad en el uso del inyectable. Finalmente, se considera la percepción de los servicios por parte de los usuarios.

La incorporación de la distribución comunitaria ya se describió en parte en el capítulo anterior. Aquí solo cabe agregar que las acciones de los voluntarios estuvieron estrechamente coordinadas y bajo la supervisión del sector Salud a nivel sub-regional.<sup>47</sup> Las mejoras logísticas consistieron en hacer disponibles con regularidad y en forma directa suministros de píldora, Depo-Provera, condón, y tableta vaginal para los proveedores de los dos grupos fortalecidos. Mientras tanto, los del grupo de control quedaron bajo el sistema corriente de reposición de stocks según el esquema de la Figura 10 en la siguiente página. Aunque había diversidad de procedimientos en las distintas sub-regiones, generalmente el sanitario presentaba su estadística de servicios y solicitaba la reposición de métodos en un centro de salud recibiendo los suministros directamente del centro de salud o el almacén de la UTE (Unidad Territorial de Salud) una vez que se hubiesen satisfecho dos condiciones: que la solicitud de reposición tuviese todas las firmas requeridas (generalmente, la del Coordinador Sub-Regional de Planificación Familiar y otros) y que hubiese stocks en el almacén. Ambos podían retardar sustancialmente la reposición de suministros al sanitario. La obtención de firmas podía retrasarse por causa de los

**Figura 10. Proceso logístico en los grupos fortalecidos y de control**



firmantes (viaje, enfermedad, displicencia, etc ) La falta de stocks en el almacén podía ocurrir por tardanzas en el envío a instancia superior de la estadística de servicios acumulada a nivel de centro de salud o UTES, que era una condición también indispensable para la reposición de stocks a estos niveles, o por tardanzas en la reposición misma (por ejemplo, a causa de un desabastecimiento a nivel central del MINSa, como ocurrió con Depo-Provera en mayo y junio de 1993) <sup>48</sup> También podía darse el caso de almacenes regionales abarrotados de suministros y centros de salud sin ellos

Durante el año que va de noviembre de 1992 a octubre de 1993 el PRIO abasteció a los proveedores de los grupos fortalecidos en seis ocasiones. Al completarse el curso de octubre de 1992, estos proveedores recibieron suministros calculados para durar comodamente hasta febrero. En enero y febrero de 1993, los proveedores de los grupos fortalecidos que recibieron el Test de Servicios rindieron cuenta del uso de suministros distribuidos hasta entonces y el PRIO se los repuso. La reposición de suministros para quienes no recibieron visitas de clientes simuladas se realizó con la intermediación de los coordinadores regionales o sub-regionales de planificación familiar del MINSa y las supervisoras de CARE. Este esquema se aplicó de nuevo

en mayo de 1993, antes de la capacitación de proveedores, y lo mismo se hizo al completarse la capacitación. Desde entonces se dejó enteramente en manos de los coordinadores regionales de planificación familiar y de CARE la reposición de stocks. Así, en julio y agosto de 1993 fueron ellos quienes recibieron del PRIO todos los suministros.

### Número de Usuarios Nuevos

Al diseñarse el proyecto se consideró la posibilidad de realizar, antes y después de las intervenciones, una encuesta a una muestra representativa de la población rural y semi-rural comprendida en las áreas del PRIO en Grau y Puno. Esta opción hubiese permitido efectuar una medición directa de los cambios logrados en la cobertura pero resultaba muy cara y hubo que descartarla. La segunda opción fue medir indirectamente la cobertura, a partir de (a) la estadística de servicios del proveedor y (b) una encuesta a usuarios de los servicios.<sup>49</sup>

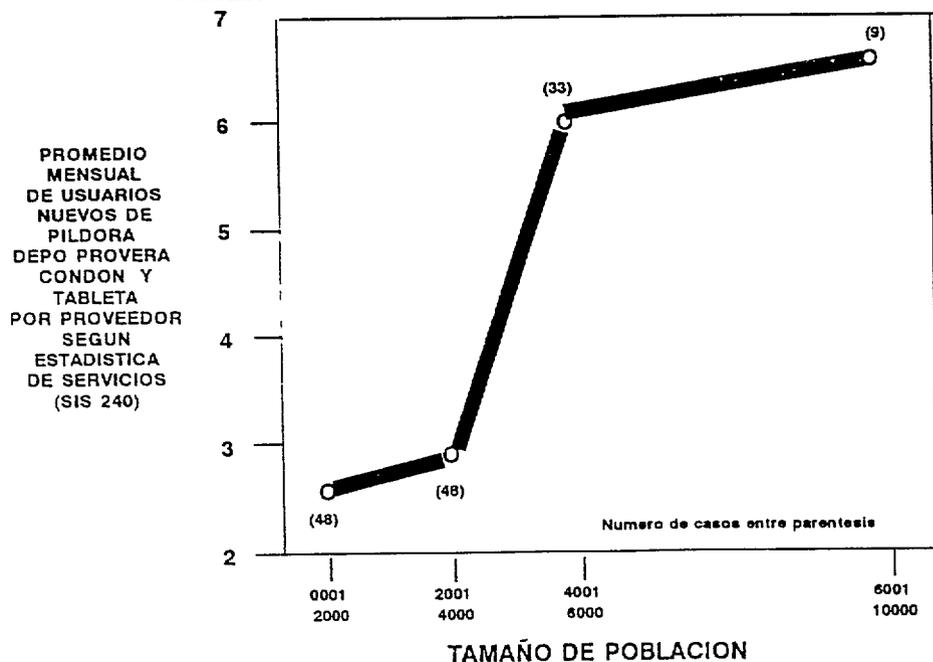
A solicitud del MINSA, el PRIO formó una base de datos alimentada por los informes de los sanitarios del proyecto en el formato SIS-240 desde noviembre de 1992 hasta agosto de 1993. Este formato (véase Apéndice F) recoge resultados globales de la gestión mensual del sanitario. De interés para el proyecto es una matriz del SIS-240 formada por dos líneas, una para usuarios nuevos de los métodos de planificación familiar distribuidos y otra para los continuadores en el uso de métodos, y cuatro columnas dobles (para métodos orales, inyectables, condón, y tableta vaginal). Las columnas dobles son para registrar el número de atenciones y el número de anticonceptivos colocados, aplicados, o entregados. Por ejemplo, en la intersección de la línea de usuarios nuevos y la columna doble de condones, "1 usuario nuevo de condón, 25 condones", o en la de continuadores y píldora, "2 continuadoras de píldora, 4 ciclos". Se contabiliza como usuario nuevo de un método a alguien que anteriormente recibía del sanitario otro método, pero el porcentaje de cambios de método fue muy bajo y no se le toma en cuenta aquí.<sup>50</sup>

Durante la capacitación de noviembre de 1992, personal del PRIO capacitó a los sanitarios de los grupos fortalecidos y capacitó a los voluntarios de Wawa-Wasis en el llenado apropiado del SIS 240. Los sanitarios del grupo de control fueron visitados y capacitados en pequeños grupos o individualmente. Los sanitarios fueron instruidos para entregar mensualmente su informe dentro de los canales regulares del sistema y preparar una copia para el proyecto.

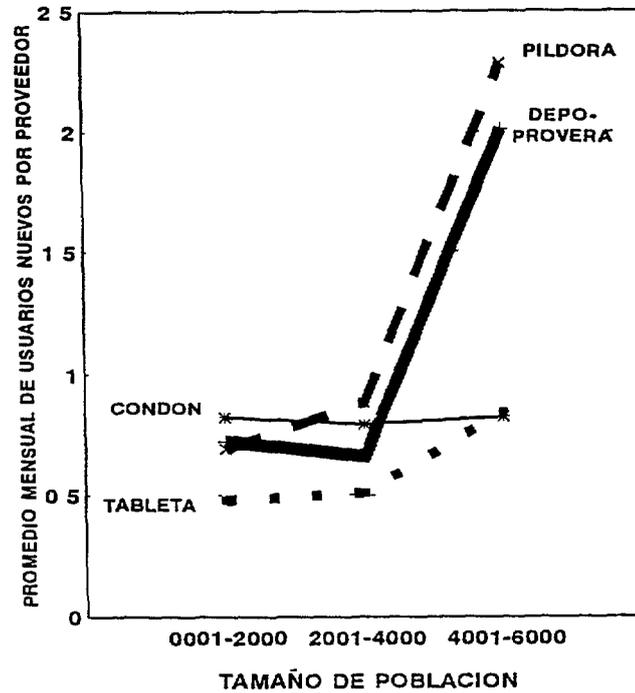
Los voluntarios entregaban los informes al supervisor regional de CARE/Perú. Durante los viajes de supervisión, el personal del PRIO recogía las copias para alimentar la base de datos.

En los análisis del número de usuarios nuevos por proveedor, se ignoró a los que formaban parte de un equipo, como es el caso de los sanitarios en centros de salud<sup>51</sup>, tomándose en cuenta únicamente a los sanitarios que atendían solos en postas de salud y a los voluntarios de Wawa-Wasis. Se aprecia en la Figura 11 que el promedio mensual de usuarios nuevos se incrementa importantemente en función del tamaño del poblado atendido por el proveedor, al menos hasta los 6,000 habitantes. La Figura 12, en la siguiente página, ignora los poblados por encima de 6,000 a causa del pequeño número de casos en esta categoría, ella deja notar que el uso del condón es insensitivo al tamaño de población, que el tamaño de población influye principalmente en la aceptación de los métodos hormonales, y que el impacto del tamaño del poblado aparece solo al pasar de los 4,000 habitantes. A su vez, la Tabla 9 indica que los poblados con 4,001 a 6,000 habitantes estuvieron sobrerrepresentados en el grupo de participación comunitaria. Esto se debe a que el tamaño de la población parece haber sido uno de los criterios de establecimiento de Wawa-Wasis de interés para CARE/Perú.

**Figura 11** Número de usuarios nuevos en función del tamaño de la población servida por sanitarios de posta y voluntarios de Wawa-Wasis. Noviembre 1992 - Abril 1993



**Figura 12 Número de usuarios nuevos por metodo y tamaño de poblacion  
 Noviembre 1992 - Abril 1993**



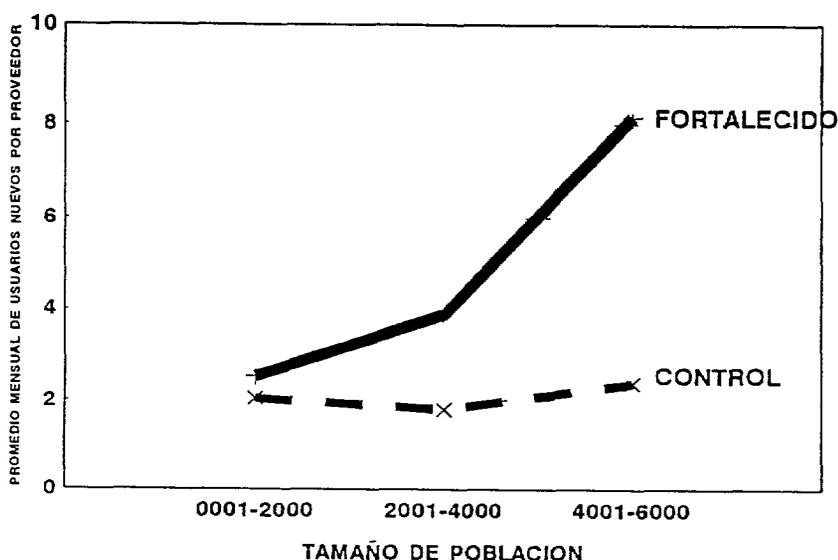
**Tabla 9  
 Distribución de proveedores segun modelo  
 de entrega de servicios y tamaño de población servida**

POBLACION	MODELOS		
	CONTROL	FORTALECIDO	PARTICIPACION COMUNITARIA
0001-4000	80%	86%	63%
4001-6000	20%	14%	37%

Si calculásemos el número total de usuarios nuevos de los proveedores de este grupo sumando los de los tres grupos de poblados, podríamos obtener una cifra más alta que la correspondiente a la de los grupos fortalecido o de control simplemente porque los proveedores

del modelo de participación comunitaria operaban en poblados más grandes. Esta es la razón por la cual la Figura 13, abajo, distingue tamaños de poblado. La figura presenta los resultados de relevancia para la primera parte de la hipótesis incremental durante la fase del proyecto que va desde la capacitación de proveedores de noviembre de 1992 hasta poco antes de su recapacitación en mayo de 1993. Obsérvese que, en cada nivel de tamaño de población, el grupo fortalecido presenta mayor número de usuarios nuevos que el grupo de control, confirmando así parcialmente la hipótesis. La diferencia entre los dos grupos de proveedores fue estadísticamente significativa según un análisis de la varianza de dos vías ( $p < .001$ ,  $g_1 = 1,90$ ). Las ventajas del grupo fortalecido respecto al de control se hacen mayores a medida que se incrementa el tamaño de la población, pues el número de usuarios nuevos crece mientras que en el grupo de control permanece constante (la interacción Grupo x Tamaño fue significativa en el análisis de la varianza,  $p < .006$ ). Esto sugiere que el proveedor que está debidamente capacitado y apoyado logísticamente aprovecha oportunidades de servir a una clientela potencial de planificación familiar que es tanto mayor cuanto más grande es el poblado atendido, sea por razones puramente cuantitativas (mayor número de personas), porque hay actitudes más modernas en los poblados mayores, o por el efecto conjunto de los dos factores.

**Figura 13** Número de usuarios nuevos según modelo de entrega de servicios y tamaño de población servida, Noviembre 1992 - Abril 1993 Control versus Fortalecido



La Figura 14 se refiere a la segunda parte de la hipótesis. Antes de comentarla conviene señalar que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el número de usuarios nuevos de los voluntarios y los sanitarios considerados dentro del modelo de participación comunitaria. La curva observada en este grupo (PCO) presenta el promedio de ambos. Notese que ella resulta prácticamente igual que la del grupo fortalecido (la diferencia entre los dos grupos no es significativa,  $p < .492$ , ni lo es la interacción Grupo x Tamaño,  $p < .290$ ). Ello nos dice que el sanitario que trabaja solo en un poblado obtiene el mismo número de usuarios nuevos que el sanitario que está acompañado por un voluntario dentro de su territorio. El hallazgo es interesante porque indica que la contribución del voluntario a la estadística de servicios de un poblado es aditiva, el voluntario parece no competir con el sanitario por los mismos usuarios.

Recuerdese que el modelo de participación comunitaria se implementó con el doble de proveedores (sanitario y voluntario) que el modelo fortalecido pero en la mitad de poblados.<sup>52</sup> Para comparar apropiadamente los dos modelos hay que igualar el número de poblados multiplicando por dos la curva PCO. El producto es una curva teórica PCT.<sup>53</sup> La considerable elevación de esta curva sobre la del grupo fortalecido en la Figura 14 expresa el crecimiento de la cobertura de planificación familiar que se produce al agregarse la participación comunitaria.

**Figura 14** Número de usuarios nuevos según modelo de entrega de servicios y tamaño de población servida, Noviembre 1992 - Abril 1993 Fortalecido versus Participación Comunitaria

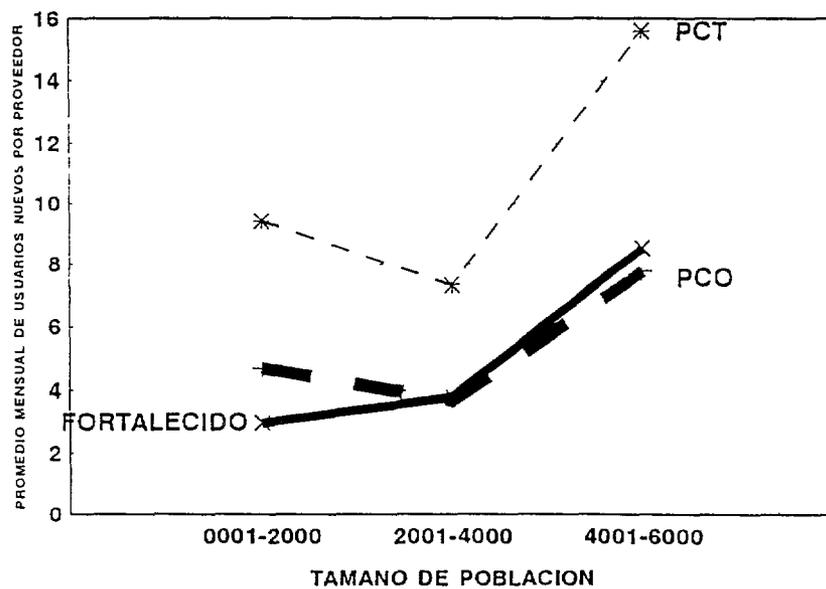
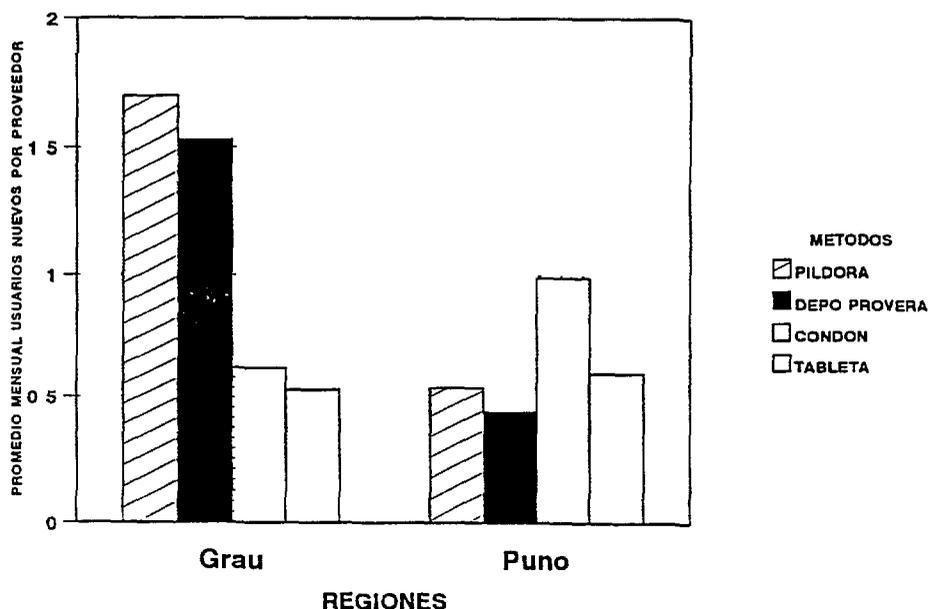


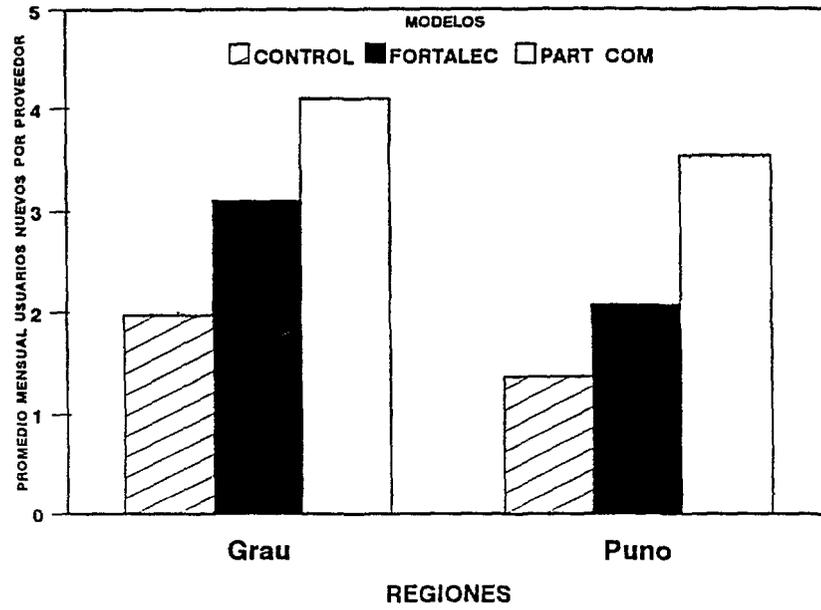
Figura 15 Numero de usuarios nuevos por método y region, Noviembre 1992 - Abril 1993



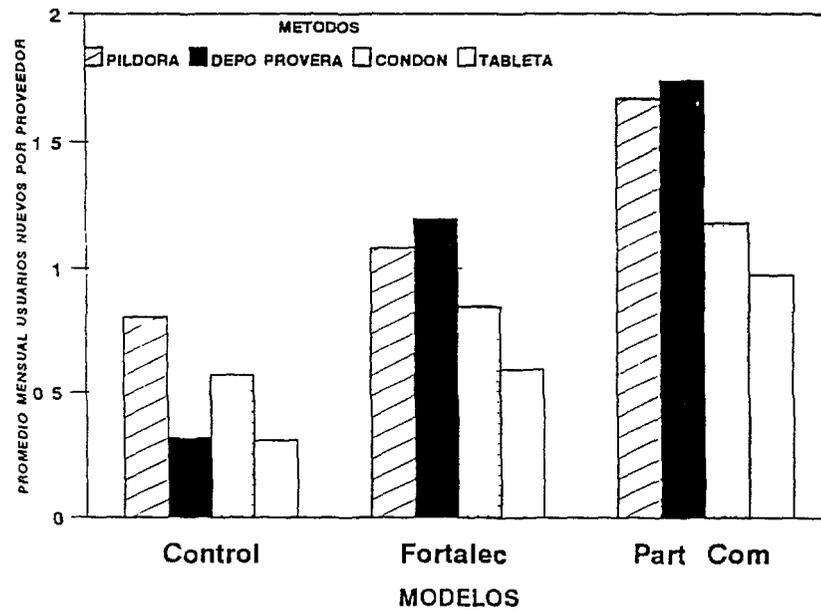
¿Cual es la consistencia de estos hallazgos? La Figura 15 deja ver que la mezcla de metodos en la costa norte privilegia los hormonales mientras que en el altiplano son los metodos de barrera los mas distribuidos, es decir, las dos regiones exhiben diferencias sustanciales en mezcla de metodos. En la siguiente pagina, sin embargo, la Figura 16 revela que, pese a las diferencias regionales la hipotesis incremental obtuvo igual apoyo en Grau y Puno. La altura promedio de las barras tanto en la Figura 15 como en la 16 indica la existencia de un numero mayor de usuarios por proveedor en Grau. Esto se explica por lo menos en parte por el factor de tamaño de las poblaciones. Mientras que en Grau el 36% de los proveedores del proyecto operaban en poblados mayores (de 4,001 a 6,000 habitantes), solo el 8% lo hacian en Puno.

¿Que efectos produjo el conjunto de intervenciones en los metodos individuales de planificacion familiar? ¿Logro el PRIO hacer de Depo-Provera un metodo igualmente accesible para el poblador rural y semi-rural que los metodos mas tradicionalmente usados, como la píldora y el condon? La respuesta esta en la Figura 17. Notese como el grupo de control exhibe una mezcla de metodos de estructura similar a la que el grupo experimental presentaba antes del inicio de las intervenciones, con la píldora por delante, seguida del condon (vease el ultimo pá-

**Figura 16** Numero de usuarios nuevos por modelo y region, Noviembre 1992 - Abril 1993



**Figura 17** Numero de usuarios nuevos por metodo y modelo, Noviembre 1992 - Abril 1993



rafo en la página 12) En cambio, los proveedores de los grupos fortalecidos y de participación comunitaria pasan a obtener un mayor número de usuarios nuevos de Depo-Provera que de cualquier otro método. Como se vera en detalle más adelante, este resultado tuvo una confirmación independiente en la encuesta a usuarios de octubre de 1993.

El acceso mejorado de la población rural a Depo-Provera logró mantenerse en forma relativa en los grupos fortalecidos durante el siguiente periodo del proyecto, entre la recapacitación de mayo y el último mes para el cual se registró la estadística de servicios (agosto). Ello ocurrió no obstante una grave escasez de inyectables que afectó al MINSA en su conjunto en el otoño de 1993 y de la cual no fue posible sustraer al PRIO de inmediato<sup>54</sup>. Como se aprecia en la Figura 18, Depo-Provera mantuvo en el grupo fortalecido y el de participación comunitaria un nivel superior al exhibido por el grupo de control, pese a caer por debajo de la píldora y el condón en este período. Evidentemente, AMPD cayó respecto al período anterior, tanto en los grupos experimentales como en el de control pese a que desde mayo mejoró relativamente la entrega de suministros a los proveedores del último grupo<sup>55</sup>.

La comparación de las figuras 17 y 18 sugiere que no se mantuvo en la segunda fase del proyecto el nivel de los efectos incrementales de la primera fase. Como se aprecia en la Figura

**Figura 18 Número de usuarios nuevos por método y modelo, Mayo-Agosto 1993**

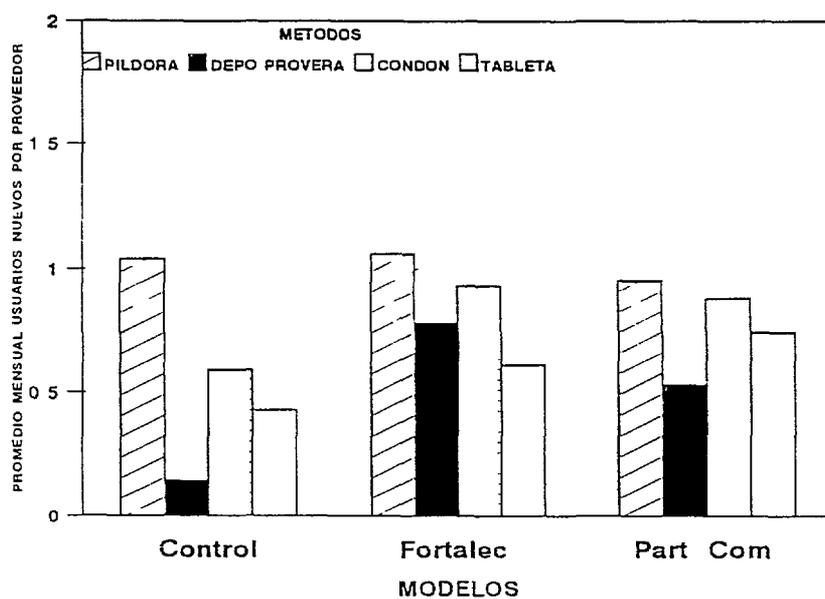


Figura 19 Numero de usuarios nuevos según modelo de entrega de servicios y tamaño de población servida, Mayo - Agosto 1993 Control versus Fortalecido

4

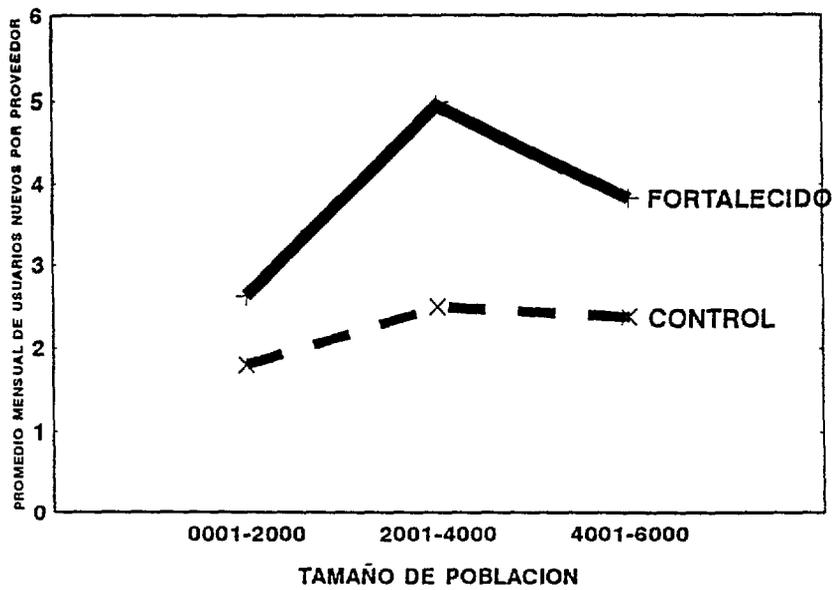
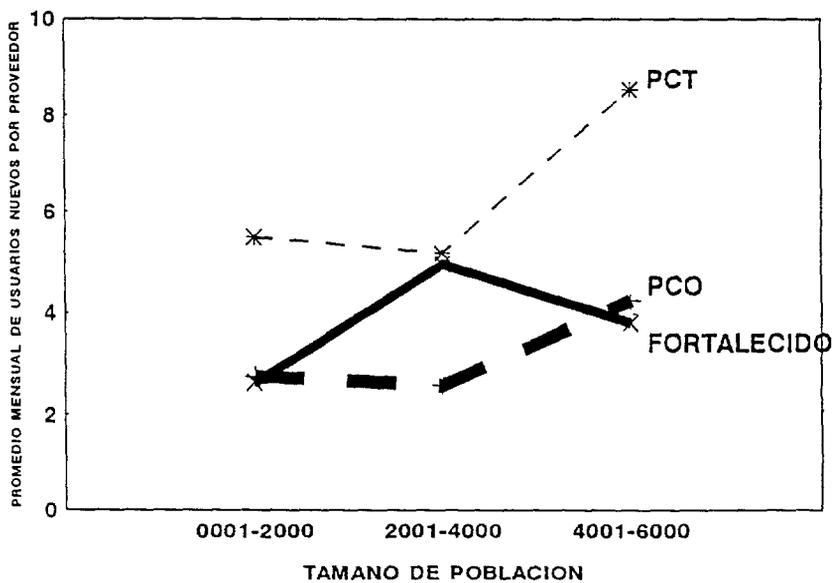


Figura 20 Numero de usuarios nuevos segun modelo de entrega de servicios y tamaño de población servida, Mayo - Agosto 1993 Fortalecido versus Participación Comunitaria



75

19, el grupo fortalecido de sanitarios continuó superando significativamente al grupo de control ( $p < .038$ ), pero desapareció el aprovechamiento del tamaño del poblado (interacción no significativa,  $p < .590$ ). Sus ventajas (un máximo de 5 *versus* 2.5 usuarios en los poblados intermedios, Figura 19) fueron menores que las del primer semestre (un máximo de 8 *versus* 2.5 usuarios en los poblados grandes, Figura 13).<sup>56</sup> A su vez, la participación comunitaria cayó en promedio por debajo del grupo fortalecido (véase la Figura 20), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ( $p < .345$ ) y como modelo continuó superando al fortalecido en los poblados más pequeños y en los más grandes (véase la curva PCT en la Figura 20).

¿Cómo se explica la caída del número de usuarios nuevos en el grupo fortalecido y, en particular, el de participación comunitaria en los últimos meses del proyecto? El portafolio inicialmente pequeño de clientes (igual a cero en el caso de los voluntarios) permitió a los proveedores dedicarse intensamente al reclutamiento de usuarios nuevos entre noviembre de 1992 y abril de 1993. A medida que creció el número de continuadores, sin embargo, el tiempo quedó estrecho para reclutar nuevos usuarios. Además parece que los proveedores (en particular, los voluntarios) implementaron seriamente la política de privilegiar la atención de continuadores que recomendó el PRIO cuando arreció el desabastecimiento de Depo-Provera.<sup>57</sup>

### Años de Protección-Pareja y Continuidad

El número de usuarios nuevos es un buen indicador de acceso a la planificación familiar, pero es un indicador incompleto al cubrir solo la primera recepción de un método anticonceptivo de un proveedor por parte de un usuario. No toma en cuenta la posibilidad de que el usuario no regrese a reabastecerse. De otro lado, si se obtuviese de la estadística de servicios del proveedor (el formato SIS-240) el número total de atenciones a continuadores, se distorsionaría la descripción al ignorarse las diferencias temporales de acción de los distintos métodos. Por ejemplo, un proveedor puede tener una continuadora en el uso de píldoras que se reabastece tres veces en el curso de un trimestre, y otro una de Depo-Provera, que se reabastece solo una vez. La estadística de servicios del primero indicaría tres atenciones de continuadores en el trimestre mientras que la del segundo indicaría solo una, cuando ambas usuarias han estado igualmente cubiertas a lo largo del trimestre. El año de protección-pareja (APP) dado al usuario (Shelton,

1992) es un indicador que supera este problema al convertir los métodos distribuidos a una métrica que permite integrar información relativa a métodos de distinto alcance temporal. Por ejemplo, el total de APPs involucrados en las tres atenciones a la continuadora de píldora (igual a 25, pues la entrega de un ciclo de píldoras equivale a 0.82), será similar al total de APPs correspondiente a una inyección de Depo-Provera en el mismo lapso (25). La entrega de un condón o tableta vaginal equivale a un centésimo de APP (0.01). Como complemento a los hallazgos presentados en la sección anterior sobre el número de usuarios nuevos, esta sección se ocupa de los APPs dados a los continuadores. Además ofrece un análisis de la continuidad en el uso de Depo-Provera.

Las Figuras 21 y 22 presentan los resultados relativos a la hipótesis de efectos incrementales en los dos periodos de observación. Entre noviembre de 1992 y abril de 1993, el grupo fortalecido tuvo un promedio mensual de APPs de continuadores (84) significativamente más alto que el del grupo de control (44,  $p < 0.022$ ), independientemente del tamaño del poblado (interacción no significativa,  $p < 0.567$ ). El grupo de participación comunitaria, a su vez, obtuvo resultados (79) que no fueron significativamente diferentes de los del grupo fortalecido ( $p < 0.439$ ), pero principalmente a base de su ventaja en poblados grandes. En los poblados pequeños y medianos, el grupo de participación comunitaria no se distingue del de control. Si se duplicase sus valores para obtener una PC Teórica, la curva superaría a la del grupo fortalecido solo ligeramente en estos poblados.

En cambio, la fisonomía de efectos incrementales emerge marcadamente en el periodo mayo-agosto 1993.<sup>58</sup> Mientras que el promedio del grupo de control sube a 55 - denotando una mejora que puede haber sido parte de mejoras globales a nivel del MINSA o efecto de la vecindad con los grupos experimentales del PRIO - el del fortalecido lo hace a 112 y el de participación comunitaria a 176. Pareciera como si los voluntarios que carecían de un portafolio de clientes al iniciarse el periodo anterior, se hubiesen puesto al día. El crecimiento del APP de continuadores observado en el grupo fortalecido y, especialmente, el de participación comunitaria entre mayo y agosto de 1993 explican la caída del número de usuarios nuevos que se registró en ese periodo. Al atender un portafolio mayor de continuadores, los proveedores quedaron con menos tiempo para reclutar usuarios nuevos. Los resultados sugieren los límites del volumen de consultas de planificación familiar que puede manejar un proveedor (semi)rural.

Figura 21 APPs de continuadores segun modelo de entrega de servicios y tamaño de poblacion servida, Noviembre 1992 - Abril 1993

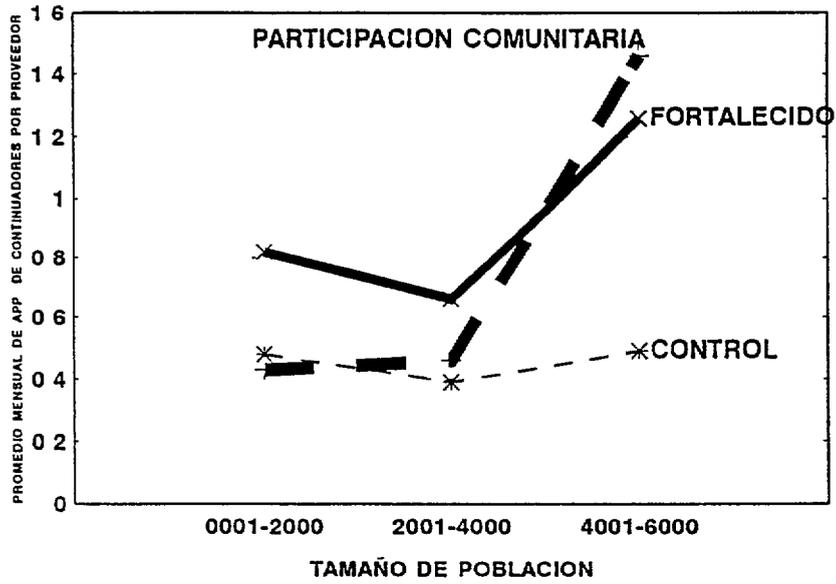
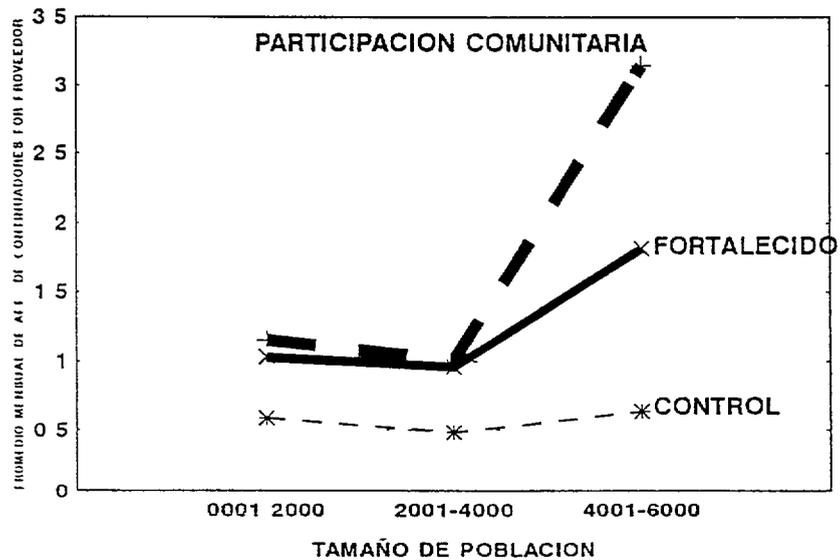
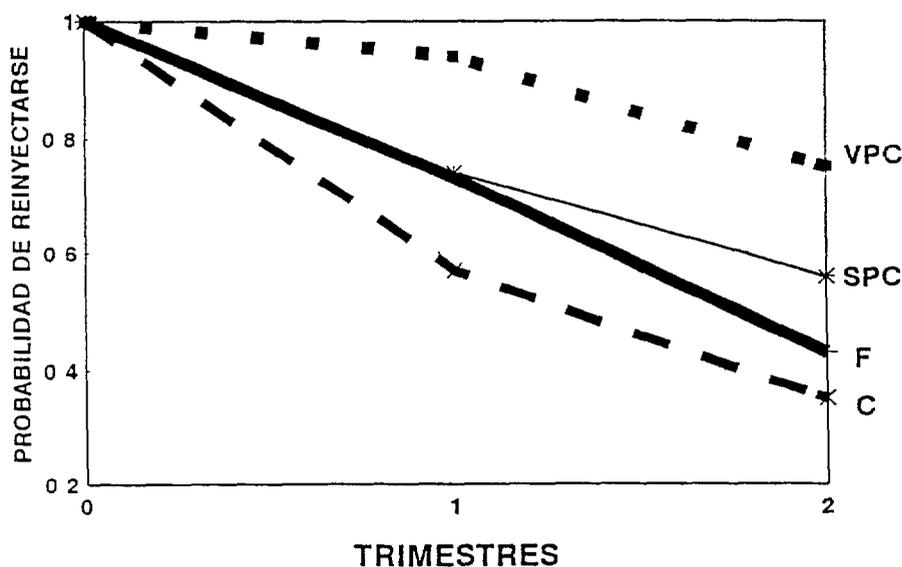


Figura 22 APPs de continuadores segun modelo de entrega de servicios y tamaño de poblacion servida, Mayo - Agosto 1993



La hipótesis incremental de efectos de la intervención vuelve a confirmarse en un análisis de la continuidad en el uso de Depo-Provera que se efectuó en cuatro cohortes mensuales de usuarias nuevas, reclutadas entre noviembre de 1992 y febrero de 1993. Cada cohorte fue seguida en los siguientes dos trimestres en el formato de Registro y Seguimiento de Usuarios Nuevos mantenido por los proveedores (véase el Apéndice G) <sup>59</sup> La Figura 23 ofrece las tasas de continuidad para el conjunto de cohortes por grupo de proveedores. Las del grupo de control (C) fueron las más pobres: menores al 60% en el primer trimestre posterior a la primera inyección y al 40% en el segundo. En el otro extremo, más del 90% de las usuarias de los voluntarios (VPC) se reinyectaron al primer trimestre y alrededor del 75% lo hicieron al segundo. El éxito de los voluntarios en el mantenimiento de la continuidad en el uso del inyectable puede explicarse por su mayor contacto con las usuarias a partir de los Wawa-wasis y mayor dedicación a las visitas domiciliarias. En estos contactos y visitas recordaban a las usuarias la proximidad de la fecha de reinyección, les daban apoyo emocional, y resolvían consultas. Los sanitarios parecen haber sido menos proclives a hacer contactos de seguimiento. La ligera ventaja de los sanitarios del grupo de participación comunitaria (SPC) respecto a los del fortalecido (F) puede explicarse por la mayor representación de poblados grandes en el primer grupo.

Figura 23 Tabla de vida del uso de Depo-Provera en los dos trimestres posteriores a la primera inyección, por grupo de proveedores  
 Usuarias nuevas de noviembre 1992 a febrero 1993



## Percepciones del Usuario

Las secciones anteriores tuvieron como objeto de análisis el comportamiento objetivo de los usuarios. Se ha visto cómo la reducción de barreras técnicas, las mejoras en la calidad de atención, y el fortalecimiento logístico del servicio generaron una masa mayor de atenciones a usuarios nuevos en las postas de salud, así como cambios en la mezcla de métodos y un incremento importante en las tasas de protección contra el embarazo no deseado (APPs de continuadores) y de continuidad en el uso de Depo-Provera. Además, se registró mejoras en todas estas variables con la incorporación de la participación comunitaria. Es decir, los usuarios fueron afectados positivamente por las intervenciones. Conviene, sin embargo, conocer directamente su percepción de los servicios.

Un total de 330 usuarios fueron entrevistados en octubre de 1993. El marco muestral de la encuesta fue un censo de usuarios que se efectuó a partir de los datos contenidos en el formato de Registro y Seguimiento de Usuarios Nuevos llevado por los proveedores del proyecto. El muestreo de usuarios fue estratificado. Por cada proveedor, se seleccionó al azar (a) un usuario nuevo reclutado entre noviembre de 1992 y abril de 1993 en el uso de un método distribuido por el proveedor y (b) otro reclutado entre mayo y agosto de 1993. En ambos casos se contó con reemplazos a ser visitados si los titulares no eran encontrados en sus domicilios.

La Tabla 10 deja notar que en el grupo de control prevalecen los usuarios de píldora y métodos de barrera. En el grupo fortalecido Depo-Provera gana a costa de la píldora, y en el de participación comunitaria, a costa de la píldora y los métodos de barrera. La categoría "otros"

---

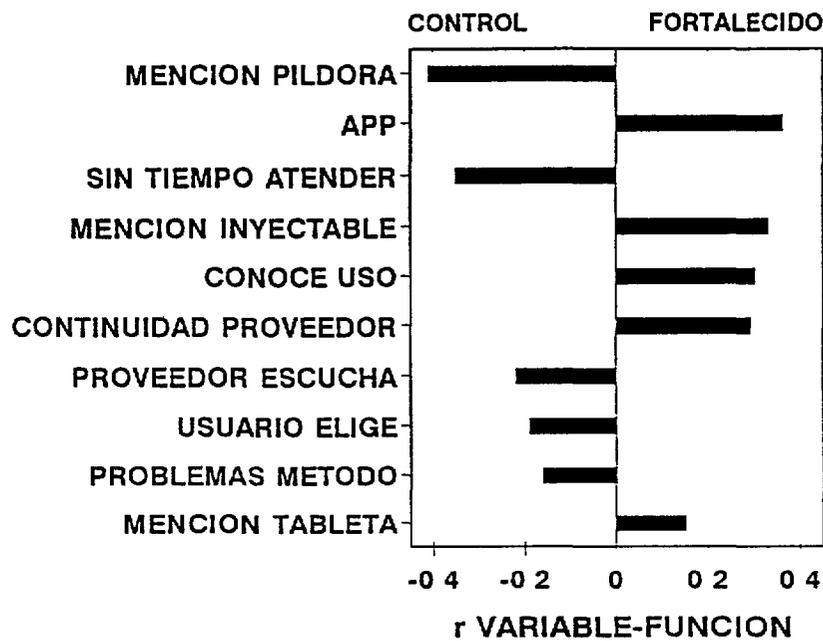
**Tabla 10**  
Distribución porcentual de los métodos usados en octubre 1993 según la encuesta a usuarios

GRUPO METODO	CONTROL	FORTALECIDO	PARTICIPACION COMUNITARIA
Píldora	29.5	20.6	15.9
Barrera	27.2	27.0	21.7
Depo-Provera	22.7	32.5	42.5
Otros	20.6	19.9	20.4

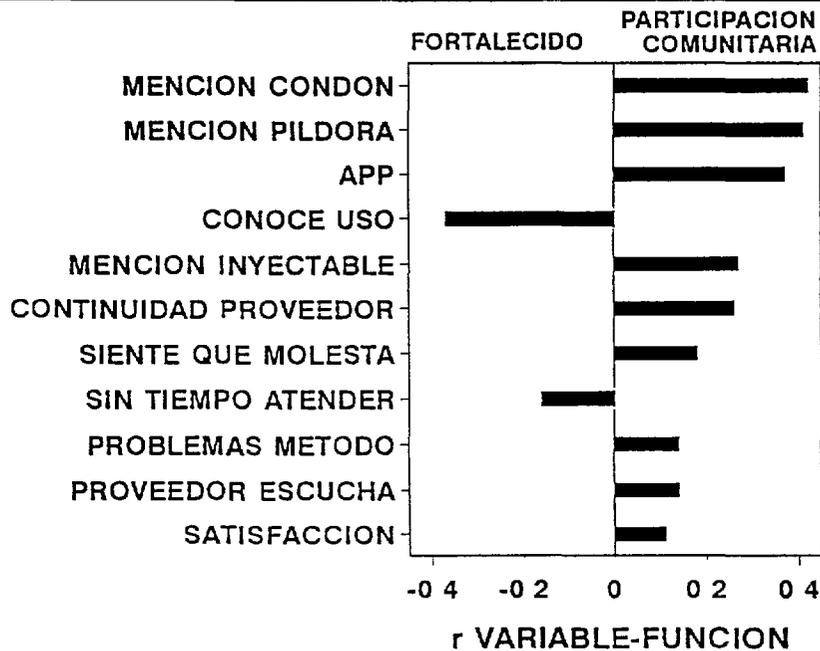
incluye tanto usuarios de métodos naturales y métodos de referencia clínica (esterilización, DIU) como desertores de la planificación familiar. No hubo diferencias significativas en deserción entre los distintos grupos de proveedores.

Se usó el análisis discriminante para identificar, en un juego de 15 ítems del cuestionario dado a los usuarios, las percepciones del servicio que más diferencian entre los modelos de entrega de servicios. Este enfoque supera las limitaciones metodológicas del análisis univariado de ítems. El número de usuarios con respuestas completas fue 249. La primera función discriminante canónica distinguió principalmente entre el modelo fortalecido (*centroide* = 29) y el de control (*centroide* = -54), se asoció con un *chi-cuadrado* significativo ( $p < 0.01$ ), y correlacionó 0.33 con la pertenencia real de los sujetos a los grupos. La Figura 24 ofrece la correlación (siempre que este por encima de 0.10) entre las respuestas dadas por los usuarios a los ítems y los puntajes derivados de la función discriminante canónica. En comparación con los usuarios atendidos por sanitarios del grupo de control, los que recibieron servicios de sanitarios del grupo fortalecido revelan estar usando un método anticonceptivo de más larga acción (APP correspondiente al método en uso), tienden a mencionar métodos menos tradicionales, como Depo-Provera y la tableta vaginal, cuando se les pregunta por los métodos de planificación familiar existentes, revelan tener mejores conocimientos sobre la forma de uso de su método, y exhiben una historia de mayor continuidad en la recepción de servicios por parte de un mismo sanitario. Los usuarios atendidos por controles mencionan más el método más tradicional (la píldora), atribuyen al proveedor menos tiempo para atender a sus pacientes y refieren más problemas de uso de métodos. Hasta aquí, todo es consistente con los hallazgos anteriores del estudio que indicaban un servicio de mayor calidad dado por los proveedores capacitados. Sin embargo, los usuarios atendidos por controles también atribuyen al proveedor una mayor capacidad de escucha y disposición a que sea el usuario quien elija el método. Esto es paradójico, pues los sanitarios del grupo fortalecido fueron capacitados para entender el punto de vista del usuario y darle toda la información necesaria a fin de que pudiese elegir el método que más le conviniera, y el Test de Servicios confirmó que ponían en práctica lo suficiente como para superar en calidad al grupo de control. El hallazgo tal vez refleje la existencia de distorsiones en la percepción o memoria del usuario causadas por la interacción con un proveedor que pregunta menos y aconseja menos, es decir, es menos activo (el de control).

**Figura 24 Discriminación a base de percepciones del servicio entre los usuarios de los grupos fortalecido y de control**



**Figura 25 Discriminación a base de percepciones del servicio entre los usuarios de los grupos fortalecido y de participación comunitaria**



82

La segunda función discriminante canónica distinguió principalmente entre el modelo fortalecido (*centroide* = - 27) y el de participación comunitaria (*centroide* = 52), se asoció con un *chi-cuadrado* significativo ( $p < 04$ ), y correlacionó 32 con la pertenencia real de los sujetos a los grupos. Los resultados mostrados en la Figura 25 revelan que los usuarios bajo el modelo de participación comunitaria tienen presente una gama más amplia de métodos (mencionan condón, píldora, e inyectable en mayor medida que los del modelo fortalecido) y usan métodos de más larga acción (APP). Estos resultados son consistentes con hallazgos ya reportados indicando que el modelo de participación comunitaria se asociaba con una mayor prevalencia de uso de Depo-Provera y tasas más altas de continuidad en el método.

La clientela del grupo fortalecido, sin embargo, supera a la de participación comunitaria en conocimiento de aspectos elementales del método en uso. Esto puede explicarse por el hecho de que haya entre ellos más usuarias de Depo-Provera. Un análisis discriminante de los usuarios de Depo-Provera y los de otros métodos - sin tener en cuenta el modelo de entrega de servicios - identificó como los mejores predictores de pertenencia al primer grupo al género (femenino) y el nivel de educación (menor). Si las usuarias del inyectable son menos educadas y hay más usuarias de este método bajo el modelo de participación comunitaria, se puede esperar que las usuarias bajo este modelo denoten menor conocimiento sobre el método en uso. La presencia mayor de Depo-Provera en el grupo de participación comunitaria también puede explicar la mayor frecuencia de problemas con el método entre los usuarios bajo este modelo, los trastornos menstruales afectan a una gran mayoría de usuarias del inyectable.

Pese a ello sin embargo, hay mayor continuidad en la recepción de servicios del mismo proveedor y mayor satisfacción con el servicio entre los usuarios bajo el modelo de participación comunitaria. Parece como si el usuario estuviese dispuesto a tolerar los problemas asociados con el uso del método. Probablemente contribuya a su satisfacción el que perciba al proveedor como una persona con tiempo para atenderlo y dispuesto a escucharlo. El que sienta que molesta al proveedor al solicitar la consulta puede explicarse por (a) el hecho que la mitad fueran voluntarios que atendían en su propia casa y podían ser interrumpidos en sus faenas domésticas y/o (b) que los proveedores bajo este modelo operaban en poblados más grandes, tenían una cartera más amplia de clientes y estaban más ocupados. La discriminación entre sanitarios y voluntarios del modelo no sería confiable dado el número limitado de casos de cada tipo.

## Tareas Pendientes

Tal vez el principal aporte de este estudio sea la demostración de que el mejoramiento de la calidad de los servicios causa significativas mejorías en el acceso de la población rural y semi-rural a la planificación familiar

En efecto, el estudio probó que el fortalecimiento de la logística de suministros y el mejoramiento de la competencia técnica del sanitario mediante la capacitación y ayudas de trabajo - que, según se vio en un capítulo anterior, produjeron mejorías concretas en la calidad de la atención a clientes individuales - fueron seguidos de incrementos sustanciales en el número de usuarios nuevos reclutados, la cantidad de años de protección-pareja dados a continuadores, y la continuidad en el uso de Depo-Provera. Los tres resultados indican un acceso mejorado de la población a la planificación familiar

Al añadirse la participación comunitaria, se constató que el reclutamiento y atención de clientes por parte del voluntario no disminuían el número de clientes atendidos por el sanitario de un poblado, es decir, el voluntario parece no competir por la misma población de usuarios y, por ende, amplía realmente el acceso a la planificación familiar en el poblado rural o semi-rural atendido. La consistencia de los hallazgos se demuestra por el hecho que resultados similares se obtuviesen en regiones del Perú que expresan preferencias diferentes por métodos individuales de planificación familiar. La mezcla de métodos de la costa norte privilegia los hormonales mientras que en la de la sierra sur predominan los de barrera

La intervención, sin embargo, fue suficientemente gruesa como para impedir una apreciación más fina de los procesos causales que llevaron a estos resultados. El fortalecimiento logístico y el mejoramiento de la competencia del proveedor fueron combinados en un solo tratamiento para evitar mayores complejidades en el diseño del proyecto. Se partió del supuesto que poco valdría el mejoramiento de la competencia del sanitario si la posta careciera de los suministros requeridos por los usuarios. Queda, sin embargo, por evaluar en futuros estudios la contribución al acceso que hace la competencia del sanitario por sí misma, independientemente del status logístico. El diseño de investigación apropiado para despejar las dudas requerirá un grupo de control, uno en el que se mejora la logística, un tercer grupo en el que se mejora la competencia del proveedor, y un cuarto grupo en el que se mejoran ambos

El mejoramiento logístico logrado en el proyecto fue artificial en la medida que dependió grandemente del personal del PRIO y, en consecuencia, no es automáticamente transferible al MINSA, pero produjo resultados y una experiencia de implementación que el Ministerio podría aprovechar al definir sus nuevos sistemas. La solución tuvo dos componentes. El primero respondió a la necesidad de disminuir las instancias intermedias del flujo de decisiones, que hacían muy lento el proceso en el grupo de control. El PRIO descargó de responsabilidades en esta área a los centros de salud y UTES, aumentando las del coordinador regional o departamental de planificación familiar, quien reponía suministros al sanitario contra entrega de su estadística de servicios de planificación familiar. El MINSA tendrá que reevaluar esta solución en la perspectiva de sus necesidades de mantenimiento de un sistema integrado de información que por su propia naturaleza involucra servicios que trascienden a la planificación familiar.

La segunda solución logística se refirió a los criterios de entrega de suministros. El sistema empleado por el MINSA depende de una programación que toma en cuenta tanto el consumo de suministros en los puntos de entrega de servicios como ciertos estimados de la demanda potencial de métodos en la región o sub-región de interés. Los estimados se derivan de encuestas quinquenales de demografía y salud. El PRIO, sin embargo, consideró solamente el primer factor. Tomando en cuenta el éxito del proyecto, el representante de Grau en el seminario final del PRIO en Lima propuso al MINSA generalizar la práctica de un manejo logístico basado en la demanda real.

El modelo de participación comunitaria también fue exitoso pero deja algunas interrogantes sobre su generalizabilidad bajo circunstancias menos propicias que las de su implementación por CARE/Perú. Los voluntarios recibieron una supervisión estrecha y, por lo tanto, cara. En los Wawa-wasis tenían una población cautiva de usuarios potenciales de planificación familiar que se beneficiaba con recursos educativos y alimenticios, el reclutamiento de usuarios se facilitaba por la comunidad de metas y el contacto frecuente. Por último, CARE/Perú les permitía cobrar un honorario por consulta. Hay que preguntar si igual éxito hubiese tenido una participación comunitaria sin los beneficios de una supervisión estrecha, sin la facilitación de interacciones proporcionada por los Wawa-wasis, y sin posibilidad de cobrar honorarios. Mientras se responde a estas preguntas, sin embargo, se puede tener confianza en la generalizabilidad exitosa del modelo a otros Wawa-wasis coordinados por CARE en el Perú.

## 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

■ Los sesgos existentes contra el uso de Depo-Provera se corrigen mediante la exposición del personal a información científica actualizada. Probó ser efectivo un seminario de medio día de duración en el que participaron como expositores prestigiosos profesionales. Es recomendable su réplica a fin de erradicar el sesgo a nivel nacional.

■ Autoridades y proveedores aceptan la actualización de las normas técnicas de atención. Entre otros logros, se redujo la lista de contraindicaciones para el uso de Depo-Provera considerando la ausencia de estrógenos en su composición. La oficialización de los cambios es una tarea pendiente del MINSA que al completarse legitimara los avances regionales obtenidos y generalizara a nivel nacional prácticas mejoradas de entrega de servicios.

■ La capacitación en cascada - de capacitadores regionales que luego capacitan a proveedores rurales y semi-rurales - es un sistema viable, al menos cuando agencias externas al MINSA financian todo el proceso, además de proporcionar organización y supervisión. Queda por averiguar en el futuro si la capacitación en cascada, o alguna de sus partes (v.g., la capacitación de proveedores), puede funcionar con los recursos propios del MINSA.

■ Un Curso de 3 días dado a técnicos sanitarios causa importantes mejorías en la calidad de los servicios que prestan a sus comunidades. Los sanitarios ampliaron la elección de método para el cliente, establecieron buenas relaciones con él, y se preocuparon de su seguimiento. Los resultados fueron menos satisfactorios en las áreas técnicas (manejo de contraindicaciones, información dada al usuario) pese a las mejoras observadas en estas áreas. Los contenidos de la capacitación deben ajustarse para obtener un mejor balance.

■ El Curso no es suficiente para que voluntarios reclutados por CARE/Perú en Wawa-wasis alcancen un mínimo aceptable de competencia. Para alcanzar el nivel de los sanitarios capacitados, los voluntarios necesitaron un adiestramiento extra en aplicación de inyecciones y un proceso *ad hoc* de capacitación complementaria que los supervisores de CARE/Perú proporcionaron en campo individualizadamente a lo largo de tres meses.

■ Sanitarios y voluntarios capacitados necesitan una guía interactiva que los asista en la consulta. La guía debe indicar que preguntar y que aconsejar a cada paso, en base a

diagnósticos de la situación y necesidades del usuario, y servir como memoria auxiliar de criterios técnicos. El "ABC del Proveedor Rural" mejoró la calidad del servicio dado por los sanitarios y, particularmente, los voluntarios. Este instrumento puede ser mejorado con la incorporación de figuras que hagan aun más aceptable su uso durante la consulta.

■ **Es relativamente fácil conseguir un mejoramiento localizado de la logística.** Los anticonceptivos se hicieron mas disponibles para los usuarios en las postas mediante la reducción de intermediarios en el proceso de reposición de suministros a los sanitarios. El criterio de reposición estuvo basado sólo en la demanda real de servicios. El sistema, sin embargo, no logró evitar desabastecimientos originados en el nivel central del MINSA. La solución del problema logístico del MINSA demanda un enfoque integral al que no aspiró el proyecto.

■ **El fortalecimiento logístico y el mejoramiento de la competencia del sanitario amplían el acceso de la población a la planificación familiar.** La producción mensual corriente del sanitario (reclutamiento de 2 a 3 usuarios nuevos, 1/2 año de protección-pareja dado a continuadores) se duplicó gracias a la intervención, y mejoró la tasa de continuidad en el uso de Depo-Provera. Los incrementos ocurrieron en poblados pequeños (hasta 2,000 habitantes) y medianos (2,001-4,000), pero fueron mayores en poblados mas grandes (4,001-6,000).

■ **El acceso de la población a la planificación familiar se amplía aun más al incorporarse la participación comunitaria.** Los voluntarios de Wawa-wasis contribuyeron a la duplicación de la estadística de servicios por poblado y superaron a los sanitarios en la tasa de continuidad de usuarios de Depo-Provera. La contribución del voluntario fue aditiva pues no interfirió en la producción del sanitario que operaba en el mismo territorio. Queda por averiguar si igual éxito consiguen voluntarios que operan fuera del contexto de los Wawa-wasis y sin las facilidades otorgadas por CARE/Peru.

■ **Al mejorarse la calidad de atención se amplía consistentemente el acceso y se modifica la mezcla de métodos.** El proyecto mejoró el acceso tanto en la costa norte como la sierra sur, pese a las diferencias regionales existentes en prevalencia de anticonceptivos y preferencias de método (hormonales y de barrera, respectivamente). Depo-Provera, que en el grupo de control quedó por debajo de los métodos de barrera y la píldora, llegó a convertirse en el método preferido de los usuarios en la costa norte y aventajó a la píldora en la sierra sur.

## 7 NOTAS

<sup>1</sup> La necesidad insatisfecha indica que hay mujeres que no quieren tener hijos y, sin embargo, no están usando anticonceptivos. Si ya existe una población que desea planificar la familia y no está consiguiendo sus objetivos, lo primero que hay que hacer es darle servicios mejorando la actual infraestructura. Obviamente, se necesitan esfuerzos complementarios de mediano y largo plazo para reducir la preferencia por familias extensas en el resto de la población rural y disminuir el *momentum* poblacional (Bongaarts, 1994), pero estas no son tareas prioritarias del MINSA.

<sup>2</sup> En ámbitos urbanos, la prevalencia de métodos modernos es de 40%. Los métodos tradicionales son usados igualmente en zonas urbanas, 26%, y rurales, 26% (ENDES, 1992).

<sup>3</sup> El sanitario ofrece ayuda de primeros auxilios, inmunizaciones, rehidratación oral, y otros servicios elementales de salud.

<sup>4</sup> Las normas del MINSA (1989, p. 28) indicaban que son los profesionales (médicos, obstetras, enfermeras) los responsables de prescribir anticonceptivos parenterales (como AMPD) pero al mismo tiempo autorizaban tácitamente al sanitario a hacerlo cuando el establecimiento de salud no contaba con personal profesional (p. 27).

<sup>5</sup> Los otros tres son los anticonceptivos orales combinados ("píldora"), el condón, y los espermicidas (basicamente, la tableta vaginal).

<sup>6</sup> Se suele definir como poblado rural un ámbito con menos de 2,001 residentes. Este proyecto abarca poblados así definidos pero también poblados mayores propiamente semi-rurales. A lo largo del informe usamos el término "rural" para referirnos genéricamente a ambos. Solo en el capítulo 4 se distingue explícitamente entre los poblados de 2,000, 4,000, y 6,000 habitantes.

<sup>7</sup> Este es el diseño que se acordó con el MINSA en la reformulación del PRIO de 1992.

<sup>8</sup> Similar era el caso de los otros proveedores del sector público peruano y la mayoría del privado.

<sup>9</sup> Las normas de adquisición de suministros de la USAID incluyen el requisito de aprobación del producto por la USFDA.

<sup>10</sup> El riesgo de desarrollar una neoplasia mamaria es igual en la usuaria de métodos hormonales y en la población general de mujeres, pero el riesgo de acelerar el crecimiento de una ya existente es ligeramente mayor entre las primeras

<sup>11</sup> De aquí que a un proveedor sesgado contra Depo-Provera y que sobrevaloraba sus efectos secundarios le sorprendiera el hecho, constatado por él, que la mujer puneña aceptara el inyectable con mayor facilidad que la píldora (Leon, 1990)

<sup>12</sup> Esto no quiere decir que los sanitarios estuviesen totalmente privados de la oportunidad de administrar Depo-Provera. Aun en áreas donde alguna autoridad estaba sesgada contra el inyectable, había sanitarios que lograban obtener suministros y ofrecerlos a sus clientes

<sup>13</sup> En el Seminario sobre Población y Planificación Familiar de USAID/Perú de septiembre de 1991, el grupo de trabajo sobre anticonceptivos de acción prolongada, en el que participaban expertos nacionales y extranjeros, recomendó excluir Depo-Provera de la mezcla anticonceptiva para el Perú pese a considerar que era alta la probabilidad de su próxima aprobación por la USFDA. Se justificó la propuesta por el hecho de ser el inyectable un medicamento controversial en el Perú. La propuesta fue rechazada gracias a la intervención de otros expertos

<sup>14</sup> Las publicaciones incluían los resultados del estudio de la Organización Mundial de la Salud en México, Kenya, y Sri Lanka que demostraban la relativa inocuidad de Depo-Provera en términos del cáncer de mama (Thomas y Noonan, 1991), el editorial de *The Lancet* sobre las implicancias de los hallazgos (Editorial, 1991), y la revisión de literatura por Koetsawang (1991)

<sup>15</sup> Rodrigo Maurtua condujo un estudio de casos en el Centro de Salud Ciudad de Dios (San Juan de Miraflores, Lima) en 1984-87

<sup>16</sup> El rifampín/rifampicina también neutraliza el efecto anticonceptivo de los estrógenos y progestinas. Por consiguiente, los sanitarios han sido instruidos para advertir de estos efectos a las usuarias bajo tratamiento por tuberculosis pulmonar

<sup>17</sup> Y se constató que en algunos casos se mantienen latentes los sesgos que el PRIO disminuyó durante el proyecto, por ejemplo, una obstetra de Desaguadero que capacitó a los sanitarios y voluntarios de Puno expuso durante el seminario regional final nuevas preocupaciones respecto a Depo-Provera, la infertilidad, y el cáncer. Las antiguas reservas se habían reactivado a partir de un contacto con un médico de un organismo internacional

<sup>18</sup> En Grau se formó pares de establecimientos de salud comparables (postas o centros). Si el par caía en un área geográfica en la cual había o estaba en desarrollo un Wawa-wasi, se asignó al azar una posta (o centro) de salud del par al grupo de control y otra al fortalecido con participación comunitaria. En las áreas sin Wawa-wasi, se asignó al azar un establecimiento al grupo control y otro al fortalecido. En Puno, a causa de la escasez de establecimientos de salud en las áreas donde había Wawa-wasis, los sanitarios fueron asignados obligatoriamente al grupo fortalecido con participación comunitaria. En las áreas sin Wawa-wasi se obró de modo similar a Grau.

<sup>19</sup> Durante el Curso se descubrió que algunos sanitarios necesitaban recapitación en la aplicación de inyecciones. Personal de Development Associates se encargó de proporcionarla en horas extras.

<sup>20</sup> Los puntajes de ganancia antes-después del Curso fueron de casi dos puntos en el módulo de Depo-Provera y un punto en los otros módulos del Test de Conocimientos (en cada caso, sobre ocho puntos). El mismo test, aplicado dos veces a promotores de distribución comunitaria de INPPARES en Lima sin que mediara capacitación, arrojaron una ganancia promedio de solo 0.3 puntos, y no aparecieron diferencias entre Depo-Provera y los otros módulos. La diferencia de ganancias con y sin Curso es decir entre los casos de Grau-Puno y los de Lima, fue estadísticamente significativa (Leon y cols., 1993a). O sea que el retest por sí mismo no explica las ganancias de los sanitarios recapitados.

<sup>21</sup> El 58% de los voluntarios exhibieron errores de juicio técnico en uno de cada dos ítems del Test de Conocimientos al salir del Curso, 15% de los sanitarios estaban en la misma situación.

<sup>22</sup> El cálculo del tamaño de los efectos se hizo siguiendo a Hedges (1982). El estadístico  $g$  se define como la diferencia entre los promedios de los grupos experimental y de control dividida por la desviación estándar intra-grupos. Pero  $g$  es un estimado sesgado del valor poblacional cuando son muy pequeñas las muestras. Un estimado no sesgado es dado por  $d$ , una  $g$  corregida. La integración de los resultados de los tres perfiles se realizó siguiendo técnicas de meta-análisis de hallazgos científicos (Bangert-Drowns, 1986). La de la prueba  $t$  para la diferencia entre los grupos experimental y control se definió como la suma de las  $ts$  correspondientes.

a los tres perfiles de usuaria dividida por la raíz cuadrada de la suma de los respectivos grados de libertad ajustados, es decir,  $g/(g-2)$  (Rosenthal, 1978) La integración de  $ds$  se obtuvo mediante una promediación simple, dados los  $ns$  prácticamente idénticos de los tres perfiles

<sup>23</sup> La desviación estándar equivale al promedio de distancias entre todos los puntos de una distribución de puntajes. En este sentido, y también en comparación con los resultados que suele ofrecer la literatura, una ganancia de media desviación estándar es considerable

<sup>24</sup> Los resultados del Test de Conocimientos confirmaron la comparabilidad de los grupos experimental (es decir, fortalecidos) y de control antes de la intervención de octubre de 1992. La estructura de resultados por módulo del test fue idéntica en los dos grupos. En promedio, el grupo de control exhibió puntajes más altos que el experimental, pero esto puede atribuirse a una autoselección de los controles para acudir a las reuniones en las que se aplicó el test (León y cols., 1993a)

<sup>25</sup> El Test de Servicios incluye un módulo de entrevista al proveedor al completarse la consulta, que la cliente simulada aprovecha para indagar sobre las razones de los errores u omisiones observados. La falta de suministros fue mencionada como una causa de deficiencias del servicio por 6% de los sanitarios del grupo experimental y 21% del control, lo que podría sugerir que la calidad del servicio estuvo más afectada en el último grupo por la falta de suministros, es decir, una variable fuera del control del sanitario. Sin embargo, cuando se retiran del análisis estos casos, los promedios de los grupos se mantienen prácticamente iguales

<sup>26</sup> Para los perfiles A, B, y C los promedios de calidad de los voluntarios fueron respectivamente 68% ( $n = 4$ ), 67% ( $n = 6$ ), y 64% ( $n = 10$ )

<sup>27</sup> En esta tabla y la siguiente se incluyen tanto los casos de voluntarios como de sanitarios de los grupos fortalecidos, ignorándose al grupo de control. Los valores en negrita son promedios de los porcentajes correspondientes a los cuatro ítems incluidos en una categoría. El tercer ítem se ha incluido donde está porque en ámbitos como los de distribución comunitaria de anticonceptivos, esas preguntas ayudan a establecer un clima interpersonal positivo (The EVALUATION Project, 1993). En el caso de las respuestas positivas al cuarto ítem, la impresión de las clientes simuladas era que los proveedores estaban ocupados, por ende ellas sentían que lo interrumpían. Sin embargo, para el cálculo del porcentaje promedio a través de ítems se le ha considerado un aspecto negativo de la calidad de atención y se ha computado el porcentaje

invertido (por ejemplo,  $100 - 46 = 54$  para el Perfil A) La elección de método no ha sido tomada en cuenta en el Perfil C porque la usuaria está usando un método sin problemas y no hay nada que darle a elegir

<sup>28</sup> Es obvio que las relaciones interpersonales y mecanismos de seguimiento dependen más de aspectos actitudinales e interpersonales del proveedor que cognoscitivos o técnicos El caso de la elección de método es similar Por ejemplo, los ítems seleccionados en la Tabla 5 para representar el elemento de elección de método se refieren a conocimientos elementales que todo proveedor posee, que los comunique o no a la usuaria depende de su disposición a que ella elija el método anticonceptivo, es decir, de una actitud suya frente a la elección de método Compárese la sencillez de esos ítems con la sofisticación técnica de los conocimientos del proveedor considerados en las áreas de competencia técnica e información dada al cliente (Tabla 6)

<sup>29</sup> Hubo algunos que usaban el *Manual del Proveedor de Servicios de Planificación Familiar* para auxiliarse en el chequeo por contraindicaciones, pero su manejo durante la consulta no era fluido

<sup>30</sup> Los puntajes obtenidos por los sanitarios del grupo de control, es decir, personal que no recibió la capacitación de octubre, también eran bastante altos en las áreas más interpersonales del servicio El conjunto de los datos sugiere, pues, que había que poner menos énfasis en estas áreas

<sup>31</sup> Los informes de las clientes simuladas basadas en sus entrevistas post-consulta con los sanitarios indicaban claramente la existencia de un problema de manejo de información técnica por parte del proveedor Los Manuales tradicionales son de poca ayuda para la consulta pues suelen estar organizados por temas (v.g. píldora inyectable etc.) cuando lo que requiere el proveedor es instrucciones sobre la secuencia de preguntas y consejos por formular según las características individuales del cliente que tiene al frente

<sup>32</sup> La mayoría del personal que participó en la primera aplicación del Test de Servicios fue reclutado y capacitado para participar en la segunda aplicación Las clientes simuladas interpretaron el mismo perfil asignado a ellas en mayo, pero esta vez visitaron diferentes proveedores Así por ejemplo, un proveedor que recibió a una cliente de perfil A en mayo recibió una de perfil B o C en octubre, y *vice versa* El propósito de este procedimiento fue

reducir la probabilidad de que el proveedor sospeche estar frente a una cliente simulada y disminuir la contaminación de la evaluación por los efectos de la retroalimentación específica dada en la primera aplicación

<sup>33</sup> Se ha considerado en el grupo de capacitados sólo a los sanitarios que recibieron capacitación en octubre de 1992 y recapitación en mayo de 1993

<sup>34</sup> La estandarización de los puntajes del Test de Servicios se efectuó separadamente para cada perfil. Todos los puntajes del test (porcentajes de calidad) asociados con el Perfil A, es decir, correspondientes a todos los sanitarios capacitados, sanitarios de control, y voluntarios con los que se usó este perfil en enero de 1993, fueron convertidos a puntajes  $z$ . Este puntaje se obtiene calculando la diferencia entre el puntaje individual y el promedio del grupo y dividiéndola por la desviación estándar del grupo, con lo cual el promedio de puntajes  $z$  queda igual a 0 y la desviación estándar igual a 1. El puntaje  $z$  indica cuán distante está el puntaje individual del promedio del grupo, indicando el signo positivo o negativo si se encuentra por encima o debajo del promedio. Igualmente se procedió con los perfiles B y C. Al igualarse los promedios y desviaciones estándar, los puntajes  $z$  originados en diferentes perfiles se hacen así comparables y pueden combinarse en un promedio.

<sup>35</sup> El hecho que los controles de Puno no caigan tan bajo como los de Grau puede estar reflejando la mayor preocupación de los proveedores del altiplano respecto al efecto de los métodos hormonales en la salud de la usuaria. Es posible que en virtud de esta preocupación, los proveedores hayan sometido a la cliente simulada a una indagación clínica más rigurosa.

<sup>36</sup> Las mejoras observadas para los mismos ítems en el grupo de control fueron de 23 puntos porcentuales en promedio, es decir, menos de la mitad de la ganancia conseguida por los grupos fortalecidos (49 puntos).

<sup>37</sup> Se dispuso la incorporación a la recapitación de mayo 1993 de proveedores que no habían sido capacitados en octubre 1992 a fin de reflejar un fenómeno corriente en el sistema de salud, donde unos proveedores dejan el servicio activo y otros se incorporan a él, ambos en momentos generalmente impredecibles.

<sup>38</sup> Al sustraerse para cada proveedor el  $z$  obtenido en enero 1993 del  $z$  obtenido en octubre 1993 se obtiene una medición del cambio en la posición relativa del proveedor respecto

al promedio del grupo. Se prefirió recurrir a los puntajes de cambio para evaluar el impacto del ABC porque la asignación de proveedores a condiciones (con ABC, sin ABC) en mayo de 1993 no fue aleatoria sobre una base individual sino de grupo. Por ejemplo, en Grau, los proveedores de Sullana fueron asignados aleatoriamente al *Manual* y los de Piura al ABC. Este procedimiento configura una situación de grupos no equivalentes que exige el uso de un diseño quasi-experimental antes-después. Se justifica limitarse al análisis de los datos obtenidos después de la intervención solo si la asignación de individuos es aleatoria (Cook y Campbell, 1978).

<sup>39</sup> Cuando el grupo fortalecido se reduce al 50% que recibió el *Manual*, las diferencias de puntaje en el Test de Servicios con el grupo de control se acortan importantemente.

<sup>40</sup> Se ha cuestionado en la literatura la rigidez del convencional nivel .05, que aumenta el riesgo de cometer un error de Tipo II, es decir, aceptar la hipótesis nula cuando en realidad puede ser falsa. Como las probabilidades varían en una escala continua y el .05 es un corte arbitrario, algunos investigadores consideran preferible comunicar el nivel exacto de probabilidad que informar si está por encima o debajo de .05.

<sup>41</sup> En el diseño del proyecto se consideraba una fase de evaluación formativa en la que se ajustaría los sistemas en función de sus resultados. Sin embargo, la introducción del ABC fue fuertemente resistida por colaboradores del proyecto y es posible que esto haya generado un sesgo negativo hacia el instrumento en el equipo de capacitación. En segundo lugar, el hecho de tener que abandonar un instrumento con el que ya se tenía familiaridad (el *Manual*) para usar uno con el que habría que familiarizarse (el ABC) debe haber causado en los proveedores una resistencia al cambio. Es muy probable que los resultados habrían sido aún más favorables al ABC de lo que fueron si este instrumento se hubiese introducido en la capacitación inicial de octubre de 1992. Tercero, con la excepción de Tumbes, en Grau hubo una asignación de grupos - no proveedores individuales - a las dos condiciones de la capacitación de mayo 1993. El ABC fue asignado al grupo de peor rendimiento (Piura) y el *Manual* al de mejor rendimiento (Sullana). Considerando estas limitaciones, los resultados positivos para el ABC obtenidos en las cuatro comparaciones de las Figuras 8 y 9 deben considerarse notables.

<sup>42</sup> Una interpretación es que el ABC fue más usado porque era reconocido generalmente como una herramienta más útil por el proveedor. Una interpretación alternativa, sin embargo,

podría sugerir que los proveedores que no recibieron el ABC usaron menos el *Manual* porque, al haberlo tenido en uso por mas tiempo, ya lo conocían de memoria. La primera interpretación es más consistente con el resto de hallazgos.

<sup>43</sup> Esta fue una respuesta espontanea a una pregunta abierta ("¿Por qué?"), que seguía en el cuestionario a las respuestas dadas por el proveedor a la pregunta "¿Como lo compara con el *Manual* que recibio en octubre del año pasado?" Otros contenido frecuentemente asociado con una respuesta positiva fue "incluye toda la informacion". Los que consideraron al ABC inferior al *Manual* dijeron que "es muy complicado", "le falta los dibujos", y "produce desconfianza en la usuaria".

<sup>44</sup> En Grau, la supervisora de CARE tuvo un tránsito fluido al Proyecto Multisectorial de Poblacion (PMP) de esta institucion y mantuvo interés en la planificacion familiar durante toda la vida del PRIO. En Puno, en cambio, no existía esta alternativa, y meses antes de la conclusión del PRIO la supervisora ya buscaba trabajo en áreas distintas a la planificación familiar.

<sup>45</sup> Mantendria un énfasis injustificado en los aspectos interpersonales del servicio y careceria de profundidad en las areas tecnicas.

<sup>46</sup> Es importante que los aportes del proyecto, incluyendo la capacitacion de capacitadores y la de proveedores, queden plasmados en documentos usables directamente por el MINSA. Para que exista un sistema, éste debe trascender la memoria individual de quienes lo formularon.

<sup>47</sup> Las autoridades sub-regionales de salud aprobaron el diseño del modelo Wawa-Wasi de CARE/Perú, participaron en la certificacion de la competencia de los voluntarios para aplicar inyecciones, controlaron la entrega de anticonceptivos a las supervisoras de CARE, y supervisaron las actividades de las ultimas.

<sup>48</sup> Otro factor potencialmente interferente en la reposicion de stocks era el sistema de programacion de suministros de la Direccion de Salud Reproductiva, que tenia en cuenta la demanda potencial departamental segun formulas aplicadas a los resultados de la encuesta de demografia y salud (ENDES, 1988). La demanda teorica y la demanda real no siempre coinciden.

<sup>49</sup> En ambitos rurales y semi-rurales como los cubiertos por el proyecto no existen servicios sistematicos de planificacion familiar alternativos a los del MINSA, de manera que cualquier ampliacion del numero de usuarios atendidos por sanitarios y voluntarios registrados en el PRIO equivale a una mejora del acceso de la poblacion a la planificacion familiar moderna.

<sup>50</sup> Menos del 5% de los usuarios nuevos registrados en el formato SIS-240 de los sanitarios son en realidad continuadores que cambian de método

<sup>51</sup> En el análisis de la estadística de servicios de los sanitarios fue necesario prescindir de los datos correspondientes a sanitarios que trabajaban en centros de salud, pues con frecuencia su estadística de atenciones se acumula con la de otros proveedores. En consecuencia, esta sección y la siguiente del presente informe se ocupan exclusivamente del número de usuarios nuevos y continuadores de los sanitarios que trabajan solos en una posta de salud.

<sup>52</sup> En muy pocos casos hubo más de un Wawa-Wasi operando dentro de la jurisdicción de una posta de salud.

<sup>53</sup> La curva PCT suma las estadísticas de servicios del sanitario y el voluntario que operan en el mismo poblado.

<sup>54</sup> 100,000 dosis de Depo-Provera solicitadas por el MINSA a UNFPA tardaron más de lo previsto en llegar al Perú, causando un desabastecimiento generalizado en sus almacenes centrales y periféricos. Después de agotar gestiones en otras fuentes posibles de suministros, el PRIO consiguió un préstamo de IPPF/WHO al MINSA que resolvió el problema al nivel del proyecto. La solución, sin embargo, no logró evitar que algunos proveedores quedasen desabastecidos durante algunas semanas.

<sup>55</sup> Algunas autoridades sub-regionales de salud, particularmente en Puno, no toleraron las limitaciones que imponía el diseño del PRIO al grupo de control y a medida que progresaba el proyecto favorecieron crecientemente a los controles con suministros y consejos.

<sup>56</sup> La sola comparación del promedio mensual de usuarios nuevos registrados para el grupo fortalecido en mayo-agosto versus el semestre anterior no sería un método apropiado para sacar conclusiones válidas pues ignoraría posibles variaciones estacionales (véase, León y Cuesta, 1993) y factores históricos (véase, el desabastecimiento de Depo-Provera). La comparación entre el grupo fortalecido y el de control en los dos periodos de observación, en cambio, está libre de la influencia de estos factores.

<sup>57</sup> La recomendación de reservar las escasas dosis disponibles para reinyectar a las continuadoras en el uso de Depo-Provera fue formulada tanto a los supervisores sub-regionales del MINSA como a los de CARE/Perú, pero las comunicaciones entre estos y los proveedores a su cargo eran más fluidas en el caso de CARE.

## 8 REFERENCIAS

- Belsey, E M , y Grupo Especial de Trabajo sobre Agentes Sistémicos de Efecto Prolongado para la Regulacion de la Fecundidad, Organización Mundial de la Salud 1991 "Menstrual bleeding patterns in untreated women and with long-acting methods of contraception " *Advances in Contraception*, 7 257-270
- Bangert-Drowns, Robert L 1986 "Review of developments in meta-analytic method " *Psychological Bulletin*, 99, 3 388-399
- Bongaarts, John 1994 "Population options in the developing world " *Science*, 263 771-776
- Bruce, Judith 1991 "Fundamental elements of the quality of care A simple framework " *Studies in Family Planning*, 21, 2 61-91
- Carrón, Juan María, Mercedes Melian, y Federico R Leon 1993 "Desarrollando instrumentos de bajo costo para mejorar la calidad de los servicios rurales de planificación familiar " Resumen de Seminario Final, Proyecto de Investigación Operativa de CEPEP/INOPAL Asuncion, Paraguay Centro Paraguayo de Estudios en Poblacion/Population Council
- Cook, Thomas D , y Donald T Campbell 1979 *Quasi-experimentation Design and analysis issues for field settings* Chicago Rand McNally
- Editorial 1991 "DMPA and breast cancer The dog has had its day " *The Lancet*, 338, 856-857
- ENDES 1988 *Encuesta demográfica y de salud familiar (1986) Informe general* Lima Instituto Nacional de Estadística, Consejo Nacional de Población, e Institute for Resource Development/Westinghouse
- \_\_\_\_\_ 1992 *Peru Encuesta demografica y de salud familiar 1991/1992* Lima Instituto Nacional de Estadística e Informatica Asociacion Benefica PRISMA, y Demographic and Health Surveys/Macro International Inc
- Gray, Ronald H , y Tieng Pardthaisong 1991 "In utero exposure to steroid contraceptives and survival during infancy " *American Journal of Epidemiology*, 134, 8 804-811
- Guzman, Cesar, Patricia Asenjo, Felix Guillen, y Federico R Leon 1993 "Rediseño de la compensacion y otros sistemas administrativos y tecnicos para mejorar la calidad de

- atención en programas peruanos de planificación familiar " Resumen de Seminario Final, Proyecto de Investigación Operativa de APROSAMI/CENPROF/INOPAL Lima The Population Council
- Hatcher, Robert A , Felicia Guest, Felicia Stewart, Gary K Stewart, James Trussell, Sylvia Cerel Bowen, y Willard Cates 1988 *Contraceptive technology 1988-1989 (14th Revised Edition)* New York Irvington Publishers
- Hedges, Larry V 1982 "Estimation of effect size from a series of independent experiments " *Psychological Bulletin*, 92, 2 490-499
- INTRAH 1993 *Medical Barriers Guidelines Working Group's consensus guidance for updating practices* (Draft ) Chapel Hill, NC University of North Caroline, International Training for Health
- Koetsawang, Suporn 1991 "Los anticonceptivos inyectables Tendencias actuales y futuras " *Family Health International Translation Series*, No 3S
- Leon, Federico R 1989 "Short version of the Standardized Test of CBD Distributor Family Planning Knowledge " Informe Técnico Lima The Poulation Council
- \_\_\_\_\_ 1990 "Necesidad y oferta de servicios de planificacion familiar en la provincia y la ciudad de Puno El rol de PLANIFAM/Puno " Informe Técnico para Asociación Benéfica PRISMA y USAID/Perú Lima The Population Council
- \_\_\_\_\_ 1991 "Improving the quality of services through an algorithm and derived tools " *Alternatives*, Diciembre, 10-14
- \_\_\_\_\_ Maria Bustamante, J Enrique Mejia, Miguel Ramos, Eduardo Mostajo, y Rosa Monge 1988 "Measuring quality of care Test of Family Planning Knowledge for CBD Distributors " *116th Annual Meeting of the American Public Health Association* Boston, MA Noviembre
- \_\_\_\_\_ y Agustin Cuesta 1993 "The need for quasi-experimental methodology to evaluate pricing effects " *Studies in Family Planning*, 24, 6 375-381
- \_\_\_\_\_ Raquel Hurtado, y Rosa Monge 1993a "Provider knowledge concerning Depo-Provera and other contraceptives before and after training A study in rural Peru " (Draft ) Lima The Population Council

- \_\_\_\_\_ Raquel Hurtado, y Rosa Monge 1993b "Calidad del servicio ofrecido por proveedores rurales de planificación familiar " Informe Técnico para el Ministerio de Salud del Perú Lima INANDEP/The Population Council
- \_\_\_\_\_ Raquel Hurtado, y Rosa Monge 1994 "The Service Test Development and applications to evaluate provider training " (Draft ) Lima The Population Council
- \_\_\_\_\_ Juan Loo, César Guzmán, y Margarita Díaz 1991 "Using a job aid to assist family planning counseling decision-making in the field" *119th Annual Meeting of the American Public Health Association* Atlanta Noviembre
- Liskin, L , y R Blackburn 1987 "Hormonal contraception New long-acting methods " *Population Reports*, Serie K, No 3
- MINSA 1989 *Manual de normas y procedimientos en planificación familiar* Lima Ministerio de Salud, Dirección General del Programa Nacional de Planificación Familiar
- MINSA 1992 *Manual de salud reproductiva Métodos y procedimientos* Lima Ministerio de Salud del Perú
- MINSA y cols 1991 *Primer inventario nacional de anticonceptivos* Lima Ministerio de Salud del Perú, Instituto Peruano de Seguridad Social, Pathfinder International, y Asociación Benefica PRISMA
- MINSA y Population Council 1990 "Taller sobre distribución comunitaria de anticonceptivos en ámbitos rurales " Informe Final Lima Autores
- OMS 1990 *Injectable contraceptives Their role in family planning care* Ginebra Organización Mundial de la Salud
- Pardthaisong, Tieng 1984 "Return of fertility after use of the injectable contraceptive Depo-Provera Updated data analysis " *Journal of Biosocial Science*, 16 23-34
- Pardthaisong, Tieng, y Ronald H Gray "In utero exposure to steroid contraceptives and outcome of pregnancy " *American Journal of Epidemiology*, 134, 8 795-803
- Pardthaisong, Tieng, Chalong Yenchit, y Ronald Grey 1992 "The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation " *Contraception*, 45, 4 313-324

- PRISM 1990 *Management assessment of primary health care services in the Peru Ministry of Health* Columbia, MD The PRISM Group
- Rosenblatt, Karin A , y David B Thomas 1991 "Depot-medroxyprogesterone acetate and risk of liver cancer " *International Journal of Cancer*, 49 182-185
- Rosenthal, Robert 1978 "Combining results from independent studies " *Psychological Bulletin*, 85, 1 185-193
- Sanford, Janet L , y David B Thomas 1991 "Depot-medroxyprogesterone acetate and risk of epithelial ovarian cancer " *International Journal of Cancer*, 49 191-195
- Shelton 1991 "What's wrong with CYP?" *Studies in Family Planning*, 22, 5 332-335
- Shelton, James D , Marcia A Angle, y Roy A Jacobstein 1992 "Medical barriers to access to family planning " *The Lancet*, 340, 1334-1335
- The EVALUATION Project 1993 *Service Delivery Working Group Minutes of Meetings* "Subcommittee on Quality for CBD/CSM, March 31, 1993" Washington, DC Futures Group
- Thomas, David B , y Elizabeth A Noonan 1991 "Breast cancer and depot-medroxyprogesterone acetate A multinational study " *The Lancet*, 338, 5 833-838
- Thomas, David B y Roberta M Ray 1991 "Depot-medroxyprogesterone acetate and risk of endometrial cancer " *International Journal of Cancer*, 49 186-190
- Thomas, David B , y Roberta M Ray 1992 "Depot medroxyprogesterone acetate and risk of invasive squamous cell cervical cancer " *Contraception*, 45 299-312

## 9 AUTORES

Federico R Leon, Ph D en Psicología University of Maryland  
Asociado, The Population Council, New York  
Asesor Residente, Proyecto INOPAL II, Lima

Raquel Hurtado, Médico-Cirujano Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Investigadora Principal Proyecto Rural, INANDEP, Lima

Rosa Monge, Bachiller en Ciencias, Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Supervisora General de Campo Proyecto Rural, INANDEP, Lima

Andres Mongrut, Medico-Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Ex-Director de Salud Reproductiva (1992-94), Ministerio de Salud, Lima  
Director de la Clinica Tezza, Lima

Teresa Watanabe, Licenciada en Sociología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Encargada de Capacitacion, Development Associates, Inc , Lima

María E León, Bachiller en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Coordinadora de Proyectos Especiales, INPPARES, Lima

Jorge Parra Medico-Cirujano, Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Ex-Director de Salud Reproductiva (1990-92), Ministerio de Salud, Lima  
Director Medico, PROFAMILIA, Lima

Irma Ramos, Medico-Cirujano, Universidad Nacional de San Agustín  
Asesor Medico Proyecto Multisectorial de Poblacion, CARE/Peru, Lima

## APENDICE A

### **SYLLABUS DEL CURSO DE CAPACITACION DE CAPACITADORES EN LIMA**

#### Introducción

Inauguración  
Presentación de participantes  
Breve presentación del proyecto  
Integración grupal  
Expectativas de los participantes  
Presentación del Programa Objetivos, plan de trabajo, aspectos administrativos  
Formación de comisiones evaluadoras  
Evaluación de conocimientos, actitudes, y metodología anticonceptiva  
Revisión de respuestas al Test de Conocimientos de Planificación Familiar

#### MODULO A

##### ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN PLANIFICACION FAMILIAR

- 1 ASPECTOS CONCEPTUALES  
Concepto de planificación familiar  
Planificación familiar, salud, y desarrollo  
Beneficios de la planificación familiar
- 2 METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA  
Revisión de conocimientos sobre anatomía y fisiología de los aparatos reproductores  
Revisión de conocimientos sobre métodos anticonceptivos  
Retroalimentación de conocimientos
- 3 ORGANIZACION DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR  
Organización actual de los programas de planificación familiar de los participantes

#### MODULO B

##### LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

- 1 BASES TEORICAS  
Experiencia de aprendizaje de los participantes  
Teorías sobre el aprendizaje  
El proceso de aprendizaje según Piaget

Tipos de aprendizaje  
Principios generales de aprendizaje  
Definición de aprendizaje y enseñanza  
Integración de contenidos tratados

44

## 2 DISEÑO DE LA CAPACITACION

Conceptos sobre capacitacion  
Importancia de la capacitación en el contexto personal-social  
Tareas del proveedor de servicios de planificación familiar  
Elementos que intervienen en un proceso de capacitacion  
Técnicas didácticas  
Selección de técnicas más usadas  
Recursos didácticos  
Preparación de la práctica de técnicas y recursos didácticos  
Técnica de exposición  
Técnica de demostración  
Técnicas participativas  
Técnica de animación  
Estrategias de capacitación

## 3 PLAN DE CAPACITACION A PROVEEDORES DE PLANIFICACION FAMILIAR

Presentación del plan  
Revisión del plan de capacitación  
Revisión de los instrumentos para la evaluación y seguimiento de la capacitación

### MODULO C

#### ORIENTACION EN PLANIFICACION FAMILIAR

### 1 EL PROVEEDOR DE SERVICIOS COMO ORIENTADOR

¿Que significa orientar en planificación familiar?  
Cualidades y características del buen orientador  
Límites de un orientador  
Factores a considerar en una orientación

### 2 ORIENTACION A LAS PERSONAS EN PLANIFICACION FAMILIAR

Como realizar una sesión de orientación  
El material de apoyo en una sesión de orientación

### 3 MODELO DE ORIENTACION EN PLANIFICACION FAMILIAR

Los cinco pasos del modelo de orientación  
Paso 1 Estableciendo una relación cordial  
Relación cordial  
Identificando comportamientos  
Paso 2 Determinando las necesidades de las personas en planificación familiar

- Habilidades necesarias para el Paso 2
- Características del usuario
- Paso 3 Respondiendo a las necesidades de las personas en planificación familiar
  - Cómo el orientador responde a las necesidades
  - Cómo brindar información sobre métodos anticonceptivos
  - Habilidades de comunicación para transmitir información sobre métodos
- Paso 4 Verificando la comprensión de las personas
  - Importancia de verificar la comprensión
  - Como verificamos la comprensión
  - Habilidades necesarias para verificar la comprensión
- Paso 5 Manteniendo una relación cordial con las personas
  - Comportamientos que ayudan a mantener una buena relación

#### MODULO D

#### PRACTICA DEL CURSO-TALLER PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (CURSO MODELO)

- Revisión del programa del Curso Modelo
- Formación de equipos de capacitadores
- Preparación del Curso Modelo
- Práctica de técnicas didácticas a ejecutar

#### MODULO E

#### EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LOS CAPACITADORES

- Evaluación del Curso Modelo
- Exposición de experiencias
- Informe de los instructores sobre el desarrollo del Curso Modelo y el desempeño de los capacitadores

#### MODULO F

#### MONITOREO DEL PROYECTO

- 1 SISTEMA DE INFORMACION
  - Presentación de los formularios para el proveedor
  - Manejo de los formularios
  - Revisión de la programación y logística
- 2 ORGANIZACION DEL PROYECTO
  - Organización, cobertura, cronograma
  - Evaluación
  - Retroalimentación según el desempeño de los capacitadores
  - Evaluación sumativa
  - Evaluación del Curso-Taller

## APENDICE B

### **TEST DE CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, VERSION 5.2**

El conocimiento técnico de los proveedores concerniente a la anticoncepción fue medido por una versión *ad hoc* del Test de Conocimientos de Planificación Familiar (TCPF, León y cols , 1988) que incluye un modulo sobre AMPD además de aquellos pertenecientes a la Version 3 0 (León, 1989 Reproducción, Píldora, Métodos de Barrera, y DIU-AQV) En esta version *ad hoc*, el TCPF viene en dos formas equivalentes, A y B, que incluyen ítems de eleccion multiple como los siguientes, calificados 1 (correcto) o 0 (incorrecto)

- Las Trompas de Falopio (a) Sirven como canales para el transito del óvulo (b) Pueden cortarse sin daño a la salud (c) Son canales donde ocurre la fecundacion (d) Todo lo dicho
- Si se toma la píldora de acuerdo a las instrucciones, la mujer estara segura de no embarazarse (a) Desde el primer dia de uso (b) Al segundo mes de uso (c) Cinco días despues de iniciar el uso (d) Desde el dia 15 del ciclo menstrual
- Cuando se usa el condon, el momento de retirar el pene de la vagina es cuando (a) El pene esta blando despues de la eyaculacion (b) El pene todavía está duro despues de la eyaculacion (c) El pene esta duro antes de la eyaculacion (d) La mujer ha tenido un orgasmo
- El DIU no debe usarse si la mujer (a) Sufre de alergias (b) Está dando de lactar (c) Tiene una infeccion en el utero o la vagina (d) Ha tenido una operacion Cesarea
- La mayoría de mujeres que usan Depo-Provera presentan pronto (a) Venas varicosas hinchadas (b) Anemia severa (c) Desordenes menstruales, es decir, sangrado fuera de la menstruacion o falta de menstruacion (d) Demora de varios meses para volver a embarazarse despues de descontinuarlo

Al agregarse un modulo concerniente a AMPD a los cuatro de la Version 3 0, el TCPF quedo integrado por 60 ítems por forma, 12 por modulo Se aplico esta version (5 1) a los proveedores del proyecto antes y despues de la capacitacion, y un analisis preliminar de datos se presento en el *Simpósio Latinoamericano de Planificación Familiar* (Mexico, Diciembre de 1992)

Al iniciarse el proyecto, se carecía de un número importante de proveedores rurales capacitados formalmente en Depo-Provera en el Perú. Se necesitaba esta muestra para evaluar la confiabilidad de la Versión 5.1 del TCPF y calibrar el módulo de AMPD comparativamente con los otros módulos del test, así como la Forma A con la Forma B, igualando su nivel de dificultad. No era recomendable usar los datos del pre-test puesto que se esperaba que los proveedores supieran menos sobre inyectables que sobre los otros métodos anticonceptivos, dada esta situación, (a) podía esperarse puntajes de AMPD con restricciones de rango y (b) habría un riesgo de confundir las diferencias en conocimientos de los proveedores con el nivel de dificultad de los módulos del test. Esta es la razón por la cual se condujo el análisis de confiabilidad y calibración de este proyecto en los puntajes del test obtenidos después de la capacitación de los sanitarios (N = 80) y voluntarios (N = 29).

Los ajustes se hicieron mediante la eliminación de ítems a través de un proceso guiado por dos indicadores: el nivel de dificultad del ítem (proporción de respuestas correctas en la muestra) y la contribución del ítem a la confiabilidad del módulo (medida por el coeficiente alfa y la correlación biserial entre los puntajes de ítem y módulo). La Versión 5.2 del test se obtuvo al eliminarse 4 ítems de cada módulo. Los módulos resultantes (de 8 ítems cada uno) exhibieron igual dificultad y aceptable confiabilidad para fines de investigación.

Las propiedades psicométricas de la Versión 5.2 y sus componentes son aquellas presentadas en la Tabla A1. El número de ítems por módulo es 8. Alfa es el indicador de la confiabilidad de consistencia interna. El error estándar de la medición (ESM) es la fluctuación esperada del puntaje solo por azar. ND es el nivel de dificultad promedio de los ítems o proporción de respuestas correctas en la muestra.

Tabla A1. Propiedades psicométricas del TCPF, Versión 5.2 por módulo y forma del test

MODULO	Items	FORMA A			FORMA B			
		Alfa	ESM	ND	Items	Alfa	ESM	ND
Reproduccion	8	71	1.14	65	8	67	1.15	64
Píldora	8	74	1.10	67	8	48	1.25	67
Barrera	8	71	1.15	67	8	63	1.18	69
DIU-AQV	8	53	1.20	66	8	69	1.16	66
Depo-Provera	8	57	1.19	65	8	64	1.18	65
Total Test	40	91	2.59	66	40	88	2.67	66

## APENDICE C

### **SYLLABUS DEL CURSO DE CAPACITACION DE PROVEEDORES EN LAS REGIONES**

#### Introducción

Inauguración  
Revisión del programa  
Orientación general  
Formación de comisiones evaluadoras  
Integración grupal  
Evaluación de conocimientos de planificación familiar  
Presentación del Manual  
Relación entre la tarea del proveedor y la capacitación a recibir

#### MODULO A

#### REVISIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- 1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA  
Definición de salud reproductiva y planificación familiar  
Beneficios de la planificación familiar  
Definición de métodos anticonceptivos  
Tipos de métodos anticonceptivos  
Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino  
Ciclo menstrual y fecundación
- 2 MÉTODOS TEMPORALES  
Métodos de abstinencia periódica y retro  
Métodos hormonales La píldora anticonceptiva  
La inyección trimestral  
Métodos de barrera Condon  
Tableta vaginal Dispositivos intrauterinos, T de cobre
- 3 MÉTODOS DEFINITIVOS  
Ligadura de trompas  
Vasectomía

#### MODULO B

#### PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 1 ESTRATEGIAS PARA PROMOCIONAR LA PLANIFICACION FAMILIAR

Estrategias de promoción

Selección de actividades de promoción más usadas en su medio

2 **COMO ENSEÑAR EN PLANIFICACION FAMILIAR**

Técnicas y materiales de enseñanza

Selección de los materiales más usados en su medio

3 **ORIENTACION EN PLANIFICACION FAMILIAR**

Que significa orientar

Cualidades y características de un buen orientador

Límites de un orientador

Factores a considerar en una orientación

Actitudes en relación al sexo

Actitudes en relación a los métodos anticonceptivos

Toma de decisiones

Cómo realizar una sesión de orientación

El material de apoyo en una sesión de orientación

4 **MODELO DE ORIENTACION EN PLANIFICACION FAMILIAR**

Los 5 pasos del modelo de orientación

Paso 1 Estableciendo una relación cordial con las personas

Paso 2 Determinando las necesidades de las personas

Paso 3 Respondiendo a las necesidades de las personas

Paso 4 Verificando la comprensión de las personas

Paso 5 Manteniendo la relación cordial con las personas

**MODULO C**

**CALIDAD DE ATENCION**

Que es calidad de atención

Elementos fundamentales de la calidad de atención

**MODULO D**

**SISTEMA DE INFORMACION Y LOGISTICA**

Manejo de formularios

Apoyo logístico

Evaluación sumativa

Evaluación del Curso-Taller

## APENDICE D

### **TEST DE SERVICIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCION**

El Test de Servicios mide la calidad de atención a nivel de ítem y a nivel de índice global (véase Leon y cols , 1994) Una cliente simulada capacitada solicita servicios del proveedor, representa un perfil de cliente durante su interacción con él o ella, y llena una lista de chequeo indicando si ocurrieron o no durante la consulta los comportamientos esperados del proveedor

Perfiles del Cliente En este proyecto, tres perfiles de cliente fueron diseñados para representar situaciones típicas Doce clientes simuladas fueron capacitadas para representarlos Hubo cuatro clientes simuladas por perfil, cada una aprendió sólo un perfil La Figura D1 presenta uno de los perfiles

Listas de Chequeo Para cada perfil se construyó una lista de chequeo de alrededor de 50 ítems Cada lista contiene los comportamientos de servicio esperados del proveedor durante la consulta con un cliente como el especificado en el perfil Las páginas 82-85 presentan la lista correspondiente al perfil descrito en la Figura D1 La cliente simulada capacitada para representar un perfil también es entrenada en el llenado de la lista de chequeo correspondiente Se califica con 1 y 0, respectivamente, la presencia y ausencia de los comportamientos esperados La suma de los puntajes de ítem (o número de ítems marcados) se divide por el número total de ítems para generar un porcentaje de calidad o índice global de la calidad de atención (El ítem 2 recibe calificación inversa No se califica los ítems 50, 51, y 54-57 )

Entrevista Post-Consulta Al terminar la consulta, la cliente simulada revela su identidad al proveedor, le explica la utilidad del Test de Servicios, y llena la lista de chequeo Luego, en referencia a los ítems que aparecen sin marca (indicando que el proveedor no hizo la pregunta del caso u omitió alguna información o consejo que debía haberle dado durante la consulta), lo interroga sobre las razones de omisión de esos comportamientos

Referencias Federico R Leon, Gustavo Quiroz, y Alfredo Brazzoduro 1994 "The reliability of simulated clients' quality-of-care ratings " *Studies in Family Planning*, 25, 3 184-190

Figura D1  
Uno de los Tres Perfiles de Cliente Usados en el Test de Servicios

4

**Acceso al Proveedor**

Ud recibirá indicaciones precisas sobre el proveedor que debe visitar. Acerquese a su posta. Si no lo encuentra allí, busquelo en su casa. Si está fuera del pueblo, regrese por la tarde o al día siguiente, según convenga, hasta lograr la entrevista.

**Presentación**

Después de presentarse al proveedor dígame que Ud sabe que hay métodos efectivos para evitar el embarazo y que desea recibir consejos para elegir uno. Ud no quisiera un embarazo no deseado o un aborto y quiere proteger su salud.

Si el proveedor le pregunta por su identidad o membresía en la comunidad, dígame que ha regresado a su pueblo a quedarse con un pariente. Está preparada para proporcionar el nombre del pariente y su dirección.

Si el proveedor aún no acepta la consulta, descubra su identidad. Presente la documentación de la Sub-región de Salud, y solicite un juego de roles en el que Ud representa el rol de usuaria.

**Perfil de Usuaria**

Durante la consulta, límitese a responder a las preguntas del proveedor. Hagalo de acuerdo al siguiente perfil.

Ud será una mujer de 28 años que no usa métodos anticonceptivos modernos. Tiene dos hijos, uno de 2 años y otro de 4 meses al que lacta. Ud no ha tenido problemas obstétricos. Preferiría esperar 3 años antes de tener el siguiente. En el pasado, Ud y su pareja usaban condones y tabletas vaginales, pero los abandonaron por la interferencia en la relación sexual. Ud sabe que la píldora es un método temporal que se debe tomar todos los días y que la esterilización es un método definitivo. Desconoce el DIU y los inyectables. No desea insertarse nada en el útero.

Entre la píldora y el inyectable, Ud elegiría el último por sus ventajas prácticas (una inyección cada 3 meses). No tiene ninguna condición de riesgo o contraindicación para el uso del inyectable. Al momento de la visita al proveedor Ud está en su segundo día de menstruación. Ud aceptaría ser inyectada inmediatamente. Si el proveedor se dispone a inyectarla, le preguntará si la inyección y el masaje posterior a la inyección le van a producir dolor.

Se acerca por primera vez a un proveedor rural porque ha sabido que proporciona ayuda en planificación familiar.

Suspenda la consulta e identifíquese si el proveedor ha hecho preparativos para inyectarla.

**Lista de Chequeo**

Apenas concluya la consulta identifíquese mostrando la documentación de la sub-región si no lo ha hecho antes. Saque su lista de chequeo y llénela de inmediato incluyendo el recuadro 56.

**Aclaraciones**

Diga al proveedor que hay algunos aspectos de la consulta que estuvieron incompletos. Siguiendo la guía del recuadro 65 pregúntele por qué omitió cada paso omitido. Use el recuadro 65 para registrar las respuestas.

LISTA DE CHEQUEO

CODIGO:

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ SUB-REGION: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

AÑO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CASO 2

01	¿Le recibio el proveedor amablemente?	
02.	¿Le hizo sentir que Ud. molestaba o interrumpia?	
03.	¿Sintio que se interesaba en la salud o bienestar de Ud.?	
04.	¿Le pregunto si era usuaria de algun metodo anticonceptivo moderno?	
05.	¿Le pregunto si desea tener mas hijos en el futuro?	
06.	¿Le pregunto su edad?	
07	¿Le pregunto cuantos embarazos ha tenido?	
08.	¿Le pregunto la edad de sus hijos?	
09.	¿Le pregunto si ha tenido problemas obstetricos?	
10.	¿Le dijo que le comente su experiencia con anticonceptivos?	
11.	¿Le dijo que la pildora es efectiva solo si se toma todos los dias?	
12.	¿Le dijo que la pildora impide la ovulacion y espesa el moco cervical?	
13.	¿Que la usuaria de pildora continuara menstruando?	
14.	¿Le dijo que el inyectable es muy efectivo si se administra cada tres meses?	
15	¿Que impide la ovulacion y espesa el moco cervical?	
16	¿Que no interfiere con la lactancia materna?	
17	¿Que puede ser usado a cualquier edad?	
18.	¿Le dijo que el inyectable se aplica en la nalga?	
19	¿Le dijo que Ud puede tener hijos al descontinuar su uso?	
20	¿Le dijo que el DIU es un metodo temporal?	
21.	¿Le dijo que el DIU le brinda proteccion por 8 años?	
22	¿Le dijo que el DIU se inserta en el utero?	
23	¿Le dijo que tendria que ir a un Centro de Salud para ser examinada?	
24	¿Le dijo que deberia regresar a ese Centro de Salud en otro momento para que le inserten el DIU?	
25	¿Le dijo que la insercion del DIU se realiza en 15 minutos?	
26	¿Le dijo que se puede retirar el DIU en cualquier momento acudiendo al Centro de Salud?	

27. ¿Le pregunto que metodo preferia?	
28. ¿Le pregunto cuando fue su última menstruacion?	
29. ¿Le pregunto si ha presentado sangrado vaginal inexplicable?	
30. ¿Le pregunto si tenia bultitos duros en los pechos?	
31. ¿Le dijo que la primera inyeccion debe ser aplicada durante los primeros 5 dias de la menstruacion?	
32. ¿Que debe aplicase la dosis subsiguiente a los 90 dias de la primera dosis?	
33. ¿Que esta debe aplicarse este menstruando o no?	
34. ¿Que no debe demorar mas de dos semanas de la fecha indicada para la siguiente dosis?	
35. ¿Le dijo que muchas mujeres que usan la inyeccion presentan manchas de sangre en dias que no son de la regla?	
36. ¿Le dijo que muchas mujeres que usan la inyeccion presentan suspension de la regla?	
37. ¿Le dijo que las manchas de sangre y la suspension de la regla no son señal de enfermedad ni de embarazo?	
38. ¿Le dijo que puede demorar 6 a 12 meses para volver a embarazarse cuando deje de usar el inyectable?	
39. ¿Que algunas usuarias del inyectable pueden presentar nauseas?	
40. ¿Que algunas usuarias del inyectable experimentan ligero aumento de peso?	
41. ¿Le dijo que podria regresar a consultar con ella si tuviera algun problema?	
42. ¿Le dijo que en caso de no sentirse a gusto con el inyectable, podria cambiarse a otro metodo?	
43. Despues de informarle sobre las molestias que puede producir el inyectable, ¿le pregunto si todavia queria usar este metodo?	
44. ¿Se aseguro que Ud. queria ser inyectada inmediatamente?	
45. ¿Se preparo el proveedor para aplicarle la primera inyeccion?	
46. ¿Desinfecto el area donde aplicaria la inyeccion (cuadrante superior y externo del musculo gluteo)?	
47. ¿Agito vigorosamente la ampolla antes de cargar la jeringa?	
48. ¿Abrio una jeringa nueva para esta aplicacion?	
49. ¿Le dijo que el area donde le aplico la inyeccion no debe ser masajeadada y porque?	
50. ¿Le cobro por la consulta o la inyeccion?	
51. ¿Cuanto?	
52. ¿Le hizo sentir que en cualquier momento seria bien acogida?	
53. ¿Le hizo sentir que recibiria una ayuda efectiva?	





## APENDICE E

### **GUIA INTERACTIVA "EL ABC DEL PROVEEDOR RURAL"**

Ni el técnico sanitario ni el voluntario de Wawa-wasi son especialistas en anticoncepción. Ellos asumen sus responsabilidades en el área de la planificación familiar como parte de un amplio juego de tareas de prevención y mantenimiento de la salud en sus comunidades. Un número infinito de cursos de acción se les abren al iniciar una sesión de servicios de planificación familiar con un cliente. El sanitario o voluntario puede comenzar por formular preguntas o formular recomendaciones, preguntar sobre el pasado, presente, o futuro del cliente, acerca de sus creencias, actitudes, o prácticas, etc. El proveedor se ve forzado a improvisar una secuencia de comportamientos de servicio con cada cliente, pues los cursos convencionales de planificación familiar o consejería no le enseñan como escoger el curso más eficiente de acción. La capacitación generalmente le proporciona criterios más o menos abstractos respecto a lo que debe hacer en la consulta pero no se refiere a la secuencia de acciones paso a paso que se hace necesario implementar para atender debidamente a un cliente. Más aun, la mayoría de modelos de capacitación asumen que los proveedores pueden almacenar en su memoria (y después recuperar o activar durante la interacción con el cliente) todas las contraindicaciones, efectos secundarios, signos de alarma, y reglas de uso de los métodos anticonceptivos.

El ABC es una ayuda decisional para uso en la consulta basado en un algoritmo de servicios que estandariza el proceso de consejería de planificación familiar. Indica con sencillez cual es el curso de acción más eficiente que el proveedor puede seguir al atender a un cliente específico y le proporciona toda la información técnica relevante a la interacción con él o ella. Instruye al proveedor para proceder sobre la base de un diagnóstico de la situación del cliente y establece lo que el proveedor debe hacer o decir en cada punto significativo de la consulta. La primera instrucción aconseja establecer una relación cordial, sin una buena relación, la cooperación del cliente puede bloquearse, llevando la consulta al fracaso. El siguiente paso es determinar si el cliente es un usuario actual de un método moderno de anticoncepción, pues la consulta procederá muy diferentemente dependiendo de su status. Por ejemplo, si el cliente no

es un usuario, el proveedor tendrá que hablar sobre los beneficios de la planificación familiar moderna. En cambio, si el cliente ya es un usuario de métodos modernos, el proveedor tendrá que formularle preguntas sobre su satisfacción con el método usado. Si tiene molestias físicas, el caso será tratado de manera diferente a si no las tiene. Y así sucesivamente. De aquí que el ABC sea una guía de consejería realmente interactiva.

El proveedor comienza la consulta con la primera página del ABC y va recibiendo instrucciones que lo conducen por diversas rutas de la guía, dependiendo de las respuestas del usuario. El nombre ABC se deriva del hecho que, por dondequiera que se abra la guía mostrando dos páginas frente a frente, una a la izquierda y la otra a la derecha, consta de tres secciones (A, B, y C) que deben seguirse en ese orden. La sección A siempre viene en la parte superior de la página que se abre a la izquierda. La sección B viene a continuación, sea en la parte inferior de la misma página o la superior de la página opuesta (la de la mano derecha). La sección C es siempre la última de la página a mano derecha. De esta manera, el proveedor logra una orientación instantánea en cualquier página que le toque abrir.

La sección C siempre solicita una decisión de parte del proveedor. Por ejemplo, las páginas 1 y 2 del ABC se refieren a la recepción de un cliente en el puesto de salud, y la sección C requiere clasificar al cliente en una de las siguientes condiciones: usuario con molestias físicas, usuario con otros problemas, usuario sin problemas, no usuario, y cliente que viene por su primera inyección. Si se trata de un cliente con molestias físicas, la guía conduce al proveedor a las páginas 3 y 4, esquematizadas en la Figura E1, las cuales requieren determinar si las molestias del usuario son o no molestias comunes del método. La sección A define la tarea del proveedor, la sección B le da la información técnica que debe utilizar en ese paso, y la sección C le demanda una decisión. Si la conclusión es positiva, la guía lo conducirá a las páginas 5 y 6 (que instruyen al proveedor sobre la manera de tranquilizar a la usuaria y preguntarle si desea seguir usando el método). Si la conclusión es negativa, la guía se abrirá en las páginas 9 y 10 (que indican cómo descartar signos de peligro). Y así sucesivamente.

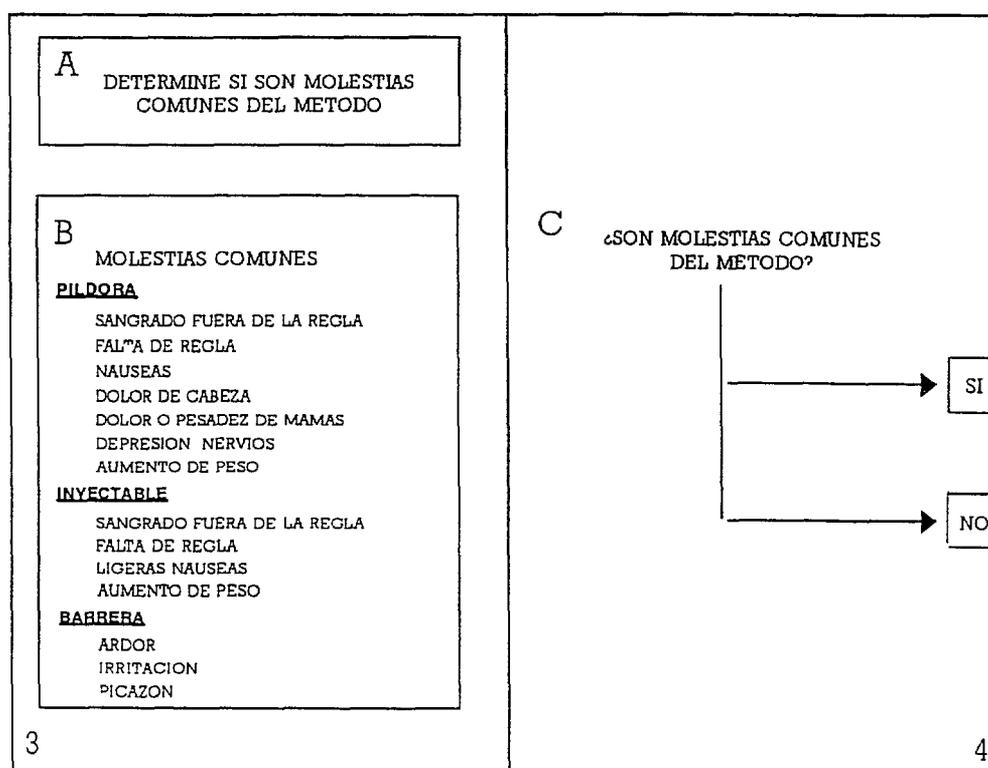
El ABC considera la distribución de píldoras (anticonceptivos orales combinados), condones, tabletas vaginales, y Depo-Provera, y la referencia clínica para otros métodos. Sus contenidos son consistentes con las normas técnicas de atención actualizadas por el Medical Barriers Guidelines Working Group de las Agencias Cooperadoras de USAID en 1993.

Figura E1

4

Esquema de las páginas

3 y 4 del ABC



NOTA Los rectangulos con SI o NO son huecos y conducen a otras paginas del ABC

117

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Programa Nacional de**  
**Salud Reproductiva**

SIS - 240

PR - F 04

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR

MES 


  
 AÑO 


REGION \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

INSTITUCION \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

CODIGO

--	--	--

METODO	TOTAL	DIU		HORMONAL				BARRERA				ABSTINEN PERIOD	PQRR FEM
				ORAL		INYECT		CONDON		TAB VAG			
				A	T	A	T	A	T	A	T		
CONSULTAS	A	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	A
NUEVAS													
CONTINUADORAS													
TOTAL													

EMBARAZOS POR FALLA DEL METODO													
COMPLICACIONES DIU													

ATENDIDAS INSTITUCION	No
NUEVA	

CONSULTANTES AL PROGRAMA 

--

PROVEEDOR CODIGO	4
------------------	---

68

APENDICE F

113

