# QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU TWO DIAGNOSTIC STUDIES WITH FOCUS ON PROVIDERS AND USERS

SANTA, PERU

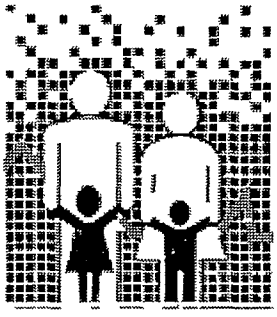
**IN-HOUSE/Peru**

# Quality of care and user outcomes in the province of Santa, Peru Two diagnostic studies with focus on providers and users

FINAL REPORT

The Population Council seeeks to improve the wellbeing and reproductive health of current and future generations around the world and 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 CCP 3030 C-00-5007 00, Latin America and the Caribbean Oprations Research and Technical Assistance in Family Planning and Reproductive Health (INOPAL III) Population Council Accounting No 0352 04040 and 0352-04046



# QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU: I. A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS II. A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

Operations Research Studies for
Peru MOH's Direction of Social Programs
Chavín Regional Health Direction
USAID/Peru's PASARE Program

Final report prepared by

Federico R. León
INOPAL III, Lima Office

with the collaboration of

Rosa Monge, María Rosa Gárate, Jeanne Noble,
Carlos Cáceres, Irma Ramos, Alberto Padilla,
Víctor Salazar, Ximena Salazar, and Eduardo Cobián

INOPAL III
IN-HOUSE PROJECTS
I 01/20/97 to 05/20/97 (Internal Accounting Code 04040)
II 05/20/97 to 07/30/97 (Internal Accounting Code 04046)

Draft Date: 08/26/97

This project was developed in close collaboration between INOPAL (Federico R León, Principal Investigator, Rosa Monge, Field Coordinator), Peru's Ministry of Health (Dr John Nagahata, Director of Social Programs, Dr Jorge Parra, Advisor), the Chavin Health Region (Drs Ulises Jorge and Javier Revilla, Regional Health Directors, Dr Carlos Zapatel, Director of the La Caleta Health Network, Dr Edgard Caballero, Director of the E Guzmán Barrón Health Network), and USAID/Peru (Dr Lucy López, Coordinator of PASARE Program)

TABLE OF CONTENTS


| | | |
|---|---|---|
| Executive Summary | | iv |
| I | INTRODUCTION | 01 |
| II | A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS | 01 |
| | Organization of the Research | 01 |
| | Research Findings | 02 |
| | Dissemination of Results | 03 |
| III | A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS | 03 |
| | Organization of the Research | 03 |
| | Research Findings | 04 |
| | Dissemination of Results | 05 |
| IV | SUGGESTED SOLUTIONS | 05 |
| V | FURTHER STEPS | 06 |
| Agendas of Final Seminars in Chimbote | | 07 |

Annexes

Noble & Solís (1997)

Gárate & J Cáceres (1997)

C Cáceres & Villanueva (1997)

Ramos & Wong (1997)

Padilla & Caballero (1997)

V Salazar & Llajamango (1997)

X Salazar & Rivero (1997)

Cobián & Reyes (1997)

# QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU
## I A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS
## II A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

## EXECUTIVE SUMMARY

From January 20 to July 30, 1997 INOPAL conducted two in-house projects in the province of Santa, Peru with a diagnostic purpose One had its focus on providers of the two health networks of the Ministry of Health encompassing 39 service delivery points (SDPs) The other focused on their clients and potential clients In both projects, regional health personnel actively participated in the research

Results of the first project reveal that limitations of infrastructure and supplies hinder SDPs' ability to delivery reversible family planning methods Provider knowledge of contraception is far from complete Whereas providers treat clients amiably and let them choose the preferred contraceptive, they do not check for contraindications exhaustively and do not give enough information to the client Providers would find acceptable the use of an algorithmic job aid during the consultation but demand adjustments of format and content

The second project revealed a high degree of discontinuation among users of pill, injectable, and IUD Like discontinuation of family planning, method switching is mainly attributed to side effects Client knowledge of family planning requires improvement Women come to SDPs with informational needs that providers do not satisfy Partner participation in family planning could be enhanced if programs paid attention to men's perceptions of services and their need of horizontal communication

The solutions proposed included (a) strengthening MOH's logistics and training functions, (b) developing service models that increase provider awareness of clients' needs and promote partner participation, and (c) making algorithmic job aids available to providers and booklets to clients to enhance user informational empowerment

Four final seminars, two in Chimbote and two in Lima, were conducted to disseminate the findings among regional and sub-regional health personnel, central MOH staff, and USAID/ Peru and CA personnel

# I. INTRODUCTION

An agenda for research in the Santa province, Chavin region of Peru was designed to diagnose the quality of care, design interventions to improve provider-client information exchange and partner participation in family planning, and evaluate the impact of these interventions at the client level The agenda responded to a concern of the MOH's Direction of Social Programs with client satisfaction of reproductive needs and, more specifically, continuation in family planning Health authorities in Peru are concerned with the discontinuation of reversible methods and feel that this is an indicator of limitations of the quality of care The agenda also responded to the Chavín Regional Health Direction's interest in strenghtening local capacity to perform OR and was consistent with USAID/Peru PASARE program's goal of improving service delivery in priority regions of Peru

The first step of this agenda consisted of the conduct of two in-house projects with diagnostic objectives The first project involved the two health networks of the MOH in Santa La Caleta and E Guzman Barron, had a focus on service providers, and encompassed four research modules The second project had its focus on clients and potential clients and also included four research modules In both cases, local health personnel actively participated in the research as part of a process of institutionalization of the use of OR in the Santa province and the Chavin region

# II. A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS

The first in-house project started its operations on January 20, 1997 and was extended through May 15, 1997 This diagnostic study encompassed 39 service delivery points (SDPs) of the 43 SDPs originally listed The SDPs excluded were all in a non-representative *sierra* district that was hard to reach owing to its distance from Chimbote and bad state of the roads

## Organization of the Research

Field activities were coordinated by Rosa Monge Regional health personnel were assigned to the research modules as adjuncts to the investigators, as follows

- Dr Edwin Calderón, Head of Periphery Services, La Caleta health network, to work with Jeanne Noble on SDP Preparedness to Deliver Services

- Lic Eduardo Cáceres, Head of Training, Chavín Regional Health Direction, to work with María Rosa Gárate on Provider Technical Knowledge

- Lic Emilia Villanueva, Head of Service Norms, Chavín Regional Health Direction, to work with Carlos Cáderes on Provider-Client Interaction

■ Dr Luis Wong, Family Planning Coordinator, E Guzmán Barrón health network, to work with Irma Ramos on Possible Solutions

The regional adjuncts participated in the design of instruments, data collection, data analysis, interpretation of the findings, and presentation of results at the project's final seminar Dr Calderón was replaced by Lic Nelly Solis, Deputy Head of Peripheral Services, La Caleta

**Research Findings**

The results of the study are presented in Appendices 1 through 4 in Spanish The following are summaries of the essential findings

■ Preparedness to Deliver Services Using the inventory module of Situation Analysis, Noble and Solís (1997) reported that the two hospitals offered tubal ligation and vasectomy while 100% of the health centers and 81% of the health posts offered vaginals, condoms, pills, DMPA, and IUDs However, only 48% of the SDPs at La Caleta and 6% at Guzmán Barrón were prepared to deliver the five reversible methods meeting certain minimal standards of quality (defined by SDP personnel, infrastructure, equipment, and supplies) Most SDPs were prepared to deliver 3 or 4 methods Health posts presented the greatest deficits of infrastructure The three types of SDPs were affected by lack of supplies, particularly DMPA Supervision was mainly dedicated to promote sterilizations

■ Provider Technical Knowledge The Test of Family Planning Knowledge was designed to assess the technical competence of non-professional providers Gárate and Cáceres (1997) applied the test to 73 professionals and non-professionals of Santa and reported average scores of 62 and 54 points, respectively, both below the expected level Generally, providers were better informed about human reproduction than contraceptive technology Considering separatedly professionals and non-professionals, level of technical knowledge was not associated with training on counseling or contraception received by the provider Knowledge of the socio-demographic reality of the province was a weak area

■ Provider-Client Interaction The questions asked by the provider and the information given to the client during the consultation were observed with the Service Test, an *ad hoc* technique in which a simulated client learns to play a specific client profile, solicits services, enacts the profile in the interaction with the provider, and reports her observations on a behavioral checklist Cáceres and Villanueva (1997) found that providers showed dedication to instruct the client on method use but were not exhaustive checking for contraindications or advising about side effects For example, a client who self-prescribed the pill and was using it during one year was not screened for contraindications Scant or no attention was paid to partner relations, and STDs were not considered whatsoever For example, a client with a promiscuous husband and a history of STDs who wanted to use the IUD was not questioned about the husband or STDs On the other hand, providers did not bias client's method-choice Using the Observation guides of Situation Analysis with real clients, observers found that providers performed essential steps of the information exchange but not exhaustively

■ Possible Solutions In in-depth interviews with Ramos and Wong (1997), providers identified possible sources of the limited counseling offered to users of reversible methods (a) program method targets prioritizing sterilizations, (b) time limitations, (c) lack of IEC materials, (d) lack of periodic refresher training, (e) memory gaps during the consultation, and (f) fear of losing the client if the information frightens her Providers received copies of *The ABC of Family Planning*, an algorithmic instrument developed by PASARE for the MOH, and *Algosissar*, one that incorporates reproductive health themes At a group meeting days later, (a) 100% of the providers said that use of an algorithmic instrument would improve the quality of care but (b) a majority did not like the idea of clients attributing to lack of competence their use of the job aid All accepted the concept of an algorithmic flipchart disguising before the client its nature as as a counseling guide for the provider

**Dissemination of Results**

The findings of the study were presented by the investigators and regional adjuncts at the project's final seminar at E Guzmán Barrón Hospital in Chimbote on 5 May 1997 The panel of commentators of the study included Dr Javier Revilla, Regional Director of Health of Chavín, Dr Carlos Zapatel, Director of the La Caleta Health Network, Dr Lucy López, Coordinator of USAID/Peru's PASARE program, and Federico R León, Principal Investigator of the project

## III. A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

The second in-house project started its operations on May 20, 1997 and was extended through July 30, 1997 This diagnostic study encompassed several samples of SDP's clients and potential clients

**Organization of the Research**

Field activities were coordinated by Rosa Monge Regional health personnel were assigned to the research modules as adjuncts to the respective investigators, as follows

■ Dr M Socorro Sevillano, Head of Peripheral Services, E Guzmán Barrón Health Network, to work with Alberto Padilla and Jeanne Noble on Continuation in the Use of Family Planning (Later replaced by Dr Edgar Caballero, Director of the E Guzmán Barron Health Network )

■ Lic Miriam Llajamango, Family Planning Coordinator, La Caleta, to work with Victor Salazar on User Family Planning Knowledge

■ Lic Fabiola Rivero, Training Director, Chavín Regional Health Direction, to work with Ximena Salazar on Women's Perspectives

■ Lic Sara Reyes, E Guzmán Barrón Network, to work with Eduardo Cobian on Participation of Men in Family PLanning

The regional adjuncts participated in the design of instruments, data collection, data analysis, interpretation of the findings, and presentation of results at the project's final seminar Dr Sevillano was

**Research Findings**

The results of the study are presented in Appendices 5 through 8 in Spanish The following are summaries of the essential findings

■ Contraceptive Continuation Padilla *et al* (1997) randomly selected clinical files corresponding to women who had become new users of combined oral contraceptives, Depo-Provera, or the IUD within the E Guzmán Barrón health network in 1995 The women found at their households were interviewed about their contraceptive practices with a 27-month calendar questionnaire similar to that used by DHS / Discontinuation due to change in reproductive intentions was almost nonexistent (less than 2%) High rates of method switching were observed Like discontinuation, switching owed mainly to side effects (modern methods) or method usage (natural, barrier) Absolute cumulative discontinuation rates at 3, 6, 12, and 24 months were, respectively, 11, 15, 25, and 41 Considering not only the discontinuation of family planning but also switching to barrier and natural methods, the discontinuation rates were 17, 24, 36, and 55 Slightly lower discontinuation rates were obtained in a discontinuation study performed at the La Caleta network (Ramos *et al* , 1997) (Results of the La Caleta study are also included in Annex Padilla & Caballero of this final report )

■ Client Knowledge of Family Planning Using the client exit-interview module of Situation Analysis, V Salazar and Llajamango (1997) reported that 100% of the users knew the essential features of the method chosen (e g , pill is taken daily, DMPA is injected every three months, tubal ligation is a permanent contraceptive method) but considerable percentages lacked information concerning essential details (e g , what to do if one forgets to take the pill once, the pill may provoke nausea, ways of checking presence of the IUD, menstruation is normal after tubal ligation, common STD symptoms, etc ) Only 15% of the clients received educational materials

■ Women's Views of Services On the basis of 8 focus groups with users, X Salazar and Rivero (1997) concluded that women evaluate positively the interpersonal relations of the provider and the freedom to choose method On the other hand, they go to SDPs with a need for information about the bodily effects of contraceptives that providers do not satisfy Counseling is viewed as stereotyped, lacking responsiveness to the woman's individuality Many women go the SDP with a decision about method use based on information provided by relatives and friends Concerning partner participation in family planning, women think of diverse models the authoritarian uncooperative, the authoritarian cooperative, the indecisive insightful, the indifferent male Users say that providers frequently ask them to bring their partners to the

SDP but most reject this invitation because they expect the partner to feel uncomfortable and behave passively and tense during the consultation Another group feels that partners have little to contribute to family planning A minority would prefer that the partner knew nothing about her contraceptive use

■ Men's Views of Services Cobián and Reyes (1997) conducted 2 focus groups with husbands of the participants in the focus groups for women and 6 with unrelated men No significant difference in viewpoints were detected Generally, men view health services as resources for the weak women, children, the elderly Health services are sought only under extreme circumstances since they contradict the self-concept According to them, family planning services not only are addressed to women but also are handled by women, hence, men would feel uncomfortable as partners in a consultation HIV/AIDS frigthen them but STDs look unthreatening by comparison Extramarital intercourse is viewed as impulsive, associated with alcohol consumption, generally involving unprotected sex and hence under STD risk The man, however, would not use a condom with his wife the next day for fear of being discovered as unfaithful Two solutions were suggested to enhance male participation in family planning (a) Exclussive services for men could be established, offering counseling and condoms and vasectomy (b) Encounters of male groups could be promoted community-wise making use of neighbors' homes If led participatively, they could motivate the men to take a more active part in family planning since most are concerned but do not visualize specific ways to make a contribution

**Dissemination of Results**

The findings of the study were presented by the investigators and regional adjuncts at the project's final seminar in Chimbote on 22 July 1997 The panel of commentators of the study included Dr Jorge Azaña, Deputy Director, Chavín Regional Health Direction, Dr Lucy López, Coordinator of USAID/Peru's PASARE program, and Federico R León, Principal Investigator of the project

## IV. SUGGESTED SOLUTIONS

Figure 1 summarizes the findings and the solutions that were formulated and discussed at the final seminars of the projects Improved method supplies are expected since PRISMA, the NGO that assists the MOH in logistics, has already begun to improve the logistic organization of the two Santa health networks The periodic retraining of providers is a solution that OR studies have proved useful in the past The sensibilization of providers concerning women's information needs should be part of refresher courses and can be strengthened in these contexts by focus groups with women observed by providers Models promoting partner participation (exclusive services, male encounters) and instruments that may enhance user's informational empowerment (ABC for providers, booklets for users) must be improved and their effectiveness to enhance user's satisfaction of reproductive intentions must be tested

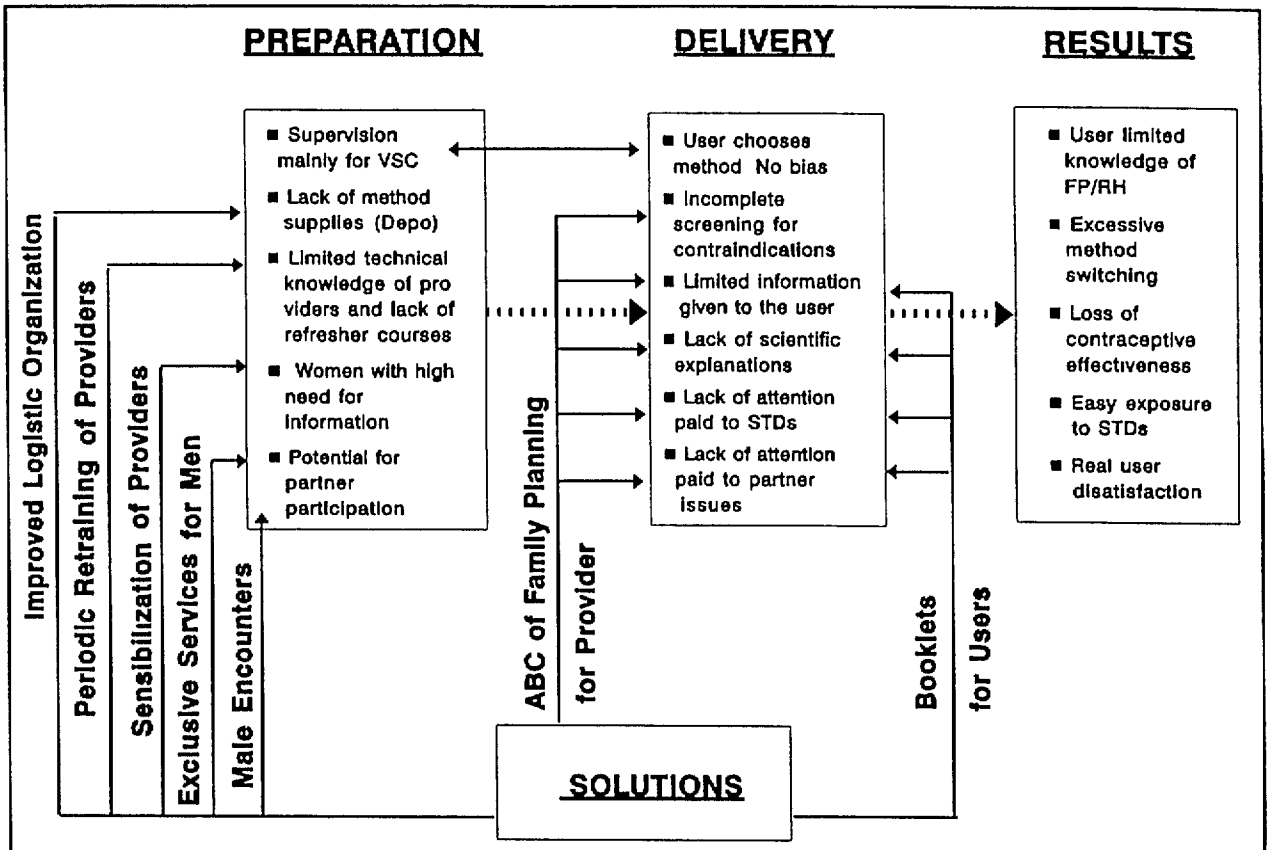



Figure 1 Summary of findings of Santa studies and solutions suggested

## V. FURTHER STEPS

The results of the diagnostic studies were presented also to Mission and cooperating agency personnel at USAID/Peru on August 7 and to central MOH personnel at the Population Council office in Lima on August 14 These seminars, however, have not exhausted the demand for information generated in the studies Further presentations have been requested by the Quality and Coverage Program of USAID/Peru with the MOH More importantly, Chavin and Santa health authorities, Santa providers, Mission and CA personnel, and MOH's authorities have requested the projects' final report

Proposed next steps include (a) publishing and distributing a polished final report, (b) drafting a model to promote partner participation in family planning, (c) adapting the ABC for acceptable use by professionals, and (d) testing the model and the instrument

# AGENDAS OF FINAL SEMINARS

MINISTERIO DE SALUD, Dirección de Programas Sociales
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE CHAVIN, UTES La Caleta y Guzmán Barrón
USAID/Peru, Plan de Asistencia en Salud Reproductiva (PASARE)
POPULATION COUNCIL, Proyecto INOPAL III

# SEMINARIO FINAL DEL PROYECTO DE DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA CON FOCO EN EL PROVEEDOR EN LA PROVINCIA DE SANTA

Chimbote, 5 de mayo de 1997

## Agenda

13 00 Introducción al Seminario
Dr Javier Revilla, Director Regional de Salud de Chavin
13 10 Proyecto Santa I
Federico R León, Ph D , Representante del Population Council
13 20 Organización del Proyecto
Lic Rosa Monge, Consultora del Population Council
13 30 Interaccion Proveedor-Usuaria
Dr Carlos Cáceres, Ph D , Consultor del Population Council
Lic Emilia Villanueva, Directora de Normas y Programas, Region Chavin

14 40 Refrigerio

15 00 Inventario de Equipo y Suministros
Jeanne Noble, M A , University of Michigan Fellow
Lic Nelly Solís, Sub-Jefe de Servicios Periféricos, UTES La Caleta
15 30 Test de Conocimientos de Planificacion Familiar
Lic María Rosa Gárate, Asesora Nacional del Proyecto INOPAL, Population Council
Lic Jorge Cáceres, Director de Capacitación, Región Chavín
16 00 Conciencia de Problema y Propuestas de Solución
Dra Irma Ramos, Consultora del Population Council

16 30 Comentarios
Dra Lucy López, Coordinadora PASARE, USAID/Peru
Dr Carlos Zapatel, Director UTES La Caleta
Dr Edgar Caballero, Director UTES Guzmán Barron
17 00 Conclusiones del Seminario
Federico R León, Ph D , Population Council

17 30 Coctel
Hotel Gran Chimú

Population Council

Seminario Final del Proyecto
"Calidad de atencion y resultados para la usuaria en la provincia de Santa
II Un estudio diagnostico con foco en la usuaria"
22 de julio de 1997, Hotel Gran Chimu, Chimbote

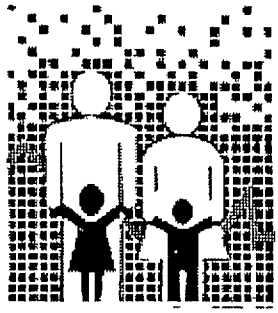
Agenda

14 00 Bienvenida
Dr Carlos Zapatel, Director de la UTES La Caleta
14 05 Inauguracion
Dr Javier Revilla, Director Regional de Salud de Chavin
14 10 Resumen del estudio diagnostico con foco en proveedores
Federico R Leon, Ph D , Representante del Population Council
14 15 Organizacion del estudio diagnostico con foco en la usuaria
Lic Rosa Monge, Coordinadora del Proyecto
14 20 Continuidad en el uso de metodos de planificacion familiar Un seguimiento de usuarias de servicios de los establecimientos de la UTES E Guzman Barron
Lic Alberto Padilla, Consultor del Population Council
Dr Edgar Caballero, Director de la UTES E Guzman Barron
14 50 Conocimientos de planificacion familiar y percepciones del servicio Entrevistas a la salida de la consulta en establecimientos de La Caleta y E Guzman Barron
Lic Victor Salazar, Investigador del Proyecto
Obs Miriam Llajamango, Coordinadora de Planificacion Familiar, UTES La Caleta

15 20 Receso Cafe

15 30 Calidad de atencion y participacion masculina Resultados de grupos focales con mujeres
Ximena Salazar, M A Investigadora del Proyecto
Lic Fabiola Rivero, Directora de Capacitacion, Direccion Regional de Salud, Huaraz
16 00 Calidad de atencion y participacion masculina Resultados de grupos focales con hombres
Lic Eduardo Cobian, Investigador del Proyecto
Obs Sara Reyes, UTES E Guzman Barron
16 30 Comentarios
Dra Lucy Lopez, Coordinadora del Proyecto PASARE, USAID/Peru
Lic Maria Rosa Garate, Population Council
Dr Javier Revilla, Director Regional de Salud de Chavin
Federico R Leon, Ph D , Population Council
17 00 Vino de honor

CONFIDENTIALITY NOTE
The information contained in this facsimile message is intended only for the use of the addressee named above If you are not the intended recipient, be aware that any dissemination or copy of this facsimile is strictly prohibited If you have received this facsimile in error please immediately notify us by telephone so that we can arrange for the retrieval of the documents at no cost to you Thank you



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU
I A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS

# Preparación de los Establecimientos para Ofrecer Servicios de Planificación Familiar

Jeanne Noble y Nelly Solís

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**01/20/97 to 05/20/97**

**Principal Investigator**
**Federico R León**

Population Council

# INVENTARIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

*Introduccion*

En el mes de marzo de 1997, se realizo una encuesta de inventario de la disponibilidad de recursos de planificacion familiar en la provincia de Santa Su aplicacion cubrio todos los establecimientos que pertenecen a la UTES E Guzman Barron (EGB) y el 88% de los establecimientos de la UTES La Caleta [1] Se encuesto un total de 39 establecimientos de salud incluyendo un hospital y tres centros de cada UTES Se visitaron 12 puestos del EGB y 19 de La Caleta

A continuacion se presentan los principales hallazgos obtenidos sobre

- Oferta y promocion de servicios de planificacion familiar
- Distribucion de usuarias por tipo de metodo anticonceptivo
- Preparacion para la entrega de metodos anticonceptivos
- Abastecimiento de metodos y condiciones de almacenaje, y
- Frecuencia y contenido de visitas de supervision

*Oferta y promoción de servicios de planificacion familiar*

La oferta de la gama completa de metodos anticonceptivos reversibles es casi universal los dos hospitales, todos los centros y el 81% de los puestos entregan metodos vaginales, condones, píldoras, inyectables, y DIUs La unica limitacion se encuentra en relacion al DIU dado que no es ofrecido en 6 puestos, 5 de los cuales no cuenta con un medico ni obstetriz [2] Cuatro de los puestos que no entregan DIU pertencen a la UTES EGB y dos a la UTES La Caleta Aunque todavia no se dispone de Norplant en el sector publico, la mayoria de establecimientos (61%) reporta que las clientas interesadas en ese metodo son referidas a establecimientos privados En relacion a metodos anticonceptivos no reversibles, los dos hospitales proveen esterilizacion femenina y todos los centros y puestos hacen referencias a los hospitales Aunque los hospitales reportan que se ofrece vasectomia y la mayoria de centros y puestos refieren a los hospitales a los clientes interesados, hay muy pocos usuarios de este metodo en los seis meses anteriores de la encuesta, solo se realizaron seis vasectomias y todas fueron hechas en el Hospital de La Caleta

Ademas de la oferta de metodos anticonceptivos, la accesibilidad depende del costo de los servicios de planificacion familiar En la provincia del Santa, la mayoria de establecimientos de salud cobran por abrir la historia clinica en PF (planificacion familiar) y el 41% cobra por las consultas de PF en si En promedio, se cobra a la usuaria S/2,05 por abrir la historia clinica y S/1,50 por la consulta Casi todos los establecimientos reportan que este precio se descuenta o se ofrece el servicio gratis si la cliente no puede pagar Solo un establecimiento reporto que en ese caso hace la referencia a otro local

[1] Un centro y tres puestos del distrito Macate fueron excluidos del estudio debido a su ubicacion a seis horas de la ciudad de Chimbote

[2] En el otro puesto no se entrega DIU aunque cuenta con un proveedor capacitado, equipo necesario y abastecimiento del metodo



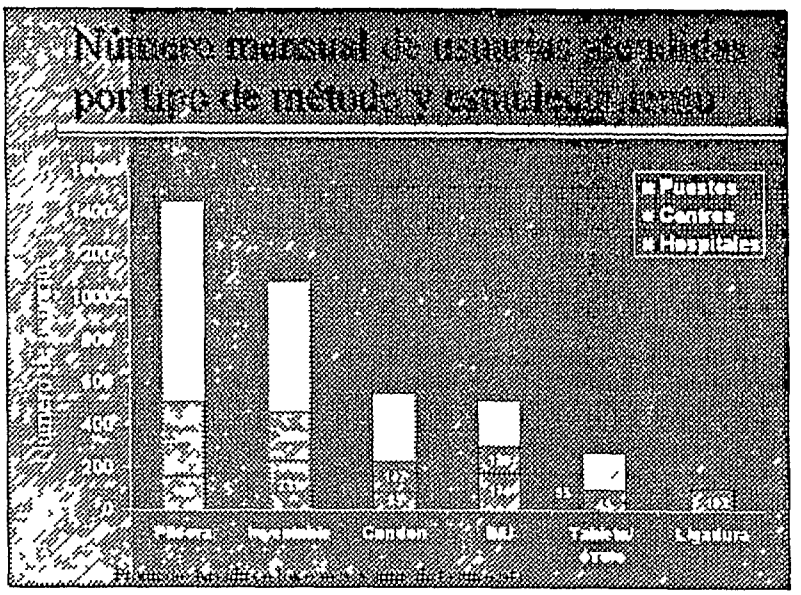
17

Un requisito adicional de la accesibilidad es promocionar y dar a conocer los servicios a la comunidad Los datos recogidos permiten la construccion de un indicador de promocion de PF donde se deben considerar 3 condiciones si el establecimiento tiene un aviso, cartel o afiche indicando que se ofrece servicios de planificacion familiar, si el personal realiza 2 o mas charlas de planificacion familiar por mes en la unidad de salud o en la comunidad, y, si el establecimiento cuenta con material de IEC (carteles, folletos o rotafolios) que utilice en las charlas de PF En la provincia de Santa, todos los hospitales y centros y el 84% de los puestos cumplen con las 3 condiciones [3] De los puestos que no cumplen con estas condiciones, 4 pertenecen a La Caleta y 1 al EGB

*Distribucion de usuarias por tipo de metodo anticonceptivo*

El inyectable es el metodo que se entrega con mayor frecuencia en los dos hospitales, seguido por la insercion de DIU En los centros y puestos la mayoria de usuarias atendidas usa pildora, seguida por usuarias de inyectables Las tabletas vaginales y ovulos son los metodos menos entregados en cada tipo de establecimiento En el siguiente grafico, cada barra representa el numero mensual de atenciones por metodo y tipo de establecimiento En el caso de la esterilizacion femenina se presentan los bloqueos tubaricos realizados

**Grafico 1**




*Preparacion para la entrega de metodos anticonceptivos*

La preparacion para la entrega de metodos anticonceptivos consiste en varios elementos Ademas de la disponibilidad del metodo, un establecimiento debe contar con un proveedor apropiado, un consultorio que ofrezca privacidad, el equipo necesario (para DIU

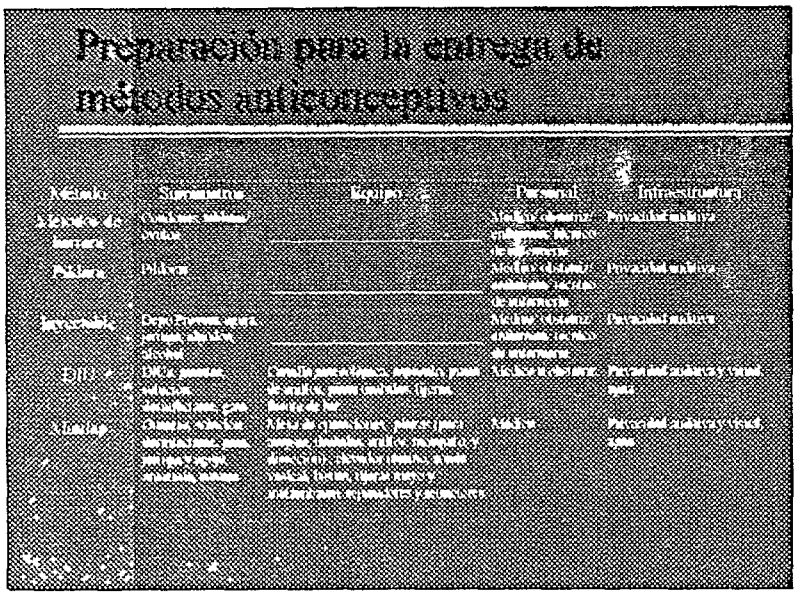
[3] Aunque se encontro algun material de IEC en cada establecimiento destaca la ausencia de folletos sobre metodos anticonceptivos en los dos hospitales y uno de ellos tampoco contaba con folletos sobre enfermedades de transmision sexual o salud materna



18

y AQV) y suministros consumibles como guantes y solucion desinfectante En el siguiente grafico se presentan los factores o items considerados necesarios para la entrega de cada metodo

**Gráfico 2**




Se observa que los metodos de barrera (tabletas vaginales y condones) y la pildora solo requieren del suministro del metodo, de un proveedor capacitado en PF (que puede ser un medico, obstetriz, enfermera, o tecnico de enfermeria), y de un consultorio que ofrezca privacidad auditiva para consejeria En contraste, la preparacion para la entrega del DIU incluye varios suministros consumibles, un equipo (una camilla ginecologica, un especulo, dos tipos de pinzas y tijeras), un consultorio que ofrezca privacidad auditiva y visual, y de dotacion de agua para la esterilizacion del equipo Una lista mas amplia de suministros se requiere en el caso de minilaparotomias (esterilizacion femenina) que incluye 7 items consumibles, 13 items de equipo, un medico, y una sala de operaciones que ofrezca privacidad auditiva y visual

*Proveedores*

Los dos hospitales, el total de los centros, y el 77% de los puestos cuentan por lo menos con un medico o obstetriz que brinda servicios de planificacion familiar Al considerar enfermeras y tecnicos de enfermeria, el porcentaje de puestos que cuenta con un proveedor de PF se incrementa a 94%, lo que significa que uno de los puestos cuenta solo con un sanitario

*Insumos anticonceptivos*

La disponibilidad de insumos anticonceptivos se define en relacion al consumo previo, es decir al numero promedio de insumos entregados de cada metodo por mes, calculado de las estadisticas de servicio de los seis ultimos meses [4] Se considera que un metodo esta disponible si al momento de la encuesta existe abastecimiento del metodo para un mes como minimo

Los dos hospitales estaban abastecidos de metodos de barrera, pildoras, y DIUs para un mes o mas, pero solo uno tenia disponibilidad de inyectables para el mes siguiente La

[4] Las estadisticas de servicio se obtuvieron de los SIS240 o los cuadernos mantenidos por la persona encargada del programa de PF

disponibilidad de metodos es menos adecuada en los 6 centros 2 no tenian disponibilidad de DIUs, 3 no tenian disponibilidad de pildoras, y 5 no tenian un abastecimiento de inyectables para el mes siguiente En contraste, los puestos tienen mayor disponibilidad de todos los metodos Es probable que el mejor abastecimiento encontrado en los puestos se deba a los insumos adicionales suministrados por CARE

**Tabla 1** Porcentaje de establecimientos con un mes o mas de abastecimiento de metodos anticonceptivos por UTES y tipo de establecimiento

| UTES | Tipo de unidad | N | Tableta vaginal | Condon | Pildora | Inyectable | DIU | Todos MACs |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EGB | Hospital | 1 | 100 | 100 | 100 | 0 | 100 | 0 |
| | Centro | 3 | 100 | 33 | 33 | 0 | 33 | 0 |
| | Puesto | 12 | 83 | 50 | 92 | 50 | 67 | 8 |
| | **Subtotal** | **16** | **88** | **50** | **81** | **38** | **63** | **6** |
| La Caleta | Hospital | 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Centro | 3 | 100 | 33 | 67 | 33 | 100 | 33 |
| | Puesto | 19 | 84 | 84 | 95 | 95 | 79 | 47 |
| | **Subtotal** | **23** | **87** | **78** | **91** | **87** | **83** | **48** |
| Santa | **Total** | **39** | **87** | **67** | **87** | **67** | **74** | **31** |

Al comparar las dos UTES, se observa poca diferencia en el abastecimiento de tabletas vaginales o de pildoras, pero destaca la diferencia en el abastecimiento de condones y sobre todo de inyectables en menos del 40% de los establecimientos en la UTES Guzman Barron se encontro un mes o mas de abastecimiento de inyectable mientras que en La Caleta se encontro el 87% Al observar la disponibilidad de la gama completa de metodos anticonceptivos se tiene que menos de la tercera parte de establecimientos contaba con todos los MACs (metodos anticonceptivos) 48% en La Caleta y solo 6% en EGB

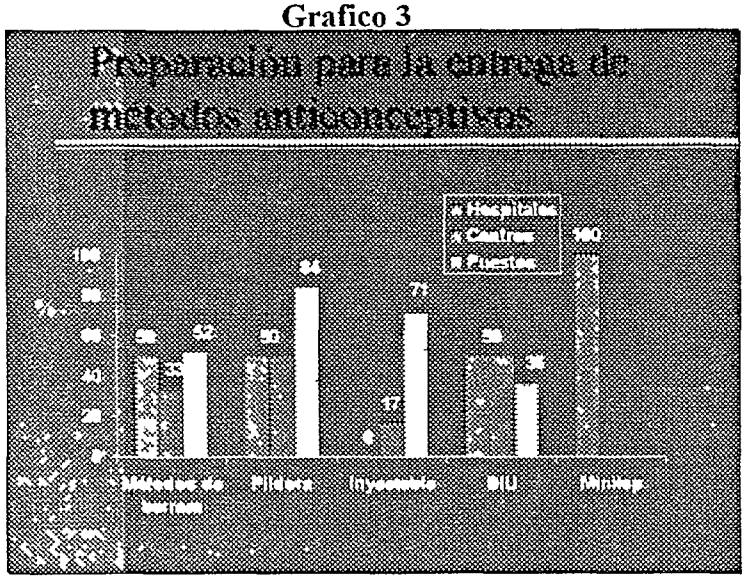
***Equipo basico y suministros consumibles***

Como se presenta en el grafico 2, los 6 items considerados como equipo basico de consultorio son camilla ginecologica, especulo mediano, pinzas de anillos y tirabalas, tijeras, y una fuente de luz Tanto hospitales como centros contaban con estos items (menos la fuente de luz en el hospital de La Caleta que se malogro dos dias antes de la encuesta) En cuanto a los puestos, menos de la mitad disponia de todos los items El item mas escaso fue la fuente de luz, la cual no se encontro en la tercera parte de los puestos (25% en EGB y 37% en La Caleta), seguida por la camilla ginecologica que no se encontro en el 26% de los puestos (25% en EGB y 26% en La Caleta)

Ademas de este equipo basico se tienen algunos suministros que son necesarios para la prestacion de servicios de planificacion familiar guantes, solucion desinfectante, gasa, solucion fijadora o laca, espatulas, y laminas El total de hospitales y centros estuvo abastecido de estos 6 items mientras que 2 puestos no contaban con guantes, 4 puestos no contaban con espatulas, y 6 puestos no tenian laminas La unica diferencia entre las dos UTES es que 5 de los 6 puestos que no contaban con laminas pertenecian al EGB

Cuando se reunen todos los factores listados en el grafico 2 en un indicador de preparacion, se observa que los puestos estan mejor preparados para la entrega de metodos reversibles (con excepcion del DIU), reflejando su mayor abastecimiento de metodos

**Grafico 3**




El hospital La Caleta fue calificado como 'no preparado' para entregar algun tipo de metodo reversible por la falta de un consultorio que ofrezca privacidad En relacion a los inyectables, el EGB estaba desabastecido de Depo-Provera al momento de la encuesta Solo en caso de la minilaparotomia, los dos hospitales contaban con todos los items necesarios

Tanto en centros como en puestos, el factor que mas restringe la preparacion para proveer metodos es la escasez de insumos anticonceptivos Solo uno de los tres centros en cada UTES esta preparado para entregar metodos de barrera Los centros de La Caleta se desempeñan mejor en relacion a la pildora y el DIU dos de los tres centros estan preparados para la entrega de estos metodos comparado con un solo centro del EGB Entre los puestos, mas de dos tercios se encuentra preparado para la entrega de metodos hormonales En relacion al DIU, el bajo puntaje obtenido por los puestos se explica en parte por la falta de un proveedor en 5 de ellos [5] De estos 5 puestos que no cuentan con un medico ni obstetriz, 4 pertenecen al EGB

Al comparar las dos UTES, la mayor diferencia se encuentra en la preparacion para la entrega del inyectable que refleja la falta de abastecimiento de este metodo en los establecimientos de la UTES Guzman Barron Es importante destacar que mas del 10% de los establecimientos en La Caleta tampoco esta preparado para entregar el inyectable debido a los problemas de abastecimiento

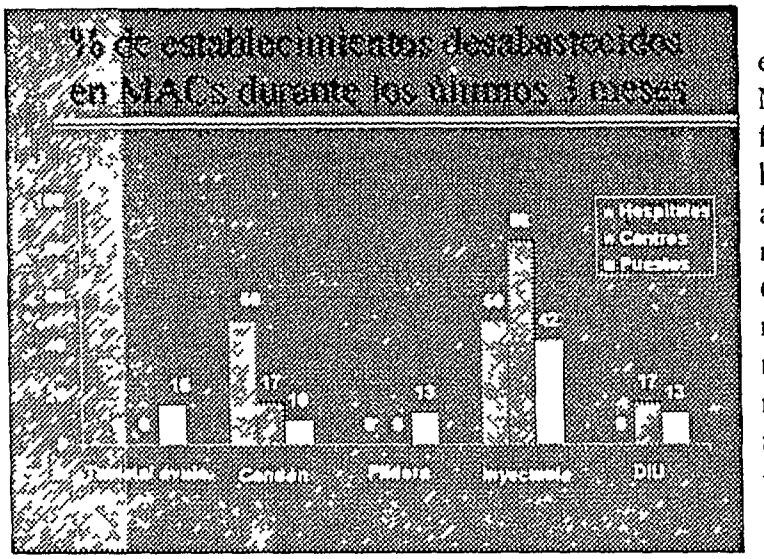
*Desabastecimiento*

Tanto en los hospitales como en los centros y puestos, el desabastecimiento mas frecuente es del inyectable lo que podria reflejar una demanda creciente del metodo Solo los puestos reportan desabastecimiento de tabletas u ovulos y de pildora (16% en La Caleta comparado con 8% en EGB) Un centro del EGB y cuatro puestos (3 de los cuales son de La Caleta) reportan desabastecimiento de DIUs

[5] Dos de estos puestos estaban abastecidos de DIU lo que probablemente representa perdida de recursos



21




Segun las normas establecidas por el Ministerio de Salud, en forma ideal, todos los hospitales deben estar abastecidos para los 3-6 meses siguientes Mas de 6 meses de abastecimiento representa una perdida de recursos ya que los insumos podrian ser utilizados en otro local o podrian caducar antes de ser entregados, mientras que un abastecimiento menor de 3 meses significa que puede resultar un aumento en la demanda generando una demanda insatisfecha para los servicios de planificacion familiar Los centros y puestos deben estar abastecidos por lo menos un mes pero no deben exceder los 3 meses

Ningun hospital estaba adecuadamente abastecido de DIUs y solo uno de los dos estaba adecuadamente abastecido en los otros metodos, lo que podria significar una subutilizacion o perdida de recursos en el caso de sobreabastecimiento o una demanda insatisfecha potencial en el caso desabastecimiento

Ningun centro contaba con cantidades adecuadas de inyectables o DIUs y solo una tercera parte o menos estaba suficientemente abastecida de pildoras o condones Aunque los puestos tenian los mejores niveles de abastecimiento, fue solo en el caso de inyectables que la mayoria de las unidades mostraba un abastecimiento adecuado (68% en La Caleta y 33% en EGB)

*Condiciones de almacenaje*

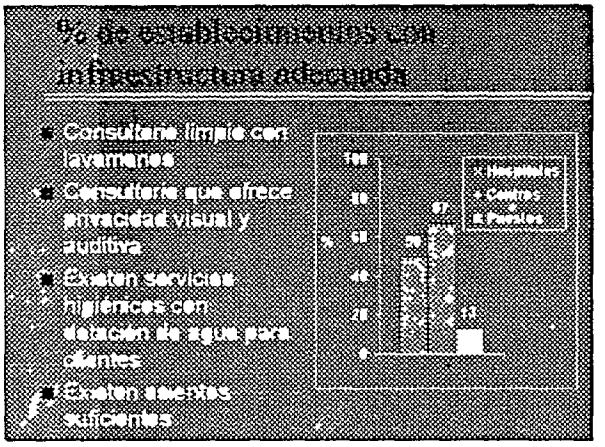
Se considero que una unidad de salud contaba con buenas condiciones de almacenaje si cumplia con 6 requisitos

- Si los insumos estaban ordenados segun fecha de vencimiento
- Si los insumos estaban protegidos de luz solar o fluorescente
- Si los estantes estaban ubicados a 10 centimetros del suelo por lo menos
- Si no habia presencia de roedores ni sustancias toxicas inflamables en el lugar de almacenaje, y
- Si habia ventilacion adecuada

Solo un hospital, 2 centros, y menos de la mitad de los puestos cumplian con todas las condiciones En cada tipo de establecimiento, la deficiencia mas comun fue la falta de ordenamiento de los insumos segun fecha de vencimiento

*Infraestructura*

La infraestructura de un establecimiento de salud afecta la calidad de los servicios entregados Se considera que las siguientes condiciones representan lo basico con lo que debe contar un establecimiento de salud consultorios limpios con lavamanos y con privacidad visual y auditiva, con disponibilidad de servicios higienicos para clientes, y que cuenten con un numero suficiente de asientos en la sala de espera




Los centros son lo mas probables a reunir todas las condiciones (67%) En relacion a los hospitales, el del EGB cuenta con todas las condiciones mientras que al de La Caleta le faltaba privacidad auditiva y visual, ademas del numero apropiado de asientos Solo 4 puestos cuentan con infraestructura adecuada El bajo puntaje de los puestos puede deberse a que 12 de ellos no cuentan con agua potable (7 de La Caleta y 5 del EGB) Tambien se encontraron 10 puestos sin luz electrica (6 de La Caleta y 4 del EGB)

*Supervisión*

La mayoria de establecimientos habia recibido por lo menos una visita de supervision en los 6 meses anteriores a la encuesta, sobre todo visitas de la UTES correspondiente Menos del 10 % fueron visitas solicitadas y el 93% fueron "no esperadas"

Existe una tasa menor de supervision en los establecimientos de EGB que en los de La Caleta Entre los establecimientos que no habian recibido una visita de supervision, se encuentran 2 centros (uno de cada UTES), 9 puestos (7 de los cuales se encuentran en EGB), y el hospital EGB Entre las unidades que habian recibido supervision, los temas mas tratados fueron el de referencias de AQV (reportado por 90% de los establecimientos supervisados en La Caleta y 43% en EGB) y el de comunicacion comunitaria, mencionado por el 52% de los establecimientos (45% en La Caleta y 71% en EGB)

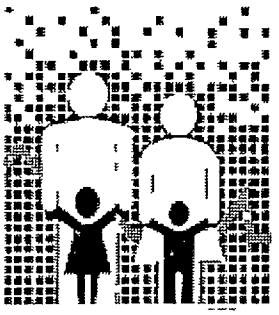
*Conclusiones*

Entre los resultados del estudio diagnostico de inventario obtuvimos diversos hallazgos positivos La gran mayoria de establecimientos de salud en la provincia de Santa cuenta con un proveedor de planificacion familiar y con suministros basicos tales como guantes, gasa, y solucion desinfectante Tambien se tiene que los 2 hospitales y los 6 centros cuentan con el equipo basico Es solo en los puestos que se encuentra escasez de equipo (sobre todo en lo referente a la fuente de luz y camilla ginecologica) Estas deficiencias deben ser relativamente faciles de corregir, aunque dotar a todos los puestos con agua potable y luz electrica implica una mayor inversion de recursos

El factor que limita mas la prestacion de servicios de planificacion familiar en cada tipo de establecimiento es el desabastecimiento de metodos anticonceptivos Casi la mitad de establecimientos reporto desabastecimiento de inyectables en los 3 meses anteriores a la encuesta y menos de la mitad estaba adecuadamente abastecido de cualquier metodo Existen mas problemas en el flujo logistico de metodos anticonceptivos en la UTES EGB que en La Caleta dado que un porcentaje mayor de los establecimientos de este tenia abastecimiento de cada metodo anticonceptivo para un mes o mas (con excepcion de tabletas vaginales) Sin embargo, se encontro poca diferencia entre las dos UTES en relacion al desabastecimiento de insumos anticonceptivos 61% de los establecimientos en La Caleta y 63% de los de EGB estuvieron desabastecidos de uno o mas metodos en algun momento en los tres meses anteriores a la encuesta



24



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU
I A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS

# Conocimientos de los Proveedores sobre Planificación Familiar y Comunidad

María Rosa Gárate y Jorge Cáceres

INOPAL III
IN-HOUSE PROJECT
01/20/97 to 05/20/97

Principal Investigator:
Federico R León

Population Council

# INFORME FINAL DEL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PROVEEDORES DE DOS UTES DE LA PROVINCIA DE SANTA

## I INTRODUCCION -

Population Council contribuyendo a solucionar los problemas que se presentan en la entrega de servicios de la red de establecimientos de salud del MINSA asi como, colaborando con el PASARE programa diseñado fortalecer la calidad de estos servicios en regiones prioritarias del pais, ha conducido un diagnostico dirigido a conocer varios aspectos de la oferta de servicios, entre los cuales se encuentra el nivel de conocimientos que sobre planificacion familiar tienen los proveedores

Los proveedores de servicios han recibido a traves de diversos tipos de talleres, capacitacion sobre consejeria actualizacion anticonceptiva tecnicas quirugicas, trato interpersonal, tambien han sido entrenados en el uso de guias auxiliares de consulta Toda esta capacitacion ha estado a cargo algunas veces del nivel central del Programa de Salud Reproductiva, es decir con personal propio del MINSA y otras veces bajo la responsabilidad de varias agencias cooperantes

Pese a este volumen de capacitacion, a la Direccion del Programa de Salud Reproductiva le interesaba conocer cual es la calidad de los servicios que actualmente se estaban ofreciendo La Region Chavin manifesto su interes en ser partícipe de una evaluacion diagnostica que permitiria conocer en que situacion se encontraban sus servicios en terminos de insumos, equipamiento, logistica calidad de informacion entregada y conocimientos de sus proveedores En ese sentido el Population Council (INOPAL III), diseño una evaluacion exahustiva de todos los componentes de la entrega del servicio, incluyendo tambien la perspectiva de los clientes, asi como la posibilidad de involucrar al hombre en los servicios de salud reproductiva Fue implementada en dos UTES de la provincia de Santa en la Region Chavin entre los meses de marzo a mayo de este año

Este informe presenta los resultados de uno de los estudios, que fue dirigido a evaluar los conocimientos de los proveedores de servicios de anticoncepcion de los establecimientos de las UTES de La Caleta y Guzman Barron La medicion de los conocimientos fue hecha a traves de un instrumento desarrollado por Leon & Bustamante Consultores para otro sub-proyecto de INOPAL

II El nivel de conocimiento promedio alcanzado por el total de proveedores fue de 68 puntos sobre 96 es decir se registro una capacidad de respuesta de 71%, lo que significa que de este total de items los proveedores respondieron aproximadamente a 68 de ellos Este puntaje vario significativamente entre tipos de profesionales pero no se obtuvo ninguna significancia entre las dos UTES Los proveedores mostraron un buen conocimiento de los items referidos a reproduccion humana, respecto a los diferentes tipos de metodos el puntaje mas alto fue para los de barrera y el dispositivo intrauterino y metodos definitivos Un grupo de items referidos a aspectos socio demograficos obtuvo la calificacion mas baja 6 puntos sobre 16, lo que sugeriria que los proveedores carecen de conocimientos basicos sobre las caracteristicas de la poblacion a la que sirven

Los resultados de este estudio junto con otros tres fueron presentados a las autoridades de la Sub-Region suscitandoles una preocupacion para poder solucionar los problemas detectados Population Council esta preparando una proxima propuesta de intervencion destinada a mejorar la calidad de los servicios que actualmente se presta en ambas UTES

## II OBJETIVO

Medir los conocimientos basicos de planificacion familiar de los proveedores de los establecimientos de salud de las UTES La Caleta y Guzman Barron en la provincia de Santa, Region Chavin

## III METODOLOGIA

Para medir los conocimientos de los proveedores se utilizo el instrumento denominado Test de Conocimientos de Planificacion Familiar en su version 5 2, desarrollada por Leon & Bustamante (Population Council, 1994) Este Test consta de dos formas equivalentes e intercambiables, A y B, de 40 items de eleccion multiple cada una Cada forma contiene 8 items de los siguientes temas reproduccion humana, anticonceptivos orales combinados, metodos de barrera (condon, tableta y espuma), inyectable Depo-provera, dispositivo intrauterino y anticoncepcion quirurgica

Este instrumento fue originalmente diseñado para proveedores tecnicos sanitarios y promotores de la comunidad, sin embargo puede discriminar niveles de conocimiento en profesionales de la salud de mayor nivel Para ampliar su poder discriminatorio se decidio aplicar las dos formas del test, A y B

Considerada la importancia de conocer cuanto saben los proveedores de servicios acerca de algunas caracteristicas de la poblacion que atienden se agregaron 16 items 8 para cada forma, sobre algunos aspectos socio-demograficos Finalmente el instrumento administrado tuvo una total de 96 items

Para conocer si el proveedor habia recibido algun tipo de capacitacion en particular de planificacion familiar asi como conocer su perfil se adjunto al cuadernillo del test una hoja sobre datos del proveedor El test es autoadministrado y las respuestas se marcan en una "Hoja de Respuestas" sin identificacion

Se convoco con el apoyo de las Direcciones de Servicios Perifericos de las dos UTES, a la totalidad de proveedores de servicios de planificacion familiar de ambas UTES De un numero aproximado de 205 proveedores acudieron a la convocatoria 73 (36%) Se usaron las instalaciones de algunos establecimientos que resultaban mas accesibles para los proveedores

El tiempo de administracion del test es de 80 minutos para las dos formas, pero se dejo la libertad al proveedor de que tomara el tiempo que consideraba necesario para responder la totalidad de las preguntas El tiempo promedio que tomaron para responder el test fue de 62 minutos

## IV RESULTADOS

El test de conocimientos fue administrado a un total de 73 provedores de servicios de diferentes niveles todos ellos entregando servicios de anticoncepcion La composicion de los proveedores segun su profesion fue la siguiente

**TABLA NRO 1**

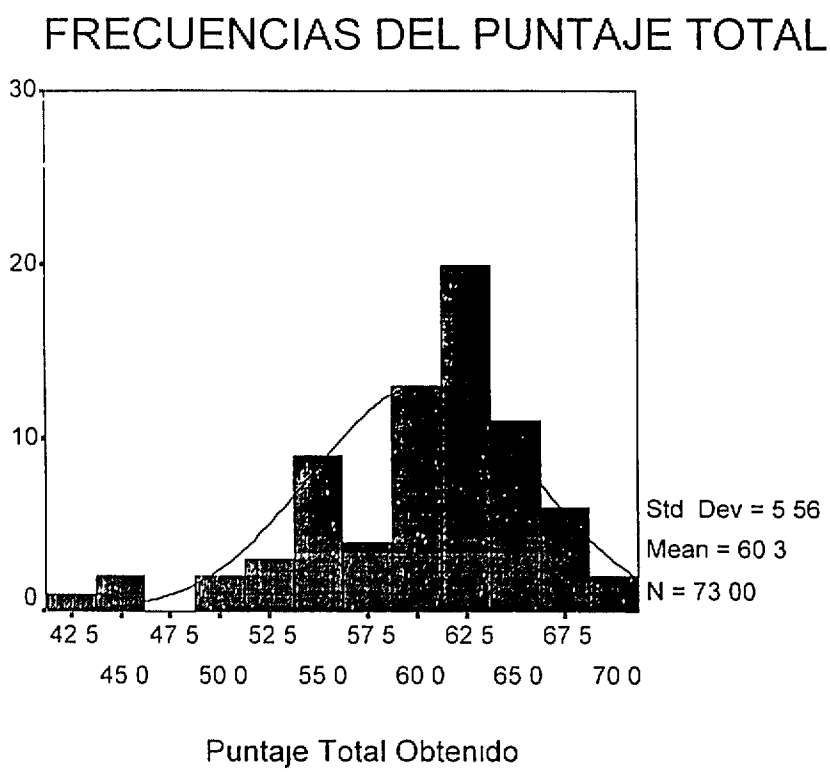
| PORCENTAJE DE PROVEEDORES SEGUN TIPO | | |
|---|---|---|
| | *N* | *%* |
| Medicos | 19 | 26 |
| Obstetrices | 40 | 55 |
| Enfermeras y tecnicos | 14 | 19 |

Ellos pertenecen a 30 establecimientos de salud dos hospitales seis centros y 22 puestos de salud de las dos UTES que entraron al estudio La gran mayoria de proveedores son mujeres, 76 7% la mediana de edad se encuentra en 33 años la cuarta parte de ellos ha recibido por lo menos un curso de capacitacion en temas afines al desempeño del programa como comunicacion comunitaria consejeria en salud reproductiva manejo de las hojas HIS y de movimiento de insumos, etc Cinco de cada diez son nombrados mientras que la condicion laboral del resto esta repartido entre contratados y serumistas que prestan servicios en su mayoria ad-honorem El puntaje promedio total obtenido por todos los proveedores fue de 67 sobre 96 puntos Como es natural, el puntaje global encierra diferencias segun los temas sobre los que trata el test Asi tenemos que los conocimientos sobre reproduccion y fisiologia son los que obtuvieron el puntaje mas alto, 14, esto puede ocurrir probablemente por la formacion profesional que han recibido los proveedores de servicios Por el contrario el tema que evidencio menos conocimiento fue el referido a la parte socio-demografica, 6 puntos lo que revelaria una carencia o quizas desinteres por informacion que puede ser muy util al proveedor porque le permitiria saber cuales son las caracteristicas de la poblacion que atiende a diario

**TABLA NRO 2**

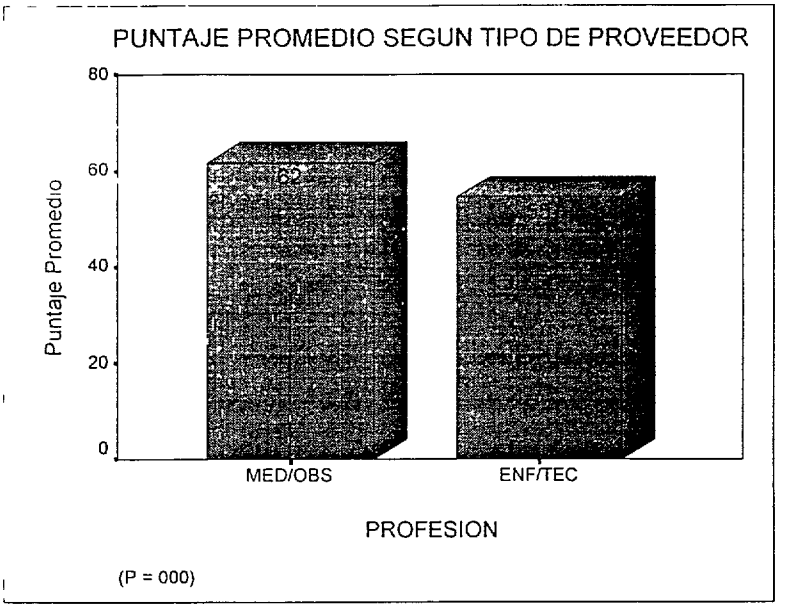
| PUNTAJE TOTAL PROMEDIO OBTENIDO SEGUN TEMAS | |
|---|---|
| Puntaje Total Promedio | 66 79 |
| Reproduccion | 13 82 |
| Metodos de barrera | 12 98 |
| DIU/AQV | 11 57 |
| Inyectable Depo-provera | 11 27 |
| Metodos orales | 10 63 |
| Comunidad | 6 38 |

Considerando que el test de conocimientos ha sido originalmente diseñado para medir conocimientos de planificacion familiar, el analisis solo ha contemplado el puntaje obtenido para los modulos originales vale decir, aquellos referidos a metodos anticonceptivos, reproduccion y fisiologia No obstante que se esperaba que los puntajes que hubieran logrado los medicos y obstetrices estuvieran




en el rango de 60 a 80 puntos, puede considerarse que la mayoria de los profesionales se encuentran en el limite inferior de lo esperado Este limite fue fijado teniendo como parametro el puntaje promedio obtenido por personal de salud no profesional en otras administraciones realizadas al personal del MINSA y de ONG's, y que fuera de 58 puntos Bajo estas condiciones el puntaje total promedio se redujo a 60 puntos sobre los 80 items dedicados exclusivamente a medir los conocimientos en planificacion familiar El rango encontrado en la puntuacion estuvo entre 43 y 71, la mediana fue 62 y la desviacion standard de 5 56

El tipo de proveedor tambien hizo que los puntajes variaran en favor de aquellos con formacion profesional mas larga y solida como medicos y obstetrices, por ejemplo, estos ultimos obtuvieron 61 2 y 61 9 puntos respectivamente Utilizando una prueba T para poblaciones independientes, se encontro diferencias significativas (p=000) entre la categoria formada por los medicos y obstetrices y aquella que reunia al resto de los otros profesionales, constituida por enfermeras y tecnicos Los promedios fueron de 61 6 para la primera y de 54 5 para la segunda El siguiente grafico ilustra lo indicado




Algunas diferencias en el puntaje, aunque sin significancia alguna, se encontraron entre los tipos de establecimiento Los proveedores de hospitales obtuvieron una calificacion de 61 5 puntos mientras que los de los centros de salud obtuvieron 59 3 y los puestos 60 Esta pequeña diferencia puede explicarse porque un poco mas de la mitad de los medicos y obstetrices a los que se administro esta prueba procedian de este tipo de establecimiento Tambien se observaron algunas diferencias entre los tiempos que demoraron en el diligenciamiento del test, los que se muestran en las tablas numeros 3 y 4

**TABLA NRO 3**

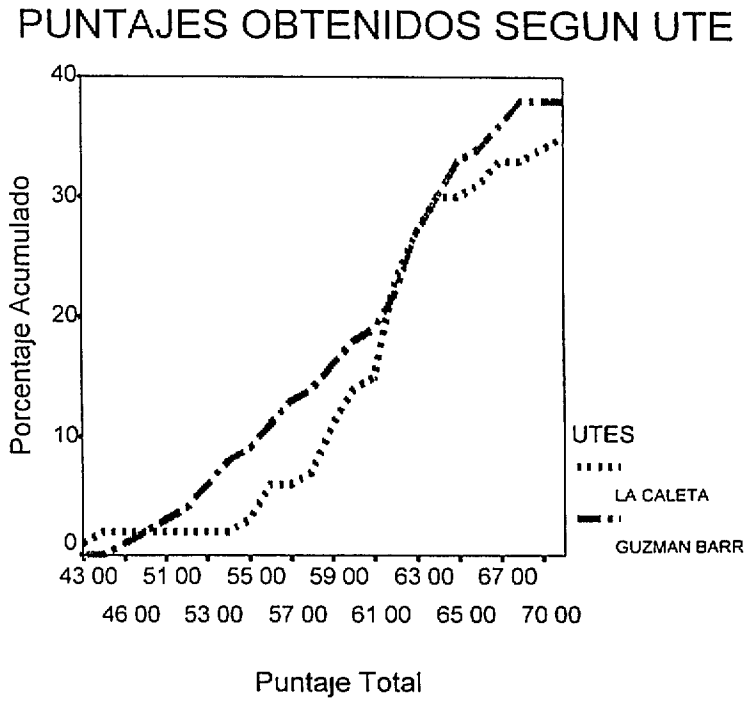
**TIEMPO DE APLICACION DEL TEST A PROVEEDORES POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

| *Nivel* | *Tiempo en minutos* | *N* |
|---|---|---|
| Hospital | 72 | 15 |
| C de Salud | 52 | 11 |
| Pto de S | 63 | 41 |

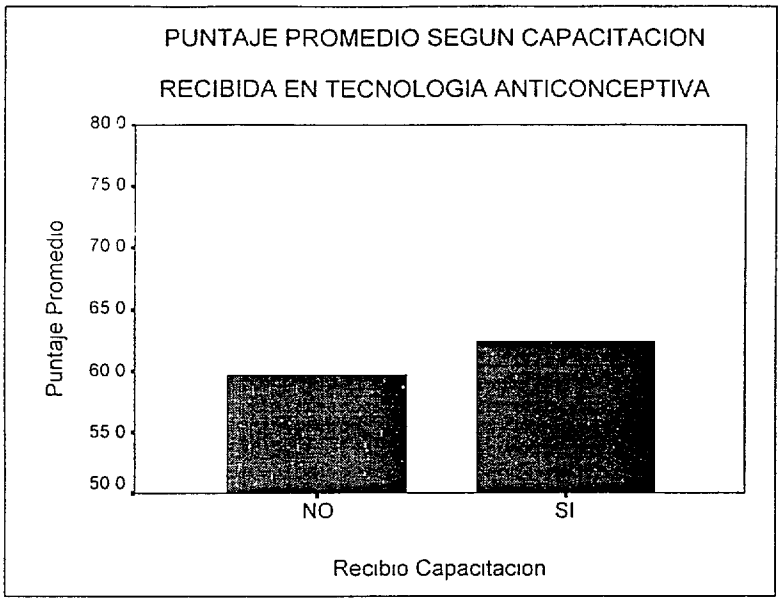
## TABLA NRO 4

| TIEMPO DE APLICACION DEL TEST POR TIPO DE PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| *Profesional* | *Tiempo en minutos* | *N* |
| Medicos y Obstetrices | 62 6 | 54 |
| Enfer /Tec | 65 1 | 13 |

Asimismo no se encontraron diferencias entre ambas UTES respecto al nivel de conocimientos de sus proveedores de servicios mientras que los proveedores de los establecimientos de La Caleta tuvieron un promedio de 60 7 puntos el de Guzman Barron fue de 59 8% Se encontro que la cuarta parte de los prestadores de servicios tenia un año o menos de experiencia en la entrega de servicios de planificacion familiar el 75% de ellos habia alcanzado hasta cuatro años entregando este tipo de servicio No obstante la experiencia en la entrega del servicio no mostro diferencias en el puntaje aquellos que tenian hasta un año de experiencia obtuvieron 59 puntos frente a los que tenian mas de cinco años que tuvieron 61 puntos




Al momento de la administracion del test todos los profesionales se encontraban ofertando entre otros servicios el de planificacion familiar sin embargo la cuarta parte de ellos no habia recibido capacitacion en




metodologia anticonceptiva siendo los mas afectados el grupo de las enfermeras y tecnicos Esta variable puede afectar la calidad de la entrega de servicios a pesar de no haberse hallado diferencias significativas (p=068) entre los promedios de los proveedores que habian recibido capacitacion (62 3 puntos) y los que no habian sido beneficiados (59 7 puntos), tal como se ve en el ultimo grafico

## V DISCUSION

El test de conocimientos que se ha aplicado a una poblacion de 73 prestadores de servicios de planificacion familiar de las UTES La Caleta y Guzman Barron ha puesto en evidencia que aun es posible acortar la brecha que aparece en el manejo de los conocimientos sobre tecnologia anticonceptiva basica Se esperaba un puntaje entre 60 y 80 puntos y se ha encontrado que el promedio esta en 60

No se han hallado diferencias sustantivas entre los prestadores de servicios de ambas UTES, de la misma forma el pertenecer a determinado nivel de entrega de servicios y el tiempo de experiencia en la entrega de servicios de planificacion familiar no producen diferencia alguna en los puntajes Sin embargo, se encuentra que la capacitacion recibida sobre el tema muestra algunas diferencias entre los puntajes

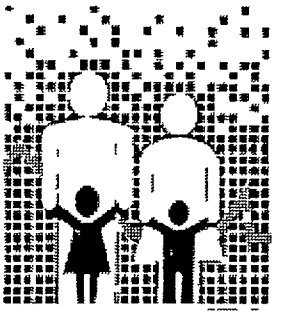
Hay un marcado privilegio en la capacitacion recibida por los medicos y enfermeras frente a la recibida por el grupo de enfermeras y tecnicos, estando todos ofertando servicios de planificacion familiar resulta claro que se esta afectando directamente la calidad de los servicios prestados

Los resultados sugieren que es necesario considerar un sistema de capacitacion constante que permita hacer un refrescamiento continuo para aquellos proveedores que ya han recibido cursos sobre tecnologia anticonceptiva Asimismo considerar formas de capacitacion rapida a los proveedores que por su formacion no llegan al servicio con un nivel de conocimientos lo suficientemente aceptable para ofrecerlo

Otro aspecto que resulta relevante son los conocimientos que tienen los proveedores sobre la poblacion que atienden Estos resultan deficientes y esta es una variable importante que ayuda a comprender mejor al cliente del servicio y su entorno socio-cultural, proporcionando al proveedor elementos que le permiten entablar una mejor comunicacion interpersonal no solo basada en el buen trato o la calidez del mismo sino en el conocimiento de cual podria ser la racionalidad del cliente



3X



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU:
I A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS

# Comportamiento del Proveedor en la Consulta de Planificación Familiar

Carlos Cáceres y Emilia Villanueva

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**01/20/97 to 05/20/97**

**Principal Investigator**
**Federico R León**

Population Council

## Introduccion

*Calidad de atencion en salud reproductiva*

Los estandares actuales de evaluacion de las acciones en salud reproductiva privilegian consideraciones de calidad de atencion Ello obedece no solo a la confluencia de necesidades de elevacion de la eficacia y la eficiencia en el contexto de recursos en disminucion, sino tambien a la creciente preocupacion por la autosostenibilidad y, sobre todo, a la importancia creciente que se asigna a la perspectiva de los usuarios a la integralidad, a la perspectiva de genero y a los derechos sexuales y reproductivos en la planificacion de la atencion de la salud sexual y reproductiva

De acuerdo a las Guias Nacionales de Atencion en Salud Reproductiva (MINSA/JHPIEGO, 1997), una atencion de calidad debe ser personalizada y respetar la privacidad, y los usuarios deben ser tratados con dignidad Los proveedores deben informar a los usuarios acerca de todos los metodos disponibles, y respetar sus decisiones siempre que no entren en conflicto con contraindicaciones medicas claras Los establecimientos deben, ademas, establecer coordinaciones para el seguimiento de usuarios, creando una red de referencia

Adicionalmente, una transformacion fundamental debe consolidarse Aquella que parte de servicios de planificacion familiar y resulta en servicios de salud reproductiva, integrales y con perspectiva de genero Es decir, el espacio de la interaccion entre el proveedor y el usuario debe funcionar como un espacio efectivo para el tamizaje de otros problemas de salud reproductiva (por ejemplo, cancer ginecologico y de mama, enfermedades de transmision sexual), y la exploracion de todos los aspectos de salud reproductiva debe realizarse desde una perspectiva de genero, es decir, debe partir de la conciencia de que la ejecucion practica de acciones personales vinculadas al proceso reproductivo requiere generalmente de la colaboracion de la pareja

*La Region Chavin y la provincia de Santa*

La Region Chavin es una region prioritaria para acciones en salud en el Peru actual, debido a los problemas que sus estadisticas de salud revelan en el contexto de la situacion del pais La provincia de Santa, que alberga a la ciudad-puerto de Chimbote, es una provincia en rapido crecimiento y con crecientes necesidades Cuenta con dos Unidades Territoriales de Salud y 39 establecimientos, incluidos dos hospitales (La Caleta y Eliseo Guzman Barron) Pese a sus particularidades, sin embargo, presenta condiciones de vida comparables con otras ciudades grandes de la costa peruana Tales caracteristicas, unidas a la voluntad de las autoridades regionales de evaluar los servicios de salud reproductiva para a partir de ello introducir mejoras, permitieron el diseño del presente estudio Sus conclusiones, en principio relevantes para la provincia de Santa, brindaran informacion referencial

para estimar la situacion de otras provincias del Peru con caracteristicas similares

*Abordaje metodologico*

El proyecto Santa ha sido planeado para varias fases (incluyendo una etapa de intervencion y su evaluacion), siendo esta la primera Durante esta primera fase el enfasis se ha orientado hacia el proveedor y hacia las condiciones de los establecimientos El informe presentado a continuacion se refiere a uno de los componentes de la Fase I El estudio de la interaccion entre proveedores y usuarios

Se utilizo dos aproximaciones (1) La observacion detallada de la conducta del proveedor frente a "clientas" que representaban perfiles simulados, y (2) la observacion, de caracter mas general, de la atencion de clientas reales En el primer caso, se combino la tradicional coleccion de datos por las clientas simuladas con un registro adicional por parte de observadores explicitos en un 50% de las visitas simuladas

La primera aproximacion, ya utilizada por Leon y cols (ref), pero sin observadores adicionales, tiene dos ventajas fundamentales Permite una observacion sin efecto Hawthorne (i e aquel consistente en conductas inusualmente buenas explicadas por el sentirse observado), y permite una apreciacion en profundidad de la conducta del proveedor que, sin embargo, utiliza un instrumento estructurado y adecuado para su empleo con tecnicas cuantitativas de analisis Tiene, en cambio, la desventaja de que no trata con perfiles reales El empleo de observadores que llenan las mismas listas de chequeo permitira en una segunda etapa evaluar las diferencias entre las observaciones de estos y de las clientas simuladas, aunque abre la posibilidad de efecto Hawthorne en las visitas co-observadas

La segunda aproximacion tiene la ventaja de referirse a casos reales, y de poder incluir casos tan variados como los que puedan espontaneamente concurrir al establecimiento En cambio, presenta la desventaja de que implica potencialmente el efecto Hawthorne, y no permite diseñar un instrumento estructurado que garantice una observacion a profundidad de las conductas de los proveedores

**Objetivo**

| |
|---|
| Evaluar la calidad de la atencion en salud reproductiva proporcionada por los proveedores en los establecimientos de salud de la provincia de Santa, Region Chavin |

## Metodos

*Caracterizacion general*

El estudio se baso en la observacion estructurada de la provision de atencion de salud reproductiva frente a casos reales y a tres perfiles simulados

*Poblacion de estudio*

El estudio enfoco a proveedores de servicios de salud reproductiva de 39 establecimientos de salud de las UTES La Caleta y Guzman Barron, provincia de Santa, Region Chavin

*Coleccion de informacion*

Fue realizada mediante

a) Nueve "clientas" simuladas que representaron tres perfiles (ver Anexos) en sus visitas a los proveedores, y luego llenaron listas de chequeo acerca de la conducta de estos

Las nueve "clientas"/observadoras fueron seleccionadas de un grupo inicial de 12 mujeres residentes en Lima, con experiencia previa como promotoras comunitarias, lideres comunales o encuestadoras de ENDES, con caracteristicas fisicas coincidentes con los perfiles diseñados Recibieron capacitacion basica en fisiologia de la reproduccion y metodos anticonceptivos, y se les asigno los perfiles para ensayo, representacion observada y llenado de las listas La seleccion evaluo tanto su adecuacion en el rol como su capacidad para llenar las listas de chequeo

Una vez seleccionadas, fueron trasladadas a Chimbote y alojadas discretamente en grupo De acuerdo a la programacion, eran diariamente trasladadas a los establecimientos de salud, y luego recogidas y llevadas de retorno al alojamiento

b) Doce observadores, seleccionados entre 18 estudiantes de obstetricia y enfermeria residentes en Chimbote Excepto uno, todas eran mujeres Recibieron capacitacion en los objetivos del estudio y contenidos de homologacion de conceptos de salud reproductiva, y fueron instruidos en el llenado de las listas de chequeo de los tres casos simulados, asi como de la guia de observacion de casos reales No se les advirtio de la existencia de clientas simuladas

*Instrumentos*

a) Listas de chequeo para cada uno de los tres perfiles simulados (ver Anexos) Consistieron de listas de aproximadamente 80 preguntas conducentes a respuestas de tipo "si"/"no", referidas a todas los aspectos juzgados relevantes en la atencion de los tres perfiles Calidad del trato, obtencion de informacion inicial de la clienta,

exploracion de su conocimiento de metodos anticonceptivos y entrega de informacion complementaria sobre estos, interes por las opciones de la clienta, sesgos del proveedor y presiones ejercidas por este sobre la clienta, consejeria sobre el metodo elegido, tamizaje de contraindicaciones, abordaje de aspectos vinculados a participacion de la pareja, cancer ginecologico y enfermedades de transmision sexual, y pasos dados para el seguimiento del caso

b) Guia de observacion para casos reales (ver Anexos)

Esta abordo de manera mas general los aspectos ya señalados para las listas de chequeo, permitiendo un flujo en las preguntas que guardara relacion con las caracteristicas de la clienta real Exploro tambien aspectos de la conducta de la clienta, asi como las caracteristicas fisicas del establecimiento y el consultorio

*Procedimiento*

Se trabajo con 39 establecimientos, programandose al menos una visita de cada perfil simulado al establecimiento, mas una visita adicional de un perfil repetido Para poder comparar la atencion de los diversos perfiles sin la intervencion de la variabilidad por diferencia en el proveedor, se trato de identificar un proveedor "oficial" por cada establecimiento, el cual tendria que haber sido observado en las cuatro visitas simuladas completas Las programaciones de los proveedores, sin embargo, podian variar de manera impredecible en ocasiones, por lo cual resultaban ejecutandose visitas a proveedores no procurados

Como se ha explicado, se uso clientas simuladas y observadores Las clientas simuladas representaban los tres perfiles (A, B y C) Los observadores observaban, durante una mañana, dos de las cuatro visitas simuladas (aunque solo una de ellas con la lista de chequeo adecuada al caso), y durante la otra, la atencion de una o mas clientas reales

En conclusion, los proveedores eran "evaluados" a traves de estos distintos tipos de acercamiento durante 3 mañanas

1ª Mañana Dos clientas simuladas y un observador

2ª Mañana El observador (no habia clientas simuladas)

3ª Mañana Dos clientas simuladas (no habia observador)

Las 4 visitas de las clientas simuladas correspondian a los tres perfiles basicos (A, B y C) mas uno de los tres repetido (de modo que un tercio de los proveedores recibio el A repetido, un tercio el B y un tercio el C)

Para la mañana de observacion de casos simulados, el observador recibia listas de chequeo del caso de interes (que era solo uno de los dos casos simulados) Durante la mañana de observacion de casos reales, el observador recibia guias del observador

Por ejemplo una proveedora hipotetica para la que se repite el caso A recibiria

(Dia 1) Visita de 2 clientas simuladas (digamos, representando los perfiles A y B, que llenan cada una sus listas de chequeo) y un observador al que se entrega varias copias de la lista de chequeo A
Ese dia se acabara, como validas, con dos listas de chequeo de Clientas simuladas (A y B) y una lista de chequeo de observador (correspondiente al caso A) Aunque el B fue tambien "observado", se le observo con una lista inadecuada, por lo que dicha ficha es tratada de manera referencial

(Dia 2) Visita del observador con varias copias de la Guia del Observador, para observar casos reales (se usara todos los que sean necesarios)

(Dia 3) Visita de dos clientas simuladas (C y el repetido, en este caso A), las cuales llenan sus respectivas listas de chequeo No hay observador

Asi, dicho proveedor recibiria las siguientes visitas

| | Caso A | Caso B | Caso C | Caso real |
|---|---|---|---|---|
| C Simulado | X | X | X | |
| C Simulado repetido | X | | | |
| Observador | X | | | X,X,X X |

*Analisis*

Se agrupo las preguntas de cada lista de chequeo de acuerdo a aspectos, y se considero los promedios de proporciones de respuestas afirmativas por cada aspecto Se presento los datos por separado segun informante Luego, para explorar posibles diferencias por UTES, se realizo la comparacion para el perfil A

Luego, para considerar un indicador resumen unico por cada lista de chequeo, se transformo todas las variables de modo que las respuestas afirmativas recibieran un puntaje de 1, las negativas un puntaje de 0, y los valores faltantes *(missing values)* el valor promedio de los datos validos Luego, se sumo todas las variables del perfil Las preguntas realizadas en sentido negativo (por ejemplo, "¿sintio que molestaba?" o "sintio que la presionaba?") fueron invertidas (i e preguntas 2 y 31-34 en el perfil A, 2 y 39-44 en el perfil B, y 2 y 37-42 en el C) Las preguntas sobre si se pago o no la consulta o los metodos, asi como sobre la cantidad de

condones/tabletas recibidos, o la cantidad pagada, no fueron consideradas (i e preguntas 64 y 65 del perfil A, 74-76 del perfil B y 69, 71 72 y 73 del perfil C) Se realizo una comparacion por profesion del proveedor y por UTES, para cada perfil

Finalmente, en cuanto a la observacion de casos reales, se selecciono los casos que acudian para obtener metodos (usualmente primeras visitas) y se realizo el analisis de frecuencias de la informacion brindada y procedimientos realizados por el proveedor segun el metodo de interes de la clienta Luego, se incluyo casos de problemas con el metodo y cambio de metodo (para incrementar el tamaño muestral) y se comparo por UTES Finalmente, se realizo un analisis descriptivo de la informacion sobre conducta de la clienta y sobre trato ofrecido por el proveedor

## RESULTADOS

### Total de Registros

Se realizo un total de 100 111 116 y 82 observaciones de la atencion de perfiles simulados A B y C y de casos reales respectivamente Casi las dos terceras partes de cada tipo de observacion correspondieron a la UTES La Caleta con 23 establecimientos contra los 16 de la UTES Eliseo Guzman Barron (EGV) Adicionalmente dos de los establecimientos de esta ultima los Puestos de Salud Lampani y Chimus estuvieron cerrados por viaje de los encargados

### Proveedores observados

Se observo a un total de 52 proveedores con por lo menos una atencion Sin embargo un proveedor por cada uno de los establecimientos activos (es decir 37 en total) tuvieron registros completos atencion de cuatro perfiles simulados asi como de los casos reales que pudieron llegar durante una mañana de observacion

De acuerdo al cuadro 1 la mayor parte de los registros de observacion de la atencion tanto de perfiles simulados como de casos reales correspondieron a proveedores obstetrices mientras en segundo lugar se ubicaron las enfermeras y en tercer lugar los medicos De manera mas especifica la UTES E G B tuvo mas proveedores no obstetrices observados que la UTES La Caleta

**Cuadro 1** **Distribucion de registros por UTES y tipo de caso (simulado A, simulado B, simulado C, y real), segun profesion del proveedor observado**

| | UTES La Caleta | | | | UTES E G B | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profesion del proveedor | A | B | C | Real | A | B | C | Real |
| Medico general | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 8 | 0 |
| % | 1 6 | 1 5 | 2 7 | 6 0 | 2 5 | 2 3 | 17 9 | 0 0 |
| Médico especialista | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| % | 1 6 | 0 0 | 1 4 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| Obstetriz | 49 | 60 | 69 | 42 | 34 | 32 | 24 | 32 |
| % | 80 3 | 89 6 | 93 2 | 84 0 | 85 0 | 72 7 | 57 1 | 84 2 |
| Enfermera | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 6 | 5 | 0 |
| % | 6 6 | 1 5 | 1 4 | 4 0 | 2 5 | 13 6 | 11 9 | 0 0 |
| Tecnico sanitario | 3 | 5 | 1 | 0 | 3 | 5 | 5 | 0 |
| % | 4 9 | 7 5 | 1 4 | 0 0 | 7 5 | 11 4 | 11 9 | 0 0 |
| Médico y obstetriz | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| % | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 2 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| Obstetriz y otro | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| % | 4 9 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| TOTAL | 61 | 67 | 74 | 50 | 39 | 44 | 42 | 32 |
| % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Agentes informantes sobre la atencion de perfiles simulados**

Mientras que por el diseño del estudio todas las observaciones de atencion de casos reales fueron hechas por observadores las de perfiles simulados fueron realizadas por tres tipos de agentes informantes clientas simuladas no observadas clientas simuladas observadas y observadores En el cuadro 2 se presenta la distribucion de informantes

(Notese que el numero de registros por clientas simuladas observadas es mayor al de registros por observadores puesto que en aproximadamente la mitad de casos los observadores no tenian la lista de chequeo adecuada al perfil simulado especifico se recordara que por cuanto los observadores no conocian de la existencia de clientas simuladas solo podian recibir una instruccion general acerca del uso de una lista de chequeo para todos los pacientes que acudieran durante su primera mañana de observacion pese a que durante dicha mañana asistirian a consulta dos clientas simuladas con perfiles distintos)

**Cuadro 2 Distribucion de registros segun informantes, por UTES y perfil simulado**

| Fuente de informacion | UTES La Caleta | | | UTES E G B | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A | B | C | A | B | C |
| Clientas simuladas no observadas | 20 | 17 | 19 | 10 | 8 | 10 |
| Clientas simuladas observadas | 11 | 15 | 15 | 8 | 9 | 10 |
| Observadores | 7 | 6 | 8 | 3 | 5 | 5 |
| **TOTAL** | **38** | **38** | **42** | **21** | **22** | **25** |

## Observacion a la atencion de las clientas simuladas

**Proporciones de respuestas afirmativas en las listas de chequeo del Perfil A**

Como se desprende de la descripcion del perfil A, esta "clienta" es una mujer joven que se automedica con un AOC de farmacia (de 21 pastillas) y acude al centro porque quiere cambiarse a los proporcionados por el MINSA Tiene algunas dificultades con la pareja por el uso de píldoras pero esta decidida a usarlas La labor principal del proveedor consistiria, teoricamente, en asegurarse de que su opcion se haya dado en el contexto de un conocimiento adecuado de las alternativas asi como en realizar un tamizaje de contraindicaciones, brindar instrucciones sobre uso efectos secundarios y signos de peligro fuera de entregar el metodo y de los aspectos de salud reproductiva (compromiso de pareja chequeo de ETS/SIDA y Papanicolaou) y seguimiento

Las preguntas de la lista de chequeo del perfil A fueron clasificadas como referentes a los siguientes aspectos Trato conocimiento basico de la usuaria, eleccion del metodo, contraindicaciones de la píldora instrucciones de uso informacion sobre efectos secundarios informacion sobre signos de peligro, compromiso de pareja Papanicolaou, ETS/SIDA, y seguimiento

Para cada pregunta se ha considerado la proporcion de respuestas afirmativas de acuerdo al informante (i e clienta simulada no observada, clienta simulada observada y observador) y finalmente se ha considerado el promedio de proporciones para todas las preguntas de dicho aspecto siempre segun informante

Como se observa en el Cuadro 3 A 1 el trato parece haber sido considerado en general bueno Notese que para la segunda pregunta la proporcion promediada es la complementaria a la expresada En cuanto a la realizacion de preguntas para obtener un conocimiento basico de la usuaria los niveles observados son bastante buenos (alrededor de 90%) y uniformes entre informantes

En lo referente a la eleccion del metodo fue infrecuente la indagacion acerca de si la paciente en cuestion conocia otros metodos No obstante las presiones fueron muy infrecuentes particularmente frente a AQV La entrega de pildoras fue menos frecuente que lo esperable particularmente en lo referente a mas de un paquete

**Cuadro 3 A 1 Perfil A Trato, conocimiento basico de la usuaria, eleccion del metodo**

| | CI Simulada no observada (N = 31) | CI Simulada observada (N=19) | Observadora (N=10) |
|---|---|---|---|
| ***Trato** | | | |
| ¿La recibio el proveedor amablemente? | 93 5 | 100 0 | 100 0 |
| ¿Le hizo sentir que usted molestaba o interrumpia?(INV) | 3 2 | 5 3 | 10 0 |
| ¿Sintio que se interesaba en la salud o bienestar de usted? | 77 4 | 84 2 | 100 0 |
| **PROMEDIO** | **89 2** | **93 0** | **96 7** |
| ***Conocimiento basico de la usuaria** | | | |
| ¿Le pregunto si estaba usando algun metodo anticonceptivo? | 90 3 | 73 7 | 100 0 |
| ¿Le pregunto cuando fue su ultima menstruacion? | 96 8 | 94 7 | 100 0 |
| ¿Le pregunto su edad? | 90 3 | 78 9 | 70 0 |
| **PROMEDIO** | **92 5** | **87 7** | **90 0** |
| ***Eleccion del metodo** | | | |
| *Conocimiento general de anticonceptivos* | | | |
| ¿Le pregunto como se sentia con el metodo o si sentía molestias? | 48 4 | 52 6 | 66 7 |
| ¿Le preguntó como comenzo a usar la pildora? | 35 5 | 15 8 | 70 0 |
| ¿Le pregunto si quería tener hijos en el futuro? | 16 1 | 0 0 | 20 0 |
| ¿Le pregunto si sabia lo que era el DIU? | 19 4 | 21 1 | 20 0 |
| ¿Le pregunto si sabía lo que eran los inyectables? | 12 9 | 5 3 | 30 0 |
| ¿Le pregunto si sabia lo que era el condon? | 12 9 | 15 8 | 30 0 |
| **PROMEDIO** | **24 2** | **18 4** | **39 4** |
| *Recomendaciones/presiones* | | | |
| ¿Le recomendo que usara el DIU? | 6 5 | 0 0 | 10 0 |
| ¿Le recomendo que usara inyectables? | 6 5 | 0 0 | 10 0 |
| ¿Le recomendo que se esterilizara? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Sintio que la presionaba para que usara alguno de estos metodos? | 3 2 | 0 0 | 10 0 |
| **PROMEDIO** | **4 1** | **0 0** | **7 5** |
| *Entrega del pildoras* | | | |
| ¿Le entrego pildoras? | 64 5 | 68 4 | 80 0 |
| ¿Recibio mas de un paquete? | 22 6 | 31 6 | 22 2 |



44

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROMEDIO** | **43 6** | **50 0** | **51 1** |

**Cuadro 3 A 2 Perfil A Contraindicaciones de la pildora, instrucciones de uso**

| | CI Simulada no observada (N = 31) | CI Simulada observada (N=19) | Observadora (N=10) |
|---|---|---|---|
| ***Contraindicaciones de la pildora** | | | |
| ¿Le pregunto si estaba enferma del corazon (ataques punzadas dolor en el pecho)? | 22 6 | 26 3 | 40 0 |
| ¿Le pregunto si tenia antecedentes de derrame cerebral o paralisis? | 0 0 | 0 0 | 20 0 |
| ¿Le pregunto si tenia antecedentes de tromboembolia en pierna (venas abultadas e inflamadas) o pulmon (falta de respiracion)? | 16 1 | 26 3 | 40 0 |
| ¿Le pregunto si tenia bultos en los pechos o si alguna vez usted o el medico habian pensado que tenia cancer de pecho? | 3 2 | 21 1 | 30 0 |
| ¿Le pregunto si tenia enfermedad al higado (hepatitis cirrosis tumor etc )? | 22 6 | 31 6 | 40 0 |
| ¿Le pregunto si se puso amarilla durante el embarazo? | 3 2 | 0 0 | 30 0 |
| ¿Le pregunto si habia tenido alguna otra enfermedad importante? | 25 8 | 15 8 | 10 0 |
| ¿Le pregunto si estaba dando de lactar? | 0 0 | 0 0 | 50 0 |
| ¿Le pregunto si fumaba? | 3 2 | 0 0 | 10 0 |
| ¿Le pregunto si sufria de diabetes? | 12 9 | 15 8 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si tenia presion alta? | 9 7 | 15 8 | 20 0 |
| ¿Le pregunto si antes de iniciarse con la pildora tenia sangrados vaginales o sangrado despues de la relacion sexual? | 3 2 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si estaba en tratamiento por tuberculosis? | 6 5 | 5 3 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si estaba en tratamiento por epilepsia (convulsiones ataques)? | 9 7 | 5 3 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **9 9** | **11 7** | **20 7** |
| ***Instrucciones de uso** | | | |
| ¿Le pregunto que tipo de pildora usaba la de 21 dias o la de 28 dias? | 83 9 | 57 9 | 70 0 |
| ¿Le pregunto si todavia le quedaban pildoras? | 61 3 | 47 4 | 60 0 |
| ¿Le dijo que le iba a dar unas pildoras de 28 dias? | 80 6 | 73 7 | 60 0 |
| ¿ que descansara siete dias al terminar las actuales? | 29 0 | 10 5 | 40 0 |
| ¿ que tomara una diaria, en las noches? | 48 4 | 57 9 | 90 0 |
| ¿ que debia seguir la direccion de las flechas? | 54 8 | 78 9 | 80 0 |
| ¿ que despues de las blancas tomaria las marrones? | 48 4 | 68 4 | 70 0 |
| ¿ que al acabar un paquete debia comenzar otro? | 41 9 | 57 9 | 60 0 |
| ¿ que hacer si olvidaba tomar una blanca un dia? | 32 3 | 57 9 | 90 0 |
| ¿ que hacer si olvidaba tomar una blanca dos o mas dias? | 22 6 | 36 8 | 80 0 |
| ¿ si se olvidaba de tomar una o mas pildoras marrones? | 0 0 | 10 5 | 0 0 |
| ¿Le dijo que si no sigue las instrucciones puede quedar embarazada? | 19 4 | 15 8 | 20 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Se aseguro de que usted entendia todas las instrucciones? | 41 4 | 52 6 | 60 0 |
| **PROMEDIO** | **43 4** | **48 2** | **60 0** |

En el Cuadro 3 A 2 observamos que el chequeo de contraindicaciones de la píldora se realiza de manera muy superficial Las instrucciones de uso se dan de modo mas adecuado aunque siempre insuficiente Notese que algunas preguntas clave tienen mejor proporcion de respuestas correctas que otras de menor importancia Notese tambien que las observadoras tienden a reportar proporciones mayores

En el Cuadro 3 A 3 se muestra las proporciones para informacion sobre efectos secundarios que resulta muy baja aunque apreciandose nuevamente proporciones crecientes de cliente simulada no observada a cliente observada y luego a observadora

**Cuadro 3 A 3 Perfil A Informacion sobre efectos secundarios, informacion sobre signos de peligro**

| | CI Simulada no observada (N = 31) | CI Simulada observada (N=19) | Observadora (N=10) |
|---|---|---|---|
| ***Informacion sobre efectos secundarios** | | | |
| ¿Le indico que hacer en caso de presentar vomitos o diarreas abundantes? | 0 0 | 0 0 | 10 0 |
| ¿Le dijo que Ud podria tener ligero sangrado fuera de la regla o falta de la regla? | 16 1 | 10 5 | 20 0 |
| ¿Le dijo que eso no significaba que estuviera enferma o embarazada? | 9 7 | 15 8 | 20 0 |
| ¿Le dijo que Ud podria sentir nauseas? | 3 2 | 31 6 | 10 0 |
| ¿Le dijo que podria sentir dolor de cabeza? | 19 4 | 31 6 | 30 0 |
| ¿Le dijo que podría presentar mareo? | 3 2 | 15 8 | 10 0 |
| ¿Le dijo que podria presentar depresion o nerviosismo? | 0 0 | 10 5 | 20 0 |
| ¿Le dijo que podría presentar aumento de peso? | 6 5 | 10 5 | 20 0 |
| ¿Le dijo que podría sentir pesadez o dolores en las mamas? | 3 2 | 5 3 | 20 0 |
| **PROMEDIO** | **7 2** | **14 6** | **17 8** |
| ***Informacion sobre signos de peligro** | | | |
| ¿Le informo sobre los siguientes signos de peligro dolor de barriga fuerte? | 3 2 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Dolor de pecho fuerte (con tos)? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Dolor de cabeza fuerte (con mareo)? | 3 2 | 5 3 | 0 0 |
| ¿Perdida de la vision o vision borrosa? | 0 0 | 5 3 | 0 0 |
| ¿Dificultad para articular las palabras? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Dolor fuerte de pantorrilla? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le dijo que en caso de presentar un síntoma de peligro debería acudir de inmediato a un centro de salud u hospital? | 3 2 | 5 3 | 20 0 |
| **PROMEDIO** | **1 4** | **2 3** | **2 9** |

Finalmente el cuadro 3 A 4 muestra que el compromiso de la pareja se aborda muy infrecuentemente Igualmente las preguntas sobre ETS/SIDA son muy raras La indagacion acerca del Papanicolaou en cambio es mucho mas comun El seguimiento se planifica y se asegura tambien de manera mas consistente



47

**Cuadro 3 A 4 Perfil A Compromiso de pareja, Papanicolaou, ETS/SIDA, seguimiento**

| | CI Simulada no observada (N = 31) | CI Simulada observada (N=19) | Observadora (N=10) |
|---|---|---|---|
| ***Compromiso de pareja** | | | |
| ¿Le pregunto si actualmente tenia una pareja sexual estable? | 22 6 | 0 0 | 40 0 |
| ¿Le pregunto si tenia algun problema con su pareja por su uso de anticonceptivos? | 12 9 | 0 0 | 20 0 |
| ¿Le ofrecio en algun momento conversar con su pareja para ayudarla a discutir con el acerca del uso de la pildora? | 19 4 | 5 6 | 10 0 |
| **PROMEDIO** | **18 3** | **1 9** | **23 3** |
| ***Papanicolaou** | | | |
| ¿Le pregunto si se habia hecho alguna vez un examen de Papanicolaou? | 74 2 | 84 2 | 90 0 |
| ¿Le pregunto si sabía el resultado de dicho examen? | 64 5 | 84 2 | 80 0 |
| ¿Le recomendo hacerselo (o seguir haciendoselo)? | 71 0 | 73 7 | 50 0 |
| ¿Le recomendó un examen medico anual? | 3 2 | 0 0 | 20 0 |
| **PROMEDIO** | **53 2** | **60 5** | **60 0** |
| ***ETS/SIDA** | | | |
| ¿Le pregunto si habia sufrido alguna vez algun contagio sexual (enfermedad venerea)? | 6 5 | 5 3 | 10 0 |
| ¿Le preguntó si sabia con certeza si su pareja no estaba teniendo relaciones con otras personas? | 3 2 | 0 0 | 10 0 |
| ¿Le dió informacion verbal sobre enfermedades venereas y SIDA? | 6 5 | 5 3 | 10 0 |
| ¿Le dió algun folleto sobre enfermedades venereas y SIDA? | 6 5 | 5 3 | 10 0 |
| **PROMEDIO** | **5 7** | **4 0** | **10 0** |
| *** Seguimiento** | | | |
| ¿Programo una nueva visita? | 64 5 | 84 2 | 88 9 |
| ¿Le dijo que podria regresar en cualquier momento a consultar con el/ella? | 51 6 | 68 4 | 80 0 |
| ¿Le hizo sentir que en cualquier momento seria bien acogida? | 71 0 | 73 7 | 100 0 |
| ¿Le hizo sentir que recibiria una ayuda efectiva? | 77 4 | 73 7 | 80 0 |
| **PROMEDIO** | **66 1** | **75 0** | **87 2** |

**Proporciones de respuestas afirmativas en las listas de chequeo del Perfil B**

El perfil B correspondia a una mujer de aproximadamente 28 años de edad con dos hijos (al ultimo de los cuales estaba lactando) que tenia una pareja problematica (alcoholico violento y con otras parejas sexuales e incluso con un antecedente de ETS que transmitio a la mujer) La clienta no desea emplear pildoras y la pareja no esta dispuesta a usar condones (aunque los ha usado en el pasado) Este perfil pone a prueba la habilidad del proveedor para indagar acerca del compromiso de la pareja y acerca de ETS/SIDA Si ello ocurre, se manifestara la complejidad del perfil y teoricamente el proveedor se vera en la disyuntiva de no poder ofrecer un metodo perfecto pues el inyectable (el unico metodo aparente desde el punto de vista anticonceptivo pues la paciente prefiere no usar la pildora y los DIU estarian contraindicados) no la protege contra las ETS y el marido no esta muy dispuesto a emplear condones En teoria debe optar por inyectables y ofrecer sus buenos oficios para sensibilizar a la pareja para el uso de condones de modo concomitante

**Cuadro 3 B 1 Perfil B Trato y conocimiento basico de la clienta**

| | CI Simulada no observada (N = 25) | CI Simulada observada (N = 24) | Observadora (N = 11) |
|---|---|---|---|
| ***Trato** | | | |
| ¿La recibio el proveedor amablemente? | 92 0 | 100 0 | 100 0 |
| ¿Le hizo sentir que usted molestaba o interrumpia? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Sintio que se interesaba en la salud o bienestar de Ud ? | 84 0 | 95 8 | 100 0 |
| **PROMEDIO** | **92 0** | **98 6** | **100 0** |
| ***Conocimiento basico de la clienta** | | | |
| ¿Le pregunto si estaba usando algun metodo anticonceptivo? | 88 0 | 87 5 | 72 7 |
| ¿Le pregunto si estaba dando de lactar? | 16 0 | 29 2 | 27 3 |
| ¿Le pregunto cuantos meses tenia el hijo al que lactaba? | 28 0 | 20 8 | 36 4 |
| ¿Le pregunto si ya le habia regresado la regla? | 44 0 | 41 7 | 54 5 |
| ¿Le pregunto cuando habia sido su ultima regla? | 100 0 | 95 8 | 100 0 |
| ¿Le pregunto si queria tener hijos en el futuro? | 16 0 | 58 3 | 27 3 |
| ¿Le pregunto si habia tenido problemas en alguno de sus embarazos? | 48 0 | 33 3 | 18 2 |
| **PROMEDIO** | **48 6** | **52 4** | **48 1** |

Como se observa en el cuadro 3 B 1 el trato es considerado en general muy bueno por los tres tipos de informante En cuanto a las preguntas realizadas por los proveedores para lograr un conocimiento basico de la clienta se evidencia gran variabilidad entre la frecuencia de estas, que parte de una infrecuente indagacion acerca de lactancia actual o de planes para hijos futuros y llega hasta una casi universal interrogacion sobre la fecha de ultima regla El promedio esta en 50%

**Cuadro 3 B 2 Perfil B Entrega de informacion sobre metodos anticonceptivos especificos**

| | CI Simulada no observada (N = 25) | CI Simulada observada (N = 24) | Observadora (N = 11) |
|---|---|---|---|
| **Dio informacion sobre la pildora** | | | |
| ¿Le pregunto qué sabia de anticonceptivos? | 60 0 | 66 7 | 63 6 |
| ¿Le dijo que la pildora es efectiva sólo si se torna todos los dias? | 88 0 | 95 8 | 100 0 |
| ¿Le dijo que la pildora impide la ovulación y espesa el moco cervical? | 20 0 | 16 7 | 36 4 |
| ¿Que si usted usara la pildora continuaría menstruando? | 32 0 | 50 0 | 45 5 |
| ¿ que tendria que tomar una diaria a la misma hora por las noches? | 84 0 | 62 5 | 81 8 |
| ¿ que tendría que seguir la direccion de las flechas en las instrucciones? | 68 0 | 54 2 | 54 5 |
| PROMEDIO | **58 7** | **57 7** | **63 6** |
| **Dio informacion sobre el DIU** | | | |
| ¿Le dijo que el DIU le brinda protección hasta por 10 años? | 56 0 | 62 5 | 45 5 |
| ¿Le dijo que el DIU se coloca en el utero? | 72 0 | 91 7 | 90 9 |
| ¿Le dijo que la tenía que examinar para ver si el DIU le convenía? | 12 0 | 25 0 | 36 4 |
| ¿Le dijo que no interfería con la relación sexual? | 8 0 | 12 5 | 36 4 |
| ¿Le dijo que no interfería con la lactancia? | 0 0 | 0 0 | 9 1 |
| ¿Le dijo que la inserción del DIU se realiza en 15 minutos? | 4 0 | 4 2 | 9 1 |
| ¿Le dijo que se puede retirar el DIU en cualquier momento acudiendo a cualquier Centro de Salud? | 16 0 | 16 7 | 27 3 |
| PROMEDIO | **24 0** | **30 4** | **36 4** |
| **Dio informacion sobre inyectables** | | | |
| ¿Le dijo que el inyectable se administra cada tres meses? | 92 0 | 100 0 | 100 0 |
| ¿Que impide la ovulación y espesa el moco cervical? | 20 0 | 20 8 | 27 3 |
| ¿Que no interfiere con la lactancia materna? | 12 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Que puede ser usado a cualquier edad? | 0 0 | 12 5 | 9 1 |
| ¿Le dijo que el inyectable se aplica en la nalga? | 40 0 | 33 3 | 72 7 |
| ¿Le dijo que Ud puede tener hijos al descontinuar su uso? | 56 0 | 29 2 | 0 0 |
| PROMEDIO | **36 7** | **32 6** | **34 9** |
| ***Dio informacion sobre el condon** | | | |
| ¿Le dijo que el condón lo usa el hombre? | 92 0 | 70 8 | 72 7 |
| ¿Que actua como barrera? | 56 0 | 54 2 | 45 5 |
| ¿Que hay que usarlo en cada relación sexual? | 68 0 | 70 8 | 45 5 |
| ¿Que hay riesgo de embarazo si no se le usa apropiadamente? | 52 0 | 62 5 | 36 4 |
| PROMEDIO | **67 0** | **64 6** | **50 0** |
| **Dio informacion sobre AQV** | | | |
| Acerca de la esterilización ¿le explicó las razones por las cuales la mujer o el hombre podrían decidir operarse? | 48 0 | 54 2 | 63 6 |
| ¿Mencionó que es un método definitivo? | 56 0 | 62 5 | 63 6 |
| ¿Mencionó acerca de posibles complicaciones de la operación? | 0 0 | 4 2 | 0 0 |
| ¿Mencionó que no tiene consecuencias sobre la menstruación o la actividad sexual? | 16 0 | 8 3 | 27 3 |
| PROMEDIO | **30 0** | **32 3** | **38 6** |



50

El cuadro 3 B 2 muestra las proporciones de entrega de informacion relevante para cada metodo Existen datos consistentes entre observadores en el sentido de que se entrega mejor informacion sobre pildora y sobre condon mientras la informacion sobre DIU, inyectables y AQV es mas limitada

**Cuadro 3 B 3 Perfil B Eleccion del metodo, abordaje de ETS/SIDA y recomendaciones segun la historia**

| | CI Simulada no observada (N = 25) | CI Simulada observada (N = 24) | Observadora (N = 11) |
|---|---|---|---|
| ***Eleccion del metodo** | | | |
| *Pregunta por decision del cliente* | | | |
| ¿Le pregunto si se habia decidido ya por algun metodo? | **72 0** | **95 8** | **90 9** |
| *Recomendaciones iniciales* | | | |
| ¿Le recomendo algun metodo en especial | | | |
| La pildora? | 8 0 | 0 0 | 0 0 |
| el DIU? | 0 0 | 4 2 | 0 0 |
| los inyectables? | 8 0 | 8 3 | 18 2 |
| los condones? | 0 0 | 0 0 | 18 2 |
| la anticoncepcion quirurgica voluntaria (ligadura o vasectomia)? | 0 0 | 4 2 | 9 1 |
| ¿Sintio que la presionaba para que usara alguno de estos metodos? | 0 0 | 4 2 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **2 7** | **3 5** | **7 6** |
| ***Abordo el tema de ETS/SIDA** | | | |
| ¿Le pregunto si habia sufrido alguna vez algun contagio sexual (enfermedad venerea)? | 8 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le pregunto como se contagio? | 4 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si recibio tratamiento? | 8 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si sabia con certeza si su pareja no estaba teniendo relaciones con otras personas? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si usted tenia actualmente algun otro compañero sexual? | 4 0 | 0 0 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **4 8** | **0 0** | **0 0** |
| ***Recomendacion segun la historia** | | | |
| ¿Le dijo finalmente que de acuerdo a esto el DIU no le convenia? | 4 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le recomendo cuidarse solo con inyectables? | 8 0 | 0 0 | 9 1 |
| ¿Le recomendo cuidarse solo con condones? | 0 0 | 4 2 | 0 0 |
| ¿Le recomendo cuidarse con inyectables y condones? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| En cuanto a los inyectables ¿le ofrecio ponerle la inyeccion de inmediato? | 8 0 | 12 5 | 9 1 |
| Al no aceptar usted el inyectable (o si no se lo propuso siquiera), ¿le ofrecio entregarle | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| condones? | 52 0 | 62 5 | 27 3 |
| **PROMEDIO** | **12 0** | **13 2** | **7 6** |

El cuadro 3 B 3 muestra que mayormente se da una adecuada indagacion por la opcion de la paciente una vez complementada la informacion de la que dispone para decidir La frecuencia de sesgos y presiones es tambien baja y ello se evidencia tanto en la version de las clientas no observadas como en la de clientas observadas y observadores Este mismo cuadro muestra que la interrogacion sobre ETS/SIDA es muy pobre por lo cual la complejidad del caso mayormente no se evidencia en la interaccion Por consiguiente el caso se solia resolver cuando entre el inyectable y el DIU la cliente (o el proveedor) prefieren el primero Cuando ya escogido el inyectable la paciente declina la aplicacion en el momento las clientas simuladas (aunque no los observadores) reportan que se suelen dar codnones

**Cuadro 3 B 4 Perfil B Abordaje de informacion sobre Inyectables**

| | CI Simulada no observada (N = 25) | CI Simulada observada (N = 24) | Observadora (N = 11) |
|---|---|---|---|
| ***Contraindicaciones de inyectables** | | | |
| ¿Le pregunto si habia presentado sangrado vaginal inexplicable? | 8 0 | 8 3 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si tenía bultitos duros en los pechos? | 8 0 | 16 7 | 27 3 |
| **PROMEDIO** | **8 0** | **12 5** | **13 7** |
| ***Instrucciones de uso de inyectables** | | | |
| ¿Le dijo que para el inyectable la primera inyeccion debe ser aplicada durante los primeros 5 dias de la menstruacion? | 80 0 | 95 8 | 72 7 |
| ¿Que debe aplicarse la dosis subsiguiente a los 90 dias de la primera inyeccion? | 76 0 | 87 5 | 63 6 |
| ¿Que debe aplicarse este menstruando o no? | 16 0 | 12 5 | 45 5 |
| ¿ Que no debe demorar mas de dos semanas de la fecha indicada para la siguiente dosis? | 0 0 | 12 5 | 9 1 |
| **PROMEDIO** | **43 0** | **52 1** | **47 7** |
| *** Efectos secundarios de inyectables** | | | |
| ¿Le dijo que muchas mujeres que usan el metodo del inyectable presentan manchas de sangre en dias que no son de la regla? | 52 0 | 66 7 | 54 5 |
| ¿Le dijo que muchas mujeres que usan la inyeccion presentan suspension de la regla? | 72 0 | 79 2 | 63 6 |
| ¿Le dijo que las manchas de sangre y la ausencia de la regla no son señal de enfermedad ni de embarazo? | 40 0 | 54 2 | 27 3 |
| ¿Le dijo que puede demorar 6 a 12 meses para volver a embarazarse cuando deje de usar el inyectable? | 12 0 | 4 2 | 0 0 |
| ¿Que algunas usuarias del inyectable pueden presentar nauseas? | 16 0 | 20 8 | 9 1 |
| ¿Que algunas usuarias del inyectable experimentan ligero aumento de peso? | 16 0 | 16 7 | 9 1 |
| ¿Le dijo que podría regresar a consultar con ella si | | | |



52

| | | | |
|---|---|---|---|
| tuviera algun problema? | 12 0 | 37 5 | 63 6 |
| ¿Le dijo que en caso de no sentirse a gusto con el inyectable podria cambiarse a otro metodo? | 24 0 | 20 8 | 27 3 |
| **PROMEDIO** | **30 5** | **37 5** | **31 8** |

El Cuadro 3 B 4 muestra que la indagacion por contraindicaciones de los inyectables es rara Se brinda informacion de uso sobre inyectables solo medianamente mientras los items referidos a informacion brindada sobre efectos secundarios alcanzan una proporcion promedio de respuesta afirmativa de un tercio

**Cuadro 3 B 5 Perfil B Aspectos complementarios**

| | **CI Simulada no observada (N = 25)** | **CI Simulada observada (N = 24)** | **Observadora (N = 11)** |
|---|---|---|---|
| ***Informacion adicional/entrega de condon** | | | |
| ¿Se aseguro de que usted sabia como se usan correctamente? | 44 0 | 33 3 | 27 3 |
| ¿Le entrego condones? | 52 0 | 62 5 | 27 3 |
| **PROMEDIO** | **48 0** | **47 9** | **27 3** |
| ****Participacion de la pareja** | | | |
| ¿Le pregunto si tendria algun problema con su marido por el uso de anticonceptivos? | 24 0 | 20 8 | 9 1 |
| ¿Le ofrecio hablar con su marido para ayudarla a discutir con el sobre el uso de anticonc ? | 0 0 | 16 7 | 9 1 |
| **PROMEDIO** | **12 0** | **18 8** | **9 1** |
| **Papanicolaou** | | | |
| ¿Le pregunto si alguna vez se habia hecho Papanicolaou? | 68 0 | 79 2 | 72 7 |
| ¿Se lo recomendo? | 60 0 | 79 2 | 72 7 |
| ¿Le recomendo un examen medico anual? | 16 0 | 16 7 | 45 5 |
| **PROMEDIO** | **48 0** | **58 4** | **63 6** |
| ***Seguimiento** | | | |
| ¿Le hizo sentir que en cualquier momento seria bien recibida? | 96 0 | 87 5 | 100 0 |
| ¿Le hizo sentir que recibiria una ayuda efectiva? | 80 0 | 83 3 | 90 9 |
| ¿Programo la siguiente visita? | 52 0 | 66 7 | 81 8 |
| **PROMEDIO** | **76 0** | **79 2** | **90 9** |

Finalmente, el cuadro 3 B 5 muestra que solo en proporcion media los proveedores se aseguraron de que las clientas conocian acerca del uso adecuado del condon y les entregaron condones al no aplicarseles el inyectable Nuevamente, el abordaje del rol de la pareja es muy pobre, no asi el de los aspectos vinculados al Papanicolaou La resolucion de la consulta en terminos de asegurarse el

seguimiento adecuado fue relativamente satisfactoria



54

**Proporciones de respuestas afirmativas en las listas de chequeo del Perfil C**

El perfil C presentaba a una mujer de aproximadamente 30 años usuaria actual de píldora aunque con problemas de cefalea severa aparentamente vinculados al uso de esta Acudía por alternativas anticonceptivas y se mostraba interesada por el DIU aunque no aceptaba que se lo colocaran de inmediato Si el proveedor no le planteaba el uso de condones hasta que se le instale el DIU ella lo hacía No tenía antecedentes de ETS ni de problemas obstétricos

El cuadro 3 C 1 muestra que el trato a las clientas fue en general bueno aunque con una tendencia menos clara que en los casos anteriores Las preguntas de conocimiento básico de la usuaria fueron también menos completa aunque mantuvieron un nivel aceptable La exploración del motivo de las molestias fue relativamente satisfactoria

**Cuadro 3 C 1** **Perfil C Trato, conocimiento básico de la usuaria y exploración de posible motivo de molestia**

| | CI Simulada no observada (N = 29) | CI Simulada observada (N = 25) | Observadora (N=13) |
|---|---|---|---|
| ***Trato a la cliente** | | | |
| ¿Le recibió el proveedor amablemente? | 100 0 | 100 0 | 100 0 |
| ¿Le hizo sentir que Ud molestaba o interrumpía? | 6 9 | 12 0 | 0 0 |
| ¿Sintió que se interesaba en la salud o bienestar de Ud ? | 79 3 | 68 0 | 100 0 |
| **PROMEDIO** | **90 8** | **85 5** | **100 0** |
| ***Conocimiento básico de la usuaria** | | | |
| ¿Le preguntó si estaba dando de lactar a algún hijo? | 6 9 | 4 0 | 30 8 |
| ¿Le preguntó si quería tener hijos en el futuro? | 58 6 | 40 0 | 38 5 |
| ¿Le preguntó que si estaba usando algún método? | 89 7 | 92 0 | 100 0 |
| ¿Le preguntó su edad? | 96 6 | 96 0 | 76 9 |
| ¿Le preguntó cuántos hijos había tenido? | 72 4 | 76 0 | 61 5 |
| ¿Le preguntó si había tenido problemas con sus embarazos previos? | 31 0 | 36 0 | 38 5 |
| **PROMEDIO** | **59 2** | **57 3** | **57 7** |
| ***Exploró posible motivo de molestia** | | | |
| ¿Le preguntó cuánto hacía que usaba la píldora? | 89 7 | 92 0 | 84 6 |
| ¿Le dijo que el dolor de cabeza puede ser efecto de la píldora? | 82 8 | 72 0 | 69 2 |
| ¿Le dijo que era posible que el dolor de cabeza desaparezca en algunas semanas? | 69 0 | 68 0 | 38 5 |
| **PROMEDIO** | **80 5** | **77 3** | **64 1** |

**Cuadro 3 C 2** **Perfil C Eleccion del metodo, participacion de la pareja**

| | CI Simulada no observada (N = 29) | CI Simulada observada (N = 25) | Observadora (N=13) |
|---|---|---|---|
| ***Eleccion del metodo** | | | |
| *Cambio de metodo* | | | |
| ¿Le pregunto si quería seguir tomando la píldora o preferia cambiar de metodo? | **58 6** | **68 0** | **76 9** |
| *Eleccion de nuevo metodo* | | | |
| ¿Le pregunto si se habia decidido ya por algun metodo? | 34 5 | 56 0 | 53 8 |
| ¿Le pregunto que metodo preferia? | 31 0 | 72 0 | 76 9 |
| **PROMEDIO** | **32 8** | **64 0** | **65 4** |
| *Recomendaciones especiales* | | | |
| ¿Le recomendo algun metodo en especial | | | |
| La píldora? | 0 0 | 8 0 | 15 4 |
| el DIU? | 10 3 | 32 0 | 15 4 |
| los inyectables? | 17 2 | 16 0 | 23 1 |
| los condones? | 6 9 | 4 0 | 7 7 |
| la esterilizacion (ligadura o vasectomía)? | 10 3 | 8 0 | 23 1 |
| ¿Sintio que la presionaba para que usara alguno de estos metodos? | 13 8 | 8 0 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **9 8** | **12 7** | **14 1** |
| ***Participacion de pareja** | | | |
| ¿Le preguntó si actualmente tenia una pareja sexual estable? | 0 0 | 8 0 | 38 5 |
| ¿Le pregunto por la opinion de su marido acerca de la anticoncepcion? | 3 4 | 12 0 | 23 1 |
| ¿Le ofrecio hablar con su marido para ayudarla a discutir con el sobre el uso de anticonceptivos? | 13 8 | 16 0 | 7 7 |
| **PROMEDIO** | **5 7** | **12 0** | **23 1** |

Acerca de la eleccion del metodo segun el Cuadro 3 C 2 entre un 60 y un 75% preguntaron si la cliente quería cambiar de método y una proporcion menor (sobre todo en las consultas a clientas simuladas no observadas) pregunto por el método elegido Las presiones frente a este perfil sobre todo para la AQV fueron mas frecuentes que en los otros casos probablemente en razón de su mayor edad y mayor numero de hijos

Por otro lado la participacion de la pareja es abordada con superficialidad e infrecuencia similares a las de casos anteriores

| Cuadro 3 C 3 Perfil C Informacion sobre metodos especificos | CI Simulada no observada (N = 29) | CI Simulada observada (N = 25) | Observadora (N=13) |
|---|---|---|---|
| ***Informacion sobre condon** | | | |
| ¿Le dijo que el condon lo usa el hombre? | 86 2 | 84 0 | 61 5 |
| ¿Que actua como barrera? | 31 0 | 48 0 | 30 8 |
| ¿Que hay que usarlo en cada relacion sexual? | 62 1 | 80 0 | 46 2 |
| ¿Que hay riesgo de embarazo si no se le usa apropiadamente? | 27 6 | 24 0 | 30 8 |
| **PROMEDIO** | **51 1** | **59 0** | **42 3** |
| ***Informacion sobre tabletas vaginales** | | | |
| ¿Le dijo que la tableta vaginal se introduce en la vagina? | 48 3 | 80 0 | 53 8 |
| ¿Que actua como barrera? | 31 0 | 48 0 | 38 5 |
| ¿Que hay que usar una en cada relacion? | 41 4 | 80 0 | 46 2 |
| ¿Que hay riesgo de embarazo si no se le usa apropiadamente? | 13 8 | 32 0 | 23 1 |
| **PROMEDIO** | **33 6** | **60 0** | **40 4** |
| ***Informacion sobre DIU** | | | |
| ¿Le dijo que el DIU es un aparatito que se coloca en el utero? | 86 2 | 80 0 | 76 9 |
| ¿Le dijo que se aplica a personas que ya tuvieron hijos? | 24 1 | 32 0 | 7 7 |
| ¿Le dijo que se pone en los dias en que la mujer esta menstruando? | 96 6 | 92 0 | 61 5 |
| **PROMEDIO** | **69 0** | **68 0** | **48 7** |
| ***Informacion sobre inyectable** | | | |
| ¿Le dijo que el inyectable da una proteccion de 3 meses? | 82 8 | 92 0 | 92 3 |
| ¿Le dijo que el inyectable se aplica en la nalga? | 37 9 | 52 0 | 46 2 |
| ¿Le dijo que hay que regresar cada 3 meses para aplicarselo? | 62 1 | 76 0 | 69 6 |
| ¿Le dijo que el inyectable era un metodo hormonal? | 65 5 | 60 0 | 53 8 |
| **PROMEDIO** | **62 1** | **70 0** | **65 5** |
| ***Informacion sobre AQV** | | | |
| Acerca de la esterilizacion ¿le explico las razones por las cuales la mujer o el hombre podrian decidir operarse? | 44 8 | 52 0 | 46 2 |
| ¿Menciono que es una operacion no reversible? | 62 1 | 60 0 | 46 2 |
| ¿Menciono acerca de posibles complicaciones de la operacion? | 6 9 | 12 0 | 23 1 |
| ¿Menciono que no tiene consecuencias sobre la menstruacion o la actividad sexual? | 17 2 | 28 0 | 30 8 |
| PROMEDIO | 32 8 | 38 0 | 36 6 |

El cuadro 3 C 3 muestra las proporciones de consultas en las que se brindó informacion adecuada sobre cada metodo especifico segun informante En general la informacion brindada es medianamente aceptable para todos los metodos excepto para AQV respecto del cual es deficiente

**Cuadro 3 C 4 Perfil C Instrucciones para el uso de DIU**

| | CI Simulada no observada (N = 29) | CI Simulada observada (N = 25) | Observadora (N=13) |
|---|---|---|---|
| ***Instrucciones para uso de DIU** | | | |
| ¿Le dijo que el DIU le brinda proteccion hasta por 10 años? | 72 4 | 76 0 | 61 5 |
| ¿Para colocarle el DIU le dijo que antes la tenia que examinar para ver si le convenia? | 69 0 | 40 0 | 38 5 |
| ¿Le dijo que no interferia con la relacion sexual? | 13 8 | 24 0 | 23 1 |
| ¿Le dijo que no interferia con la lactancia? | 0 0 | 4 0 | 0 0 |
| ¿Le dijo que al ponerselo quedaban unos hilos muy finos para señalar que el DIU estaba en su sitio? | 55 2 | 56 0 | 30 8 |
| ¿Le dijo que luego de ponerselo solo tendría que venir a un control despues de un mes y medio? | 37 9 | 40 0 | 23 1 |
| ¿Le dijo que despues podría quedar tranquila a menos que ocurrieran algunos problemas (por ejemplo sintomas de embarazo dolor fuerte hilos ausentes etc )? | 17 2 | 12 0 | 7 7 |
| ¿Le dijo que la insercion del DIU se realiza en 15 minutos? | 20 0 | 16 0 | 23 1 |
| ¿Le dijo que se puede retirar el DIU en cualquier momento acudiendo a cualquier Centro de Salud? | 41 4 | 36 0 | 15 4 |
| **PROMEDIO** | **36 3** | **33 8** | **24 8** |
| ***Ofrecimiento de metodo provisional** | | | |
| Al manifestarle usted su interes en consultar con su esposo para la colocacion final del DIU, ¿le ofrecio condones hasta que regresara? | 31 0 | 28 0 | 23 1 |
| Al manifestarle usted su interés en consultar con su esposo para la colocacion final del DIU, ¿le ofrecio tabletas vaginales hasta que regresara? | 17 2 | 16 0 | 7 7 |
| ¿Le preguntó si quería llevar condones o tabletas? | 24 1 | 20 0 | 30 8 |
| ¿Le entrego condones? | 41 4 | 44 0 | 23 1 |
| ¿Le entrego tabletas? | 10 3 | 20 0 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **24 8** | **25 6** | **58 5** |

Segun el cuadro 3 C 4 las instrucciones para el uso del DIU fueron relativamente insuficientes aunque hubo heterogeneidad en el grado en que distintas preguntas fueron respondidas La informacion mas frecuentemente entregada fue la de que el DIU brinda proteccion hasta por 10 años Se menciono menos que un examen ginecologico era necesario antes de decidir la instalacion del DIU y muy pocos dijeron que no interferia con la lactancia

Frente a la negativa programada de las pacientes a la instalacion del DIU durante sus visitas aproximadamente una cuarta parte de los proveedores ofrecieron y/o entregaron condones lo que resulta insuficiente

**Cuadro 3 C 5 Perfil C Informacion adicional sobre metodo provisional, Papanicolaou**

| | CI Simulada no observada (N = 29) | CI Simulada observada (N = 25) | Observadora (N=13) |
|---|---|---|---|
| *** Informacion adicional sobre el metodo provisional recomendado** | | | |
| *Condon* | | | |
| ¿Le dijo que el condon se coloca cuando el pene esta duro? | 55 2 | 60 0 | 30 8 |
| ¿Le dijo que no debe haber contacto entre el pene y la vagina antes de colocarse el condon? | 41 4 | 48 0 | 18 4 |
| ¿Le explico que hay que desenrrollarlo con cuidado hasta cubrir todo el pene? | 48 3 | 52 0 | 23 1 |
| ¿Le dijo que el condon se retira despues de la eyaculacion cuando el pene aun esta duro? | 44 8 | 48 0 | 7 7 |
| ¿Le dijo que algunas veces el condon puede producir ardor irritacion o picazon? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **37 9** | **31 3** | **16 0** |
| *Tableta vaginal* | | | |
| ¿Le dijo que debe humedecer la tableta vaginal con agua o saliva antes de colocarsela? | 17 2 | 36 0 | 15 4 |
| ¿Le dijo que para colocarse la tableta la mujer debe estar acostada con las piernas dobladas o separadas? | 31 0 | 36 0 | 15 4 |
| ¿Le dijo que debe introducir la tableta en la vagina (lo mas adentro posible), y NO levantarse? | 27 6 | 52 0 | 23 1 |
| ¿Le dijo que debe dejar pasar 10 minutos antes de tener la relacion sexual? | 34 5 | 68 0 | 23 1 |
| ¿Le dijo que si se ha colocado la tableta vaginal y no tiene relacion sexual en una hora entonces debe colocarse otra tableta vaginal si quiere tener una relacion sexual? | 13 8 | 44 0 | 15 4 |
| ¿Le dijo que algunas veces la tableta vaginal puede producir ardor irritacion o picazon? | 3 4 | 0 0 | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **21 3** | **39 3** | **15 4** |

Segun el cuadro 3 C 5 la entrega de informacion complementaria sobre los metodos provisionales posibles fue baja para los condones (una tercera parte de los casos) y aun mas baja para las tabletas vaginales

Cuadro 3 C 6 Perfil C Participacion de la pareja, ETS/SIDA y Seguimiento

| | CI Simulada no observada (N = 29) | CI Simulada observada (N = 25) | Observadora (N=13) |
|---|---|---|---|
| ***Papanicolaou** | | | |
| ¿ Le recomendo Papanicolaou? | 55 2 | 88 0 | 38 5 |
| ¿Le recomendo examen medico anual? | 6 9 | 12 0 | 15 4 |
| **PROMEDIO** | **27 6** | **50 0** | **27 0** |
| ***ETS/SIDA** | | | |
| ¿Le pregunto si habia sufrido alguna vez algun contagio sexual (enfermedad venerea)? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le pregunto si sabía con certeza si su pareja no estaba teniendo relaciones con otras personas? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le dió informacion verbal sobre enfermedades venereas y SIDA? | 0 0 | 0 0 | 0 0 |
| ¿Le dió folletos sobre enfermedades venereas y SIDA? | 0 0 | 0 0 | 7 7 |
| **PROMEDIO** | **0 0** | **0 0** | **1 9** |
| ***Seguimiento** | | | |
| ¿Se aseguró de que Ud entendia toda las instrucciones? | 51 7 | 64 0 | 38 5 |
| ¿Programo una nueva visita? | 65 5 | 80 0 | 76 9 |
| ¿Le dijo que podría regresar en el futuro a consultar con ella? | 62 1 | 68 0 | 100 0 |
| ¿Le hizo sentir que en cualquier momento sería bien acogida? | 82 8 | 88 0 | 100 0 |
| **PROMEDIO** | **65 5** | **75 0** | **78 9** |

Finalmente como en los casos anteriores el abordaje de la participacion de la pareja fue irregular y bastante pobre mientras el de ETS/SIDA fue practicamente nulo En cambio la planificacion del seguimiento y motivación para el mismo fueron adecuadas (ver cuadro 3 C 6)

**Promedios de porcentajes de respuestas afirmativas a las listas de chequeo por area de atención, por UTES**

Las tablas anteriores unieron los totales de registros por cada tipo de informante sin separar al personal informado por UTES Como una entrada de analisis complementario realizamos la

comparacion de promedios por area para para el perfil A separando los registros de acuerdo a las UTES a las que pertenecian Los resultados fueron los mostrados en el cuadro 4 (solo se muestran promedios por area)

**Cuadro 4 1 Promedios de porcentajes de respuestas afirmativas a la lista de chequeo del perfil A por area de atencion y por UTES**

| | UTES La Caleta *(N=38)* | UTES E G B *(N=21)* |
|---|---|---|
| Trato | 93 2 | 94 9 |
| Conocimiento basico de la usuaria | 87 2 | 84 5 |
| Eleccion del metodo | | |
| Conocimiento general de anticonceptivos | 30 7 | 26 5 |
| Recomendaciones / Presiones | 3 8 | 6 4 |
| Entrega de pildoras | 32 7 | 34 7 |
| Contraindicaciones de la pildora | 12 8 | 9 9 |
| Instrucciones de uso | 39 5 | 42 4 |
| Informacion sobre efectos secundarios | 13 3 | 6 9 |
| Informacion sobre signos de peligro | 2 4 | 2 6 |
| Compromiso de la pareja | 15 7 | 23 9 |
| Papanicolaou | 50 4 | 55 8 |
| ETS/SIDA | 7 7 | 3 2 |
| Seguimiento | 75 8 | 80 2 |

Como se aprecia en el cuadro 4, las proporciones para ambas UTES parecen comparables No parece existir ninguna diferencia sistematica entre ellas para el caso del perfil A

En tal sentido no existe evidencia para dudar que las apreciaciones ya presentadas en los cuadros de la serie 3 sean pertinentes para ambas UTES

**Puntajes totales por perfil segun proveedor y segun UTES**

De la lectura del cuadro 4 2 se aprecia que los puntajes globales fueron bajos Entre un cuarto y un tercio del puntaje total posible Ademas, en general los perfiles B y C ofrecieron tasas de respuesta global algo mejores que el perfil A lo que se explicaria porque la lista de chequeo para el perfil A incluye un gran numero de preguntas sobre chequeo de contraindicaciones instrucciones de uso e informacion sobre efectos secundarios y sobre signos de peligro para la pildora, lo que en

general es bastante deficiente Aunque muchos otros aspectos presentes en las listas de los perfiles B y C muestran deficiencias los numeros de preguntas sobre los mismos probablemente son menores

El analisis de puntajes por profesion muestra que los de los medicos fueron muy variables segun perfil aunque los pequeños numeros no permiten mayor comparacion Obstetrices y enfermeras tuvieron un rendimiento relativamente uniforme y por encima del promedio Los tecnicos sanitarios tuvieron rendimientos por encima del promedio para los perfiles B y C pero estuvieron mal frente al perfil A

Finalmente la comparacion por UTES mostro una ligera tendencia a mejores tasas en la UTES La Caleta aunque un analisis de varianza aplicado a estos datos no revelo diferencias estadisticamente significativas

**Cuadro 4 2 Puntajes totales por perfil segun proveedor y segun UTES**

| | Perfil A | | Perfil B | | Perfil C | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | Promedio | N | Promedio | N | Promedio |
| **Profesion del Proveedor** | | | | | | |
| Medico general | 2 | 15 0 (19 7%) | 2 | 32 0 (40 5%) | 10 | 21 0 (26 9%) |
| Medico especialista | 1 | 7 0 (9 2%) | - | ------ | 1 | 22 9 (29 4%) |
| Obstetriz | 84 | 20 8 (27 4%) | 92 | 27 3 (34 6%) | 93 | 27 5 (35 3%) |
| Enfermera | 5 | 26 8 (35 3%) | 7 | 25 5 (32 3%) | 6 | 27 8 (35 6%) |
| Tecnico sanitario | 6 | 17 0 (22 4%) | 10 | 31 8 (40 3%) | 6 | 28 0 (35 9%) |
| Medico y obstetriz | - | ----- | - | ------ | - | ------ |
| Medico y otro | - | ----- | - | ------ | - | ------ |
| Obstetriz y otro | 1 | 10 0 (13 2%) | - | ------ | - | ------ |
| **UTES** | | | | | | |
| La Caleta | 61 | 20 9 (27 5%) | 67 | 28 5 (36 1%) | 74 | 28 0 (35 9%) |
| E G B | 40 | 18 8 (24 7%) | 44 | 26 3 (33 3%) | 42 | 25 2 (32 3%) |
| **TOTAL** | 101 | 20 1 (26 4%) | 111 | 27 6 (34 9%) | 116 | 27 0 (34 6%) |

*Nota Las cifras entre paréntesis corresponden a los porcentajes sobre el total de puntos posibles por perfil que los promedios referidos representan Para el caso A, el total es de 76 puntos, mientras*

*que para el B es de 79 y para el C de 78*

## Observacion a la atencion de clientas reales

La guía del observador fue utilizada para observar la atencion de clientas reales En los cuadros siguientes se presenta la proporcion de atenciones por metodo elegido para las cuales un conjunto de preguntas basicas fueron respondidas Solo se considero a las pacientes que acudian por obtencion de metodo (es decir usualmente clientas nuevas) por lo cual los numeros son pequeños

**Cuadro 5 1 Clientas que acuden por obtencion de metodo y eligen condon o espermicida**

| | Porcentaje de rptas afirmativas |
|---|---|
| ***Paciente elige condon (N=5)** | |
| ¿ El profesional le explico que o acerca de | |
| El condón se pone al pene antes de cualquier penetracion a la vagina? | 80 0 |
| El retiro del condon debe hacerse cuando el pene esta aun erecto? | 60 0 |
| Debe utilizarse un condon por cada relacion sexual? | 80 0 |
| Las posibles molestias con el uso del condon? | 0 0 |
| Le abastecio del metodo/le dio receta para recoger? | 100 0 |
| Habló sobre sus dudas acerca del uso del metodo? | 60 0 |
| Respondió a todas las dudas o molestias de la usuaria? | 60 0 |
| Habló del modo de guardarlos o almacenarlos? | 60 0 |
| ¿Dijo que hacer en caso de no presentarse la regla? | 60 0 |
| La refirio a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo? | 0 0* |
| Le dijo que debe usarse combinado con espermicida | 80 0 |
| **PROMEDIO** | **64 0** |
| ***Paciente elige espermicida (N=5)** | |
| ¿El profesional le explico que o acerca de | |
| El óvulo tableta o jalea debe aplicarse en el fondo de la vagina y esperar por lo menos 10 minutos antes de iniciar la relación sexual | 100 0 |
| Debera aplicarse los espermicidas antes de cada relacion sexual y mantener la posicion horizontal | 60 0 |
| No debe hacerse lavados vaginales internos durante las 6 horas siguientes a la relacion sexual | 100 0 |
| Se hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del método | 40 0 |
| Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria | 60 0 |
| Hablo del modo de guardarlos o almacenarlos? | 20 0 |
| Sugirió qué hacer en caso de no presentar la regla? | 80 0 |
| La refirió a otro profesional del establecimiento, para que le diera informacion sobre el uso del metodo? | 0 0* |
| **PROMEDIO** | **65 7** |

*No se considera en el promedio



Cf

El cuadro 5 1 evidencia proporciones muy similares de respuesta para el condon y el espermicida En principio se evita hablar sobre los problemas presentados por el condon y no se llega a mencionar detalles especificos respecto a su modo de empleo

**Cuadro 5 2 Clientas que acuden por obtencion de metodo y eligen la pildora o el inyectable**

| | Porcentaje de rptas afirmativas |
|---|---|
| ***Paciente elige la pildora (N = 7)** | |
| El profesional le explico que o acerca de ? | |
| El primer mes de uso de la pildora se empieza a tomar en los primeros 5 dias posteriores al inicio de la menstruacion? | 100 0 |
| Debera tomar una pildora diaria sin interrupcion | 100 0 |
| Que hacer cuando se olvida de tomar la pildora | 85 7 |
| Las posibles molestias o efectos secundarios | 71 4 |
| ¿Le pregunto sobre las contraindicaciones (diabetes presion alta TBC, tumores a la mama enf hepaticas, psiquiatricas)? | 85 7 |
| ¿Pregunto por sus dudas acerca del uso del metodo? | 71 4 |
| ¿Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria? | 85 7 |
| ¿La previno acerca de sangrado ocasional en caso de que la paciente decida interrumpir la toma de pastillas? | 28 6 |
| ¿Que hacer en caso de no presentar la regla? | 42 9 |
| ¿Que hacer si no se encuentra el insumo en la fecha de tomar la pastilla? | 42 9 |
| La refirio a otro profesional del establecimiento, para que le diera informacion sobre el uso del metodo? | 0 0* |
| **PROMEDIO** | **74 0** |
| ***Paciente elige el inyectable (N = 6)** | |
| ¿El profesional le pregunto si o acerca de ? | |
| Tuvo antecedentes de ataque o paro cardiaco? | 16 7 |
| Ha tenido problemas de coagulacion? | 16 7 |
| Tenia problemas al higado? | 33 3 |
| ¿Le explico que debera regresar cada tres meses para la aplicacion de una nueva dosis? | 83 3 |
| ¿Le hablo sobre molestias y dudas acerca del uso del metodo? | 83 3 |
| ¿Respondio a todas las dudas o molestias de la usuaria? | 66 7 |
| ¿Se hablo sobre la probabilidad de ausencia de menstruacion u otras alternativas del ciclo? | 76 5 |
| ¿Le dijo que hacer en caso de no presentar la regla? | 33 3 |
| ¿Le dijo que hacer si no se encuentra el insumo en la fecha de colocarse el inyectable? | 0 0 |
| La refirio a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo? | 0 0* |
| **PROMEDIO** | **51 0** |

*No se considera en el promedio

En el cuadro 5 2 se evidencia nuevamente que existen deficiencias en el chequeo de

contraindicaciones de los metodos hormonales y que las instrucciones de uso y sobre efectos secundarios son también limitadas aunque en menor medida

El cuadro 5 3 muestra que al atenderse a la unica clienta nueva que eligio DIU se olvido proporcionar buena parte de la informacion basica necesaria Tambien hubo deficiencias en la entrega de informacion sobre AQV particularmente sobre sus posibles riesgos y efectos indeseables

**Cuadro 5 3 Clientas que acuden por obtencion de metodo y eligen DIU o AQV**

| | Porcentaje de rptas afirmativas |
|---|---|
| ***Paciente elige DIU (N = 1)** | |
| ¿El profesional le menciono o pregunto sobre ? | |
| Contraindicaciones para el uso de T de cobre | 100 0 |
| Numero de hijos o embarazos | 100 0 |
| Posibles efectos secundarios | 0 0 |
| Manera de comprobar que el DIU se encuentra en su lugar es chequearse los hilos | 0 0 |
| Regresar inmediatamente si expulsa el DIU | 0 0 |
| Uso de metodo de barrera temporalmente en caso expulse el DIU | 0 0 |
| Le programó visita de control | 100 0 |
| ¿Se hablo sobre las molestias y dudas acerca del uso del metodo? | 100 0 |
| ¿ Respondio a todas las dudas de la usuaria? | 0 0 |
| ¿Le hablo del PAP? | 0 0 |
| Se le mostro el DIU para que lo palpe? | 100 0 |
| La refirió a otro profesional del establecimiento para que le diera informacion sobre el uso del metodo | 0 0 |
| **PROMEDIO** | **41 7** |
| ***Paciente eligio AQV (N = 4)** | |
| El profesional | |
| ¿Le explicó las razones por las cuales la mujer o el hombre se deben operar? | 75 0 |
| ¿Le habló de los otros metodos anticonceptivos? | 50 0 |
| ¿Mencionó que es una operacion no reversible? | 100 0 |
| ¿Menciono acerca de posibles complicaciones de la operación? | 0 0 |
| ¿Describio el tipo de anestesia a utilizar? | 25 0 |
| ¿Hablo sobre el tiempo de recuperacion? | 100 0 |
| ¿Programo fecha de intervencion? | 75 0 |
| ¿Habló sobre las molestias y dudas acerca del uso del método? | 50 0 |
| ¿Respondió a todas las dudas o molestias de la usuaria? | 75 0 |
| ¿Le conversó acerca de las repercusiones de la ligadura sobre la menstruacion y el comportamiento sexual? | 0 0 |
| ¿Discutio sobre las posibilidades futuras del deseo de tener hijos en caso cambie su situacion (viudez, muerte de hijos, etc )? | 25 0 |
| **PROMEDIO** | **56 8** |

**Cuadro 6 Promedio de los porcentajes de respuestas positivas por area por UTES**

| | UTES La Caleta N | %Prom | UTES E G V N | %Prom |
|---|---|---|---|---|
| *Paciente elige / es usuaria de* | | | | |
| Condon | 4 | 53 7 | 7 | 71 4 |
| Espermicida | 4 | 46 9 | 6 | 72 5 |
| Píldora | 8 | 35 2 | 10 | 47 3 |
| Inyectable | 17 | 47 1 | 11 | 36 7 |
| Norplant | 0 | --- | 0 | --- |
| DIU | 7 | 37 1 | 4 | 43 8 |
| AQV | 5 | 30 9 | 1 | 45 5 |

De la lectura del cuadro 6 se evidencia una ligera tendencia a cifras sistematicamente mayores para la UTES Guzman Barron que solo se muestra contraria en el caso del inyectable (Notese que para elevar en algo el numero de casos, para efectos de comparacion se incluyo tambien a mujeres que actualmente usan estos metodos Ello inevitablemente reduce los porcentajes promedio pues mucha informacion se obvia en tanto se la asume conocida)

**Cuadro 7 Casos reales Conducta de la clienta**

| | La Caleta (N = 46) | E G B (N = 33) |
|---|---|---|
| La Clienta | | |
| Se expreso con claridad | 80 0 | 93 3 |
| Demostro seguridad y decision | 80 0 | 71 0 |
| Hizo varias preguntas al proveedor | 55 6 | 53 3 |
| Fue buena informante | 84 8 | 90 9 |
| Mostro interes en entender la informacion que le daba | 100 0 | 93 9 |
| Se mostro temerosa y desconfiada | 13 0 | 3 1 |
| Se mostro amable y comunicativa | 82 2 | 81 3 |
| **PROMEDIO** | **70 8** | **69 5** |

El cuadro 7 muestra interesante informacion sobre la conducta de la clienta por UTES En terminos generales tal conducta parece muy propicia para el otorgamiento de un servicio bueno eficiente e integral por parte del proveedor Por otro lado no parece haber diferencia sistematica entre las clientas observadas en ambas UTES

**Cuadro 8 Casos reales Calidad de trato del profesional**

| | La Caleta (N = 46) | E G B (N = 33) |
|---|---|---|
| El profesional se lavo las manos antes y/o despues de antender al paciente | 21 6 | 27 8 |
| El profesional se puso los guantes limpios (1 o los 2) inmediatamente antes de hacer el examen pelvico | 27 4 | 35 1 |
| Trato que recibio la paciente | | |
| Afectuoso | 4 2 | 0 0 |
| Amable y/o cortes | 95 8 | 97 0 |
| Se dio importancia a las opiniones de la paciente | 93 8 | 97 0 |

Finalmente el cuadro 8 evidencia que conductas como el lavado de manos son infrecuentes aunque pueden explicarse porque no siempre se realiza examenes fisicos a las clientas Similar apreciacion es pertinente para el punto de los guantes limpios En cuanto al trato recibido por la paciente este es amable y/o cortes en casi todos los casos e incluso en alguna circunstancia es afectuoso Las opiniones de la paciente son mayormente respetadas No parece haber diferencia sistematica entre las UTES

**Cuadro 9 Resumen de hallazgos**

| | Caso A | Caso B | Caso C |
|---|---|---|---|
| Trato | Bueno | Bueno | Bueno |
| Conocimiento basico de la usuaria | Bueno | Bueno | Bueno |
| Entrega de informacion basica | | | |
| Pildora | ---- | Bueno | ----- |
| DIU | ---- | Bajo | Bueno |
| Inyectable | ---- | Bajo | Bueno |
| Condon/tableta | ---- | Bueno | Bueno |
| AQV | ---- | Bajo | Bajo |
| Eleccion del metodo | | | |
| Decision del cliente | Bueno | Bueno | Bueno |
| Presiones | Bueno | Bueno | Bueno |
| Chequeo de contraindicaciones | | | |
| Pildora | Muy bajo | ----- | ----- |
| Inyectable | ------ | Bajo | ----- |
| DIU | ------ | ----- | Bajo |
| Entrega de metodo | | | |
| Pildoras | Bajo | ----- | ----- |
| Condones/tabletas | ------ | Bajo | Bajo |
| Instrucciones de uso | | | |
| Pildora | Bajo | ----- | ----- |
| Inyectable | ------ | Bajo | ----- |
| DIU | ------ | ----- | Bajo |
| Condones/tabletas | ------ | Bueno | Bajo |
| Efectos secundarios | | | |
| Pildora | Muy bajo | ----- | ----- |
| Inyectable | ------ | Bajo | ----- |
| Signos de peligro | | | |
| Pildora | Bajo | ----- | ----- |
| Papanicolaou | Bueno | Bueno | Bueno |
| ETS/SIDA | Bajo | Muy bajo | Muy bajo |
| Participacion de pareja | Muy bajo | Bajo | Muy bajo |
| Seguimiento | Bueno | Bueno | Bueno |

## Conclusiones

En conclusion, el estudio muestra que aspectos generales de la interaccion entre proveedor y clienta, tales como la calidad del trato, la obtencion de informacion general sobre esta ultima, y el establecimiento de condiciones para un seguimiento adecuado (otorgamiento de confianza, seguridad de apoyo, concertacion de cita) son satisfactorios

Luego, la entrega de informacion basica sobre los metodos varia entre buena y baja, siendo mejor en el caso de espermicidas y condones, y peor en el caso de AQV El otorgamiento de oportunidades a la clienta para decidir el metodo a emplear fue satisfactoriamente frecuente, asi como el bajo nivel de coercion observado (incluso segun lo reportado por clientas simuladas no observadas) Pese a la existencia de metas para algunos metodos, los proveedores parecen suficientemente habiles como para procesar su ansiedad frente a las mismas de manera que no repercuta en decisiones inapropiadas para los pacientes

Sin embargo, los aspectos posteriores, relacionados al chequeo de contraindicaciones para los metodos que las tienen, asi como a la entrega de informacion sobre uso y sobre efectos secundarios y signos de peligro, y la entrega del metodo en si misma, son uniformemente insatisfactorios, y sugieren que la consulta no proporciona tiempo suficiente para abordarlos, o que los proveedores no los mencionan por entrenamiento limitado, por falta de motivacion (al considerarlos, tal vez, innecesarios), o por falta de sistematizacion de la informacion a proporcionarse (ciertamente amplia), de modo de cubrir lo fundamental durante la entrevista Las razones para la no entrega de metodos tales como pildoras o condones debe ser explorada

Dimensiones de enfoque integral de salud reproductiva y otros aspectos de la vida de la persona muestran situaciones diversas Mientras el abordaje del examen de Papanicolaou y la recomendacion de realizarselo son satisfactoriamente frecuentes, los aspectos de ETS/SIDA o participacion de la pareja practicamente no se abordan, lo que puede llevar a que casos como el planteado en el perfil simulado B sean manejados muy inadecuadamente

Considerando los perfiles de manera global, el rendimiento frente a los perfiles B y C fue mejor que aquel frente al perfil A, aunque todos fueron bajos (i e entre un cuarto y un tercio del puntaje total posible)

Al considerarse el rendimiento por proveedor, se evidencia que los medicos y los tecnicos son variables (mostrando ambos grupos rendimientos bastante bajos frente al perfil A, y mejorando frente al B y al C), mientras las obstetrices y enfermeras son consistentes en un rendimiento "normal-superior" (teniendo como parametro el rendimiento de esta poblacion de proveedores, exclusivamente)

Hubo una ligera tendencia hacia mejores promedios en la UTES E G B en la

atencion de casos reales, mientras se vio una tendencia opuesta en el rendimiento frente a los perfiles simulados

En resumen, aspectos vinculados a relaciones interpersonales, al respeto a la persona y sus opciones, y a habilidades fundamentales en cuanto a iniciar y terminar la entrevista de manera externamente "efectiva" parecen adecuados, y es posible que las clientas queden satisfechas Sin embargo, aspectos tecnicos vinculados a la entrega de informacion, particularmente cuando es informacion mas profunda para usuarios especificos del metodo, dejan mucho que desear Esto es particularmente serio frente a metodos que requieren chequeo de contraindicaciones o advertencias sobre signos de peligro

Finalmente, si bien aspectos de salud reproductiva tales como la prevencion del cancer cervical parecen haber sido bien incorporados en las rutinas de la consulta, lo referente a ETS/SIDA y participacion masculina parece requerir aun de mucho trabajo complementario

**Anexo Perfiles Simulados**

**Perfil A**

Objetivo
- Evaluar consejeria y chequeo de contraindicaciones para empleo de AOC
- Evaluar la presencia de sesgos o presiones por parte del proveedor
- Evaluar calidad de trato y respeto a las opciones del paciente
- Evaluar abordaje de otros temas de salud reproductiva Papanicolaou, ETS/SIDA, participacion de la pareja

Caracteristicas

La clienta es una mujer de 22-24 años que desea espaciar sus embarazos Automedicada a base de lo que sabia de anticonceptivos, usa Microgynon desde hace 1 año, abasteciendose en la farmacia Ya se le va a acabar el paquete que esta usando Tuvo su ultima menstruacion hace 10 dias Se acerca por primera vez a un establecimiento porque ha sabido que alli se proporciona ayuda en planificacion familiar

Tiene un hijo de 1 año, su marido viene a verla todas las semanas y tienen relaciones

El no esta muy de acuerdo con que use pildoras, y ella quiere convencerlo, pues le resultan comodas y no presenta problemas con el metodo De vez en cuando tiene dolores de cabeza leves (que ya ocurrian antes de iniciar las pildoras) Conoce lo que es el DIU, el inyectable y el condon

Hace 1 año se hizo un Papanicolaou en una campaña en Lima, pero no recogio el resultado No ha tenido enfermedades venereas, y no cree que su pareja tenga relaciones con otras personas

**Perfil B**

Objetivos
- Evaluar trato dado al paciente y respeto a sus opciones
- Evaluar la acuciosidad de la obtencion de informacion
- Evaluar la consejeria general
- Evaluar el abordaje de otros temas de salud reproductiva
- Evaluar la consejeria y screening frente a inyectables
- Evaluar la consejeria frente a condones

Caracteristicas

La clienta es una mujer de 28 años que no usa metodos anticonceptivos modernos Tiene dos hijos, una niña de 2 años y un varoncito de 6 meses, al que esta lactando No ha tenido problemas obstetricos Preferiria esperar 5 años antes de tener el siguiente hijo, y se acerca para saber como se podria cuidar Al momento de la visita al proveedor, ella esta en el dia 20 de su tercer ciclo menstrual posterior al parto

En el pasado, ella y su pareja se han cuidado con condones, pero el no quiere seguirlos usando porque le molestan, e insiste en usar el retiro Su pareja tiene muy mal caracter y toma mucho, y ella cree que a veces sale con mujeres "de la calle" Sabe que la pildora es un metodo temporal que se debe de tomar todos los dias y que la esterilizacion es un metodo definitivo

Desconoce el DIU y los inyectables Entre la pildora y el inyectable o el DIU, ella elegiria alguno de los ultimos porque no hay que acordarse de tomarlos todos los dias Entre el inyectable y el DIU, ella no sabria decir muy facilmente cual le interesa mas

Nunca se ha hecho un Papanicolaou Hace un año, su marido tuvo una enfermedad en el pene (le salia pus) y fue al medico, quien hizo que ella fuera, dijo que tambien estaba contagiada, y dio tratamiento a ambos (quince dias despues los controlo y dijo que estaban curados)

Si el proveedor trata de ponerle una inyeccion o un DIU, ella escucharia los consejos que le diera Al final diria que prefiere esperar y consultarlo con su marido

**Perfil C**

*Objetivos*
- Evaluar trato dado al paciente y respeto a sus opciones
- Evaluar la acuciosidad del proveedor para obtener informacion
- Evaluar consejeria general
- Evaluar el abordaje del proveedor de temas de salud reproductiva
- Evaluar la presencia de presiones y sesgos
- Evaluar la consejeria especifica para DIU, condones y tabletas

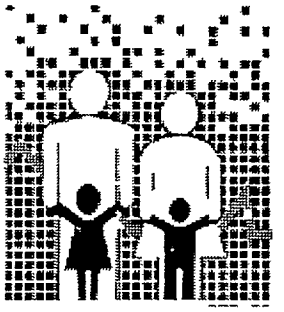
*Caracteristicas*

La clienta es una mujer de 30 años que no desea tener hijos por el momento, aunque no quiere un metodo definitivo Usa la píldora desde hace 2 meses, pero le duele mucho la cabeza y esta asustada Quiere conocer alternativas anticonceptivas

Tiene 3 hijos, el ultimo de 8 meses No ha tenido problemas obstetricos Se acerca por primera vez al establecimiento porque ha sabido que allí proporcionan ayuda en planificacion familiar

Cuando le expliquen acerca de los metodos, se mostrara interesada por el DIU y esperara que le den mas informacion Al final, sin embargo, si el proveedor se dispone a colocarselo, dira que lo tiene que consultar con la pareja y preferira, por el momento, llevar condones Si el proveedor no le plantea el uso de condones hasta que se decida a usar DIU, ella lo planteara

No se ha hecho Papanicolaou No ha tenido enfermedades venereas No sabe si su marido tendra problemas para usar anticonceptivos



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU
I A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON PROVIDERS

# Soluciones Discutidas con los Proveedores

Irma Ramos y Luis Wong

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**01/20/97 to 05/20/97**

**Principal Investigator:**
**Federico R León**

Population Council

## *RESUMEN*

*Este es un estudio cualitativo basado en cuarentinueve entrevistas a profundidad y tres grupos focales aplicados a proveedores de salud reproductiva de treinticuatro establecimientos de las UELS La Caleta y Eleazar Guzman Barron del Ministerio de Salud en la ciudad de Chimbote (R Chavin)*

*El estudio estuvo dirijido a conocer la percepcion que tiene el proveedor de la calidad de informacion que intercambia con las usuarias y saber sus propuestas para mejorar dicha calidad asi como para incrementar la participacion del varon Tambien se deseaba conocer cual era su predisposicion para usar una guia de atencion que permita mejorar el intercambio de informacion proveedor-usuario*

*Los proveedores aceptaron que la calidad de informacion que brindan y reciben de las usuarias en el servicio de salud reproductiva son mejorables reconocern limitaciones en la capacitacion disposicion de material IEC, tiempo y ambientes adecuados asi como en algunas actitudes de ellos mismos y de las usuarias que son susceptibles de cambios*

*Estuvieron totalmente de acuerdo que hacer esfuerzos para incrementar la participacion del varon tendria un gran impacto en la salud reproductiva Observaron sin embargo que las estrategias para hacer llegar informacion a este, no podrian ser las mismas que para las mujeres, que se debe ir mas alla de los espacios de los establecimientos para que sea efectiva su labor*

*Experimentaron el uso de una guia de atencion notando dificultades al inicio, que se superan si el material tiene modalidad de "rotafolio", manifestando que percibieron claramente, que con el uso de dicho instrumento la recordacion les fue muy facil para ellos y por ende la calidad de informacion que se intercambio con la usuaria fue mucho mejor*

# INDICE


| | | |
|---|---|---|
| **I** | **INTRODUCCION** | |
| | A Antecedentes | 1 |
| | B Caracteristicas sociodemograficas de las zonas de estudio | 2 |
| **II** | **TITULO DEL ESTUDIO SOLUCIONES** | 3 |
| **III** | **OBJETIVOS** | 3 |
| **IV** | **METODOLOGIA** | 3 |
| | 1) Poblacion - Muestra | 4 |
| | 2) Instrumentos de recoleccion de datos | 4 |
| | 3) Trabajo de campo | 5 |
| | 4) Tratamiento de la informacion | 6 |
| **V** | **RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD** | 7 |
| | A) Diagnostico | 11 |
| | A 1 Planificacion Familiar | 11 |
| | A 2 Enfermedades de Transmision Sexual | 15 |
| | A 3 Cancer Ginecologico | 16 |
| | A 4 Participacion Masculina | 18 |
| | B) Propuestas | 21 |
| | B 1 Planificacion Familiar | 21 |
| | B 2 Enfermedades de Transmision Sexual | 22 |
| | B 3 Cancer Ginecologico | 22 |
| | B 4 Participacion Masculina | 23 |
| **VI** | **RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES** | 25 |
| | A Reacciones al uso de una guia | 25 |
| | B Propuestas | 25 |
| **VII.** | **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** | 27 |
| | **BIBLIOGRAFIA** | 29 |
| **VIII.** | **ANEXOS** | 30 |
| | - Guias | 30 |
| | - Listado de Establecimientos | 38 |

# I. INTRODUCCIÓN

## A) ANTECEDENTES

Este estudio forma parte de un proyecto de investigacion que realiza *The Population Council* que tiene como objetivo hacer un diagnostico de la calidad de los servicios que se brindan en los establecimientos de las UTES Eleazar Guzman Barron" y "La Caleta" de Chimbote

En Chimbote asi como en todo el pais el Ministerio de Salud se ha preocupado por efectuar una expansion de la cobertura de los servicios de salud Ha incrementado el numero de proveedores profesionales y no profesionales mediante contratos temporales financiados por proyectos especiales

Tambien algunos establecimientos de salud han ampliado el horario de atencion y se han reabierto locales cerrados años atras, por efectos del terrorismo u otras causas Asimismo, los proveedores estan siendo estimulados a desarrollar nuevas estrategias de trabajo, como el de dar charlas y de hacer visitas domiciliarias para captar pacientes y educar a la poblacion

No obstante todo el esfuerzo descrito anteriormente, las coberturas en la captacion de usuarios y prevencion de enfermedades de transmision sexual y cancer ginecologico no cubren las expectativas del sector, ni de las instituciones que brindan apoyo en la zona

Hay factores que podrian explicar las causas de esta situacion y que afectan tanto a la oferta de servicios, como a la demanda que hace la poblacion de ellos Podriamos mencionar la baja calidad de atencion que no motiva la continuacion en el uso de los servicios o barreras culturales de la poblacion basados en la poca informacion veras que les llega y que tambien impiden el uso del servicio

Todo ello son solo supuestos si no se tienen estudios mas especificos que las encuestas nacionales que no se puede desconocer que ayudan mucho con cifras que informan el nivel de avance o no de los resultados pero que es muy dificil que informen de aspectos cualitativos necesarios a tomar en cuenta en el monitoreo de los programas

El Ministerio de Salud y las organizaciones que apoyan esta zona podrian disenar mejor sus estrategias si tienen informacion mas concreta, por lo que se piensa que este estudio al igual que la toda investigacion de la cual forma parte va a ser muy util

## B) CARACTERISTICAS DE LA ZONA DE ESTUDIO

El estudio se realizo en la Region Chavin, Subregion Pacifico, Provincia del Santa, especificamente en treinticuatro establecimientos de salud de las UTES "La Caleta" y "Eleazar Guzman Barron" de Chimbote

Chimbote es un puerto pesquero con una poblacion de 274,260 habitantes y predominantemente urbana

Como da cuenta el estudio, cuyos principales resultados se presentan en este informe, las necesidades de materiales de I E C (suficientes y adecuados) y de capacitacion en varios aspectos de la salud reproductiva, son todavia bastante altas, asi como la calidad de los servicios y de el intercambio de informacion proveedor-cliente son mejorables

Este estudio se basa en entrevistas a proveedores de servicios de salud reproductiva de los establecimientos de las UTES "La Caleta" y "Eleazar Guzman Barron" con quienes se sostiene una entrevista a profundidad procurando obtener su opinion objetiva de la calidad de informacion que

intercambian con la usuaria ademas conocer sus expectativas para mejorar dicha calidad Tambien los proveedores experimentan el uso de una guia de atencion

# II. TÍTULO DEL ESTUDIO

**SOLUCIONES** Dificultades y alternativas de solucion propuesta por el proveedor para mejorar la calidad del intercambio de informacion proveedor-cliente

# III. OBJETIVOS

- Saber cual es la percepcion que tiene el proveedor de la calidad de informacion que intercambia con la usuaria y conocer sus expectativas y propuestas para mejorarlas
- Conocer el punto de vista del proveedor en relacion a la importancia de la participacion del varon en la salud reproductiva y de sus propuestas para incrementarla
- Identificar reacciones del proveedor al uso de una guia de atencion de salud reproductiva

# IV. METODOLOGÍA

**El diagnostico se hizo a traves de**

1) Entrevistas a profundidad con proveedores (profesionales y no profesionales) que dan servicios de Salud Reproductiva en los establecimientos de salud
2) Grupos focales con los proveedores entrevistados y que previamente recibieron una guia de atencion

## 1) Población - Muestra

Previa la definicion de la muestra se recogio informacion de las UTES sobre los establecimientos de salud tipos de proveedores que entregan los servicios de salud reproductiva horarios de atencion tipo de personal asignado etc con el fin de ir al establecimiento en el momento adecuado y encontrar al proveedor con tiempo suficiente para atender la entrevista

El marco muestral de este estudio esta constituido por el total de los establecimientos de las UTES "La Caleta" y "Eleazar Guzman Barron , habiendose visitado treintisiete

La unidad de analisis del estudio esta dado por el proveedor que presta servicios de salud reproductiva y que estaba presente en el momento de la visita al establecimiento de salud, a quienes se les pudo entrevistar Fueron entrevistados cuarentinueve proveedores

En los establecimientos donde con mucha frecuencia mas de un tipo de proveedor presta servicios de salud reproductiva, se procuro entrevistar a uno de cada tipo de proveedor siempre que se encontrara en el establecimiento de salud

En los casos en que no estuvo el proveedor principal de salud reproductiva en el momento de la visita, se programo una segunda visita al establecimiento Si esto volvia a suceder en una segunda oportunidad, se entrevisto a quien lo estuviera sustituyendo Se entrevisto un total de cuarentinueve proveedores

## 2) Instrumentos de recolección de datos

a) Guia de entrevista al proveedor

b) Guia de grupo focal

**a) La Guia de la entrevista al proveedor incluye las siguientes secciones**

1 - Datos del establecimiento

2 - Datos del entrevistado

3 - Diagnostico sobre la calidad de informacion que intercambia el proveedor con el usuario

   a) Planificacion familiar

   b) Enfermedades de transmision sexual

   c) Canceres ginecologicos

4 - Propuestas para mejorar el intercambio de informacion

   a) Planificacion familiar

   b) Enfermedades de transmision sexual

   c) Canceres ginecologicos

5 - Diagnostico sobre la participacion del varon en dichos servicios

6 - Propuestas para mejorar la participacion del varon

Las preguntas sobre perfil del establecimiento y perfil del entrevistado, son preguntas cerradas El resto son preguntas totalmente abiertas, teniendo la funcion solamente de guia "una conversacion"

**b) La Guia para los Grupos Focales incluye**

1 - Experiencias en su uso

2 - Analisis sobre la utilidad de usar un material similar durante las consultas de Salud Reproductiva

3 - Propuestas para el diseño de un material similar para uso en las atenciones de Salud Reproductiva

## 3) Trabajo de Campo

La entrega de las guias fue durante la semana del diecisiete al veintiuno de marzo Las entrevistas se realizaron entre el diecisiete de marzo y el quince de abril y los grupos focales se llevaron a cabo el veintiuno y veintidos de abril

**Procedimientos**

- Se hicieron las coordinaciones respectivas en las UTES para obtener el permiso correspondiente
- Se visito cada establecimiento de salud y se entrevisto en el caso de los hospitales a quien estaba dando el servicio de planificacion familiar en ese momento En los centros y puestos menores de salud se entrevisto a los proveedores principales Cuando se daba el caso de que mas de un tipo de proveedor daba estos servicios con mucha frecuencia se entrevisto uno de cada tipo
- Para no interferir con el proceso de comunicacion, la entrevista fue grabada con el permiso del proveedor
- Al finalizar la entrevista se le pregunto al proveedor si estaba dispuesto a usar una guia en sus atenciones durante dos semanas, si lo aceptaba, se le dejo dos guias de atencion, explicandole previamente su contenido y forma de uso
- En total se hicieron cuarentinueve entrevistas
- Tambien se hicieron tres grupos focales, uno de medicos y dos de obstetrices con la asistencia de un promedio de diez personas en cada grupo focal
- Los grupos focales tambien fueron grabados y luego transcritos para el analisis al igual que las entrevistas

## 4) Tratamiento de la información

**Analisis**

Los datos de las preguntas cerradas del cuestionario, fueron analizadas con el sistema EPI-INFO y las preguntas abiertas fueron transcritas y luego analizadas siguiendo un analisis de contenido, buscando similitudes y diferencias, creando codigos y cruzando algunos resultados con los obtenidos en las preguntas cerradas

# V. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

En dos de los treintisiete establecimientos de salud visitados no estuvo el proveedor de salud reproductiva en el momento de la visita un puesto donde solo estaba asignado un tecnico de salud estuvo cerrado por vacaciones del mismo En treinticuatro si se logro entrevistar

**ESTABLECIMIENTOS VISITADOS**

| | |
|---|---|
| Puestos de Salud | 29 (en 3 de ellos no se hicieron entrevistas) |
| Centros de Salud | 06 |
| Hospitales | 02 |

**PROVEEDORES ENTREVISTADOS POR TIPO DE PROFESION**

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, la obstetriz es la profesional que con mas frecuencia tiene asegurado el rol de proveedor de salud reproductiva, sobre todo en planificacion familiar No importa si todavia es Serumista La enfermera y el medico suelen actuar como proveedores "suplentes" en ausencia de una obstetriz, porque tienen asignado otros roles, de igual manera, sucede con el tecnico

| | |
|---|---|
| Gineco - Obstetra | 03 |
| Medico General | 10 |
| Obstetriz | 26 |
| Enfermera | 05 |
| Auxiliar o tecnico de enfermeria | 05 |
| TOTAL | 49 |

## EDAD DE LOS PROVEEDORES ENTREVISTADOS

La edad de la mayoria de los proveedores tienen alrededor de los treinta años es decir son personas relativamente jovenes, en quienes se puede cambiar actitudes para mejorar la calidad de informacion que intercambian con el proveedor

| | |
|---|---|
| Menos de 30 años | 06 |
| De 30 - 40 años | 36 |
| Mas de 40 años | 07 |
| TOTAL | 49 |

## SEXO DE LOS PROVEEDORES ENTREVISTADOS

En el siguiente cuadro podemos apreciar que la mayoria de proveedores son mujeres Doce de los hombres son medicos y de acuerdo a lo que vimos anteriormente los medicos fundamentalmente estan en el grupo de proveedores suplentes Esto nos hace pensar que la usuaria mujer, probablemente no tiene el problema de enfrentarse a un proveedor varon, que como muchos estudios lo informan la inhibe a confidenciar sobre su sexualidad Este aspecto estaria favoreciendo la posibilidad de entablar un buen nivel de comunicacion

| | |
|---|---|
| Femenino | 33 |
| Masculino | 16 |
| TOTAL | 49 |

## CONDICION LABORAL DE LOS ENTREVISTADOS

El siguiente cuadro nos muestra que el numero de Serumistas que se desempeñan como proveedores principales es alto, al igual que los contratados, sumando entre ambos el cincuenticinco por ciento de los entrevistados

De lo que podriamos deducir que la presencia de proveedores, sobre todo de los profesionales, es generalmente temporal y que la probabilidad de rotacion es alta

Las entrevistas se hicieron sin importar la condicion laboral del entrevistado bastaba que el profesional o tecnico tuviera asignado el rol de proveedor de servicios de salud reproductiva

| | |
|---|---|
| Nombrados | 15 |
| Contratados | 22 |
| Serumistas | 12 |
| TOTAL | 49 |

**TIEMPO DE EXPERIENCIA QUE TIENEN COMO PROVEEDDORES DE SALUD REPRODUCTIVA**

Para realizar la entrevista no se puso como condicion el tiempo de servicios del proveedor registrandose el año de SERUMS como parte del tiempo de experiencia La muestra tiene las siguientes caracteristicas

| | |
|---|---|
| < 6 meses | 01 |
| 6 meses a 2 años | 23 |
| mas de 2 años | 25 |
| TOTAL | 49 |

Puede apreciarse que solo el cuarentinueve por ciento de proveedores tiene mas de dos años de experiencia lo cual puede explicar porque no todos han recibido capacitacion si esta no se ha dado con frecuencia menor a dos años

**CAPACITACION RECIBIDA POR LOS PROVEEDORES ENTREVISTADOS DESPUES DE GRADUARSE**

Como vemos en este cuadro, no todo el personal ha recibido capacitacion en salud reproductiva, ni en tecnicas de consejeria, despues de graduarse

Podemos apreciar tambien que de trece medicos solo tres asistieron a cursos de consejeria, algunos proveedores observan que ellos consideran que la consejeria es una actividad que deben realizar las obstetrices, ademas, muchos de ellos piensan que no "necesitan" aprender dichas tecnicas

| | CONSEJERIA | | MET ANTIC Y OTROS | |
|---|---|---|---|---|
| | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| Medico | 03 | 10 | 13 | 0 |
| Obstetriz | 19 | 07 | 23 | 03 |
| Enfermera | 0 | 05 | 02 | 03 |
| Auxiliar | 01 | 04 | 03 | 02 |
| TOTAL | **23** | **26** | **41** | **08** |

**FECHA EN QUE TERMINARON SUS ESTUDIOS**

Un considerable numero del personal que termino sus estudios antes de 1992, no llevo cursos de sexualidad, consejeria, ni VIH/SIDA Muchos hicieron los cursos de planificacion familiar y enfermedades de transmision sexual en forma muy superficial

| | |
|---|---|
| Antes del 92 | 23 |
| Del 92 para adelante | 26 |

# A. DIAGNÓSTICO

El proveedor entrevistado hace un diagnostico de su labor y la de sus colegas de acuerdo a su experiencia

## \1 Planificacion Familiar

### *¿Como perciben los proveedores que es "la calidad" de información que intercambian ellos con la usuaria?*

Muchos proveedores afirman que dan informacion completa y de la mas alta calidad, porque el Ministerio de Salud y algunas ONGs que apoyan en la zona los han capacitado, pero hay buen grupo que dice que la informacion que dan es parcial y que hay informacion que no se da o se da en forma muy superficial, aceptando ademas que

- Cuando hablan de efectos colaterales lo hacen en forma superficial y solo sobre las molestias mas frecuentes
- No hablan de porcentajes de falla y seguridad, aceptando tambien que muchas veces no chequean bien las contraindicaciones, sobre todo cuando se trata de usuarias que llegan al establecimiento como "usuarias continuadoras" es decir que adquieren el metodo anteriormente en otro sitio, ejemplo farmacia
- En relacion a la gama de metodos, no se orienta sobre algunos metodos o solo se los menciona, como por ejemplo metodos naturales y Norplant
- No estimulan a la usuaria para que haga preguntas, pero si ella lo hace espontaneamente dicen responder con sinceridad pero en forma breve
- Generalmente no verifican con la usuaria si hubo la comprension de las indicaciones, asumiendo que no son bien comprendidos y que por mas esfuerzos que hagan no lo seran porque las usuarias tienen poca educacion y cultura

*¿Qué opinan ellos sobre las causas por las que no se intercambia información de mejor calidad con las usuaria?*

* **Metas**

  Ellos nos dicen que

  - No hablan de efectos colaterales frecuentemente por el temor que al conocerlos la usuaria ya no se anime a usar los metodos modernos y bajen las coberturas y por lo tanto no cumplan metas especificas propuestas por las UTES y las Direcciones Regionales a cada establecimiento y proveedor

* **Recordación - capacitación**

  - La falta de capacitacion y la falta de una guia estructurada, produce olvido de parte del proveedor en algunos aspectos como chequeo de contraindicaciones, informacion sobre efectos colaterales, signos de alarma, etc
  - Asi tambien la falta de capacitacion en tecnicas de comunicacion y orientacion genera conceptos errados sobre "consejeria" y no permite desarrollar habilidades para entablar una comunicacion fluida y bidireccional con la usuaria

* **Ambiente**

  - No hay el espacio fisico para hacer Consejeria, generalmente es el mismo que para otros servicios La consejeria se da con interrupciones y sin privacidad, evitando asi se logre un ambiente de confianza que permita una adecuada comunicacion bidireccional necesaria para la consejeria

## * Materiales

- Expresan que siempre falta material de I E C lo cual fue corroborado porque en el momento de la visita solo en algunos establecimientos habian folletos de planificacion familiar
- Solo el consultorio de la obstetriz tiene algunos materiales como rotafolio y folletos de planificacion familiar En el consultorio del medico estos no existen por lo que la atencion se hace sin el apoyo de ellos con el consiguiente desmedro en la calidad del intercambio de informacion

## * Educacion y Tiempo

- La falta de tiempo del proveedor es generalmente un obstaculo para una buena consejeria Esta se da en el tiempo que dura una consulta, es decir de cinco a diez minutos, que no son suficientes
- La usuaria tampoco esta dispuesta a invertir mucho tiempo en una consejeria No tiene conciencia de su importancia Por otra parte, la consulta la hace en la mayoria de casos a escondidas de su pareja y por ello no cuenta con mucho tiempo
- A la usuaria le informan, lo elemental, ya que piensan que no aprenderian mas debido al bajo grado de instruccion que tiene la mayoria de la poblacion
- Pero si ella las hace, los proveedores procuran responder con amplitud y lenguaje sencillo

***Testimonios***

*damos toda la informacion pero a veces solamente superficial por falta de tiempo las pacientes tampoco tienen tiempo para escucharnos pero del metodo que eligen si les hablamos todo*

*no hablamos mucho de efectos colaterales porque la gente se desanima aca la gente es muy ignorante y no sabe comprender*

*las tecnicas son las que hacen el triaje y alli es donde les dan la informacion de todos los metodos yo solo les enseño a usar el metodo que eligieron*

*' tratamos de hablarles de todos, pero se nos esta imponiendo indirectamente para que influyamos a que la usuaria elija metodos seguros, sobre todo ahora que nos dan metas tan altas en AQV '*

*no damos una informacion muy excelente por que a veces nos olvidamos involuntariamente La consejeria la realizamos sin privacidad, la gente pasa y repasa ¿Que se puede hacer?, no hay ambiente para consejeria '*

*" yo doy buena informacion porque he sido capacitada, pero hay otras personas que no han sido capacitadas, no les gusta ir, dicen que ellos ya saben "*

*" les hablo de todos los metodos, lo bueno y lo malo, quizas por eso no estoy cumpliendo mis metas, estoy preocupada "*

*" hay informacion que seguramente se me pasa, como a cualquiera "*

## A2 Enfermedades de Transmision Sexual

### Prevencion

- No se descartan las enfermedades de transmision sexual en pacientes y usuarias que no expresen sintomas tampoco se les hace las preguntas que pudieran permitir diagnosticarlas mas tempranamente
- Una vez detectadas las enfermedades de transmision sexual es dificil tratar el caso de la pareja se le da cita pero la pareja hace caso omiso de la citacion Optan entonces por prescribirle tratamiento y enviarselo pero tampoco aplica el tratamiento Algunas veces les hacen seguimiento en su casa o trabajo pero a los proveedores no le es posible hacerlo como rutina por falta de recursos y tiempo
- En los establecimientos urbanos tienen mucha frecuencia de casos, mientras en los rurales estos casos se presentan con mucha rareza
- No realizan campañas de educacion para prevenir el incremento de estas enfermedades a pesar que Chimbote es una ciudad donde la prevalencia de infeccion por VIH/SIDA y otras enfermedades de Transmision Sexual son muy altas

### Materiales

- No tienen rotafolios de las enfermedades de transmision sexual Algunos establecimientos han tratado de suplir esta deficiencia y los han elaborado ellos mismos, pero tienen muchas deficiencias y por ello lo usan poco
- Tampoco tienen folletos de ETS de ningun tipo, lo cual dificulta su labor de Consejeria, sobre todo si la pareja no acude al establecimiento, ya que no tienen ningun material educativo que enviarle

### Capacitación

- El tratamiento de las enfermedades de transmision sexual son de "especialidad" del medico La gran mayoria de obstetrices no estan, ni se sienten capacitadas para tratar los casos de las enfermedades de transmision

sexual En los establecimientos donde no esta o no hay medico derivan el paciente al hospital, donde muchas veces no llega

- La mayoria de los medicos entrevistados no recibieron capacitacion en enfermedades de transmision sexual despues de su graduacion Si la recibieron fue en forma superficial

***Testimonios***

*' se les explica cuando vienen con la enfermedad y se les dice que tiene que atenderse su pareja tambien, pero ellos no vienen y no hay folletos para mandarles y es dificil hacerles visitas domiciliarias*

*Solo informamos de E T S cuando nos dicen que tienen molestias despues no, no hay tiempo ni se me ocurre '*

*" les doy informacion de todas las E T S incluso de SIDA tambien les doy cita para que vengan, cuando no vienen me voy a su casa, pero no tenemos material, ni rotafolios, ni folletos para educarlos, recien esta empezando un programa donde nos van a capacitar y dar material "*

## A3. Cáncer Ginecológico

### *Cáncer de Cuello uterino*

**Precio**

- El precio de cada prueba de Papanicolaou es de dos a tres nuevos soles Los proveedores afirman que es muy alto para los pobladores, sobre todo en la zona rural Por esta razon no se hacen la prueba a pesar que recibieron charlas y algunas mujeres estan motivadas

**Educacion**

- Los proveedores opinan que su poca instruccion es un obstaculo para darles mas informacion sobre lo que significa el cancer de cuello uterino y el procedimiento del papanicolaou muchas veces el examen es confundido con una biopsia lo cual produce temor de las mujeres que no se animan a hacerse tomar la muestra
- Han observado tambien que por una cultura ancestral a las mujeres no les gusta hacerse un examen ginecologico porque piensan que sus genitales solo deben ser vistos por su esposo Si el proveedor es varon el problema se torna aun mayor
- La prueba de Papanicolaou se hace a gestantes y usuarias de Dispositivo Intrauterino con mayor frecuencia que a otras usuarias, convenciendolas que su salud esta en riesgo de no hacerlo

## *Cáncer de Mama*

**Educacion**

- Dicen los proveedores que la poblacion no conoce mucho sobre este problema y que aunque solo dan charlas de cancer de mama a gestantes y usuarias de metodos hormonales, notan que ultimamente las personas en general se interesan un poco mas en el tema, lo cual hace ver que la falta de demanda es una consecuencia de la falta de educacion
- Reconocen que no se necesitan muchos recursos para trabajar el tema, pero piden capacitacion previa y materiales

**Tiempo**

- El examen de mama esta reservado solo para las pacientes que refieren molestias En muy raras ocasiones se hacen en forma preventiva Admiten al respecto, que no enseñan el autoexamen a pesar de no tener costo, porque demandaria mucho tiempo hacerlo En realidad no estan motivados para hacerlo

- El proveedor acepta que por su poca disponibilidad de tiempo no se preocupa mucho por preguntar e informar acerca de la importancia del cancer de mama ni de hacer examen de mama como rutina en las consultas

**Material**

- Manifiestan que les gustaria trabajar mas en el tema pero admiten que les falta capacitacion y materiales de IEC
- Al igual que en otros aspectos de Salud Reproductiva no tienen rotafolios ni folletos para trabajar el tema

***Testimonios***

*' siempre se les habla en las charlas del papanicolaou y de la terrible enfermedad pero algunas personas no se hacen porque no tienen para pagar los S 2 00*

*de cancer de mama solo hablo con las gestantes o cuando me preguntan '*

*" en cancer solo trabajamos el de cuello uterino no el de mama, porque tenemos poco tiempo, pero cuando nos dicen que tienen molestias, si las examinamos, pero sino, ni nos acordamos "*

*' de cancer de cuello si les hablamos, pero a las usuarias les da verguenza de que las vean de mama no "*

## A4 Participación Masculina

### Importancia

- Los proveedores manifiestan su interes en que el hombre participe en el campo de la salud reproductiva, ya que tiene mejor grado de instruccion, piensan que con su apoyo el anticonceptivo seria mejor usado
- Manifiestan que se da el caso que la mujer aprende a usar el preservativo para luego enseñarle al hombre, lo que probablemente explica el mal uso del condon y de los metodos en general



95

- Todos estan de acuerdo en que es conveniente de que el hombre tome mayor responsabilidad y apoye en la planificacion familiar y en general en la salud reproductiva La poca participacion del varon actualmente impide que los programas tengan mayor impacto

## Machismo

- Los proveedores coinciden que a pesar de que en los ultimos años el machismo ha disminuido notablemente, todavia es tan fuerte que las mujeres usan metodos anticonceptivos a escondidas de su marido Pasan a recoger su pildora o a controlar la T de Cobre, cuando el no esta en casa o de "pasadita al mercado" para que el no lo note Lamentablemente esto muestra cuanta inequidad de genero existe en estas zonas, donde la mujer esta en desventaja, ya que no puede decidir siquiera sobre su propia salud reproductiva

## Educacion

- Los hombres tomarian mas responsabilidad si tuvieran una adecuada informacion directa y personal, ya que en el momento solo se informan a traves de su pareja o los amigos Los proveedores perciben que los varones se interesan mas cuando estan mejor informados, lamentablemente son pocas las oportunidades que existen para que asi sea
- Los establecimientos de salud ya tienen algunos usuarios varones, los cuales generalmente son jovenes quiza esto es debido a que los jovenes suelen tener mayor grado de instruccion y tal vez por ellos son menos machistas

## No acuden a los establecimientos

- Pocas parejas acuden juntos a planificar o a descartar una enfermedad de transmision sexual
- Los proveedores procuran el dialogo sin lograrlo finalmente a pesar de intentarlo de diferente maneras
- La modalidad que mejor les ha dado resultado es la visita domiciliaria

***Testimonios***

*pocas usuarias vienen con su pareja que bueno seria que el hombre participe como ellos saben leer ayudarian a que la usuaria use mejor los metodos*

*aqui hay mucho machismo las usuarias usan a escondidas a la pasadita entran a pedir su metodo Ellos dicen que las mujeres que usan metodos son infieles y les pegan si las descubren*

*" es importante que el hombre participe, porque la mujer es quien aprende a usar el preservativo y seguramente por eso despues lo usan mal*

# B. PROPUESTAS

Los proveedores entrevistados luego de hacer un analisis de la calidad de información que intercambian con la usuaria plantean propuestas para mejorar la calidad de esta información las hemos recogido agrupandolas en los tres temas principales que se tocaron durante la entrevista

## B1 Planificación Familiar

- Las capacitaciones de planificacion familiar deben darse a todos los proveedores de los establecimientos porque todos de una forma u otra prestan atenciones en salud reproductiva
- Los medicos deben ser estimulados a seguir cursos de consejeria, las invitaciones para estos cursos deben contener los objetivos a cumplir en el certamen y la asistencia a ellos debe ser de cierta manera requisito para ser proveedor
- Es importante hacer esfuerzos para que en los establecimientos exista suficiente material de IEC, para facilitar una atencion con calidad

***Testimonios***

*' todas las personas de la posta deberiamos ser capacitadas, porque cuando la obstetriz no esta las atiendo yo y si no hay medico las atiende la enfermera o el tecnico*

*" todos los profesionales deberian recibir consejeria, eso ayuda mucho a mejorar la calidad de la atencion A ellos no les gusta asistir a esos cursos, siempre nos mandan a las obstetrices, dicen que ellos no necesitan aprender esas tonterias "*

*" no tenemos videos de planificacion familiar ni de ETS ni de cancer De otros programas si, pero ahora, escuche usted, estan viendo Utilisima en nuestro lindo televisor '*

*" solo el consultorio de la obstetriz tiene rotafolios y folletos , pero el consultorio del medico tambien deberia tener estos materiales, porque no nos podemos estar prestando delante de las pacientes '*



98

## B2 Enfermedades de Transmision Sexual

- Los proveedores tienen necesidad de capacitacion en enfermedades de transmision sexual para realizar labor de prevencion y tratamiento
- Es necesario dotar a los establecimientos de material de IEC como rotafolios y folletos que les permitan hacer mejor y mas facil su labor de educacion y tratamiento
- Seria conveniente hacer con los proveedores reuniones de sensibilizacion para que ellos pongan mayor esfuerzo en indagar por enfermedades de transmision sexual en pacientes y usuarios de riesgo aunque no acudan con sintomas Chimbote es una zona de alta prevalencia

***Testimonios***

*' quisiera que me capacitaran mas en Enfermedades de Transmision Sexual se que me falta*

*' necesitamos folletos y rotafolios de E T S solo hablando la gente no entiende '*

*en planificacion familiar tenemos rotafolios y algunos folletos pero en E T S y cancer nada deberan mandarnos material, es muy necesario "*

## B3 Cáncer Ginecológico

- La motivacion de los proveedores para trabajar cancer de cuello uterino es buena, pero es necesario dotar los establecimientos con material y capacitar al personal para que hagan una mejor labor educativa con el fin de que las personas asuman el cuidado de su salud, reconozcan su riesgo y pierdan el temor a la prueba
- En relacion al cancer de mama, los proveedores deben educar a la poblacion femenina para que se haga el autoexamen de rutina en casa, para ello deben poseer materiales de apoyo y capacitacion

- Los proveedores estan dispuestos a modificar de cierta manera sus horarios con el fin de que la poblacion tenga mas acceso en los lugares donde la atencion es solo en la mañana.

*Testimonios*

*deberiamos hacer campañas gratuitas para que todas se hicieran el PAP S 2 00 nuevos soles es mucho para ellas que nunca reciben dinero*

*si tuvieramos mas material de cancer se darian mejor las charlas y entenderian maslas mujeres*

*deberiamos atender en horarios que ellas tuvieran tiempo, yo lo haria, pero*

## B4 Participación Masculina

Todos los proveedores entrevistados estan de acuerdo en que se debe mejorar calidad y cantidad de informacion que se da al varon y sugieren al respecto

- Difusion masiva de spots radiales dirigidos al hombre
- Visita casa por casa en el horario en que ellos esten en sus domicilios y si es necesario hacer revisita
- Dar charlas en los colegios a los jovenes Ellos son agentes de cambio
- Precisan tambien que seria efectivo dar charlas en centros de trabajo de varones e ir a los grupos donde se reunen club de deportes, juntas de regantes, etc
- Citarlo al centro de salud, mediante esquelas con nombre propio
- Proponen tambien dar espacios especiales para consejeria de varones

***Testimonios***

*para que el hombre participe deberiamos hacer difusion masiva radial television y perifoneo tambien folletos dirigidos al hombre*

*hay que educar al hombre casa por casa y tambien en su centro de trabajo dandoles informacion directa sin pensar que ellos son corderitos*

*se puede dar consejeria en horarios en que el hombre no trabaja porque esa es su disculpa*

*podriamos trabajar con grupos de apoyo Yo en otra posta asi lo hacia con ellos hice la escuela de padres y me daba resultado*

# VI RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES

## A) REACCIONES AL USO DE UNA GUIA

La mayoria de los profesionales que recibieron las guias las usaron pero algunos fueron asaltados por el temor de que su imagen ante el usuario sufra desmedro por lo que decidieron no seguirlo haciendo

Los que dijeron haber usado hasta el final y por varias veces, previamente habian explicado al usuario que trabajarian con el material y tuvieron mejores resultados Observaron tambien que se habian demorado mas de lo habitual, explicando que probablemente fue por falta de entrenamiento previo

Todos estuvieron de acuerdo en que el uso de la guia mejoraba la calidad de atencion, permitiendo mejor orden y mayor recomendacion

## B) PROPUESTAS

En conclusion, pidieron que se elaborara un material muy similar al que se les dejo para usarlo y sugirieron las siguientes caracteristicas

a) Que conserve el tamaño (porte oficio)
b) Que tenga forma de rotafolio para escritorio, pero no muy grande para no tener que levantarse para voltearlo
c) Que sea de colores y con figuras
d) Que las figuras sean vistas por el paciente y las letras por el proveedor
e) Que sea una guia por cada tema para no perder tiempo buscando las hojas respectivas

***Testimonio***

*yo lo he utilizado varias veces y me ha gustado me permite no olvidarme de muchas cosas que a veces por el tiempo o porque no recuerdo no le digo a la paciente*

*yo lo he utilizado solo hasta la mitad senti que la paciente desconfiaba parecia que no sabia y que estaba leyendo pero lo he leido todo y esta muy interesante porque ayuda a recordar lo que uno se olvida lleva de la mano durante toda la atencion*

*' podria ser de una forma diferente como un rotafolio, nosotros miramos las letras y el paciente mira las figuras Que tengan muchos colores porque asi les gusta a las pacientes y asi aprenden mejor*

*' que nos sea muy grande, solamente del mismo porte, para no tener que pararnos*

*' nos gustaria que sea uno por cada tema para no tener que pasar muchas hojas que tenga muchos colores '*

*" yo lo use dos veces, antes le explique a la paciente que iba a utilizar ese manual para darle una mejor atencion y porque lo estaba probando y me fue muy bien, solo que me demoraba mucho tal vez, por lo que recien estaba aprendiendo a usarlo "*

*" yo lo lei primero y luego lo use con la paciente, ella estaba medio desconcertada pero despues se fue muy contenta porque le di una atencion mejor que antes Pero si fuera de otra forma me gustaria mucho mas "*

# VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

- En los establecimientos estan trabajando con una vision de atencion integral por lo que es muy probable que todos los proveedores hagan atencion en Salud Reproductiva
- La necesidad de material de IEC es muy alta en todas las especialidades
- La gran mayoria de establecimientos de salud no tienen ambiente fisico, especifico para dar la Consejeria, lo que motiva falta de privacidad en ella
- Los medicos y enfermeras aceptan que hay mas deficiencias en la informacion proveedor-cliente en salud reproductiva, quiza porque piensan que el asunto es responsabilidad mas de la obstetriz que de ellos
- Cuando hay algun tipo de material de IEC en el establecimiento de salud, generalmente este se encuentra solo en el consultorio de la obstetriz, porque la labor educativa en la materia esta asignada a ella Los demas ambientes como el consultorio del medico, donde con mucha frecuencia tambien se da atencion en salud reproductiva no tienen ningun material de apoyo Este aspecto puede estar condicionando una menor calidad del intercambio de informacion proveedor-cliente de los quienes no cuentan con dicho material
- La guia tuvo muy buena aceptacion entre los proveedores de salud reproductiva Les parecio que mejoraba mucho la calidad de informacion que ofrecen, facilitando el recuerdo de algunos aspectos que se olvidan con frecuencia Tambien vieron la guia como una forma de capacitacion y actualizacion de conocimientos

## RECOMENDACIONES

El sistema de capacitacion debe ser permanente con actualizaciones en periodos no mayores de un año Recordemos que los contratos son maximo por un año (aunque renovables) y los SERUMS tambien duran solo doce meses y cada año ingresa un nuevo grupo

- Las capacitaciones deben darse a todos los proveedores de los establecimientos porque todos ellos de una u otra forma proveen atenciones en salud reproductiva
- Si el Ministerio tiene posibilidades de implementar campañas gratuitas de toma de muestra de Papanicolaou dirigida a para quienes tengan factores de riesgo, seria muy positivo, que lo haga Sugerimos que la campaña de toma de muestra sea precedida de una campaña educativa intensa, para tener mayor aceptacion
- Es muy claro que es necesario elaborar y difundir material de IEC exclusivo para el hombre, asi como desarrollar estrategias para "llegar hasta sus terrenos" ya que su acercamiento al establecimiento es mucho mas difícil
- Implementar con material de IEC todos los consultorios que brindan servicios de salud reproductiva, especialmente la del medico ya que con mayor frecuencia reemplaza a la obstetriz
- Es necesario evaluar los horarios de atencion en relacion a las necesidades de la poblacion
- Se debe asesorar para que en cada establecimiento exista ambiente de prioridad para las consejerias, con algunas condiciones de privacidad
- Seria conveniente proveer de una guia de atencion, para los diferentes aspectos de salud reproductiva
- En general es conveniente tomar en cuenta las "propuestas" que los mismos proveedores hicieron

# VIII BIBLIOGRAFIA


- FITZPATRICK R *La enfermedad como experiencia* Fondo de Cultura Economica Mexico 1990
- MILLONES Luis y Mary PRATT *Amor brujo imagen y cultura del amor en los Andes* IEP Lima 1989
- ORTIZ Alejandro *La pareja y el mito estudio sobre las concepciones de la persona y de la pareja en los Andes* PUC Lima, 1993
- UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PRISMA *Estudio cualitativo de utilizacion de servicios de salud y planificacion familiar Puno* Puno, 1995
- BELSEY, E M y Grupo Especial de Trabajo sobre Agentes Sistemicos de Efecto Prolongado para la Regulacion de la Fecundidad, Organizacion Mundial de la Salud, 1991 *'Menstrual bleeding patterns in untreated womem and wirh long-acting methods of contraception '* Advances in contraception, 7 257-270
- COOK, THOMAS D , y DONALD T CAMPBELL, 1979 *Quast-experimentation Design and analysis issues for fiels settings* Chicago Rand McNally
- GRAY, RONALD H , Y TIENG PARDTHAISONG 1991 "In utero exposure to steroid contreaceptive and survival during infancy *"American Journal of Epidemiology, 134, 8 804-811*
- GARVIN, DAVID (1984) *"What does Quality Product Really Mean"* En Sloan Management Review
- Naciones Unidas (1994), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Poblacion y el Desarrollo*
- LEON, FEDERICO *"Mejorando la calidad y acceso a servicios de Planificacion Familiar en ambitos rurales y semi-rurales del Peru"* Instituto Andino de Estudios en Poblacion y Desarrollo (INANDEP) Julio1994
- COMMUNICATION FOR CHILD SURVIVAL HEALTHCOM *"Manual para Excelencia en la Investigacion mediante Grupos Focales"* 1988

- Guias

## ENTREVISTA AL PROVEEDOR DE SERVICIOS

A Identificacion Geografica
Distrito
Centro Poblado

B Identificacion del Establecimiento
Nombre del Establecimiento

Direccion

C Tipo de Establecimiento
MINSA 1 Hospital
2 Centro de Salud
3 Puesto de Salud

## EXPERIENCIA EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA

Nombre del entrevistado

Edad
Sexo

¿Cual es su profesion u ocupacion?

| | |
|---|---|
| Medico General | 1 |
| Gineco-Obstetra | 2 |
| Medico otra especialidad | 3 |
| Obstetriz | 4 |
| Enfermero (a) | 5 |
| Auxiliar o tecnico de enfermeria | 6 |
| Sanitario | 7 |
| Otro | 8 |

(Especifique)

¿Cual es su condicion laboral?

| | |
|---|---|
| Nombrado | 1 |
| Contratado | 2 |
| Serumista | 3 |

¿Hace cuantos años que Ud esta proporcionando servicios de Planificacion Familiar?

Años meses
No proporciona servicios de P F
No recuerda

¿Hace cuantos años que esta Ud proporcionando otros servicios de salud Reproductiva?

¿Salud Materna gineco-obstetricia enfermedades de transmision sexual etc ?

¿En que años termino sus estudios?

Año
No recuerda

En sus estudios profesionales se incluyeron temas de

| | SI | NO |
|---|---|---|
| Planificacion Familiar | 1 | 2 |
| ETS | 1 | 2 |
| SIDA | 1 | 2 |
| No tiene estudios prof/tec | 1 | 2 |
| Cancer de cuello | 1 | 2 |
| Cancer de mama | 1 | 2 |
| Sexualidad | 1 | 2 |

¿Despues de concluido sus estudios regulares Ha recibido algun curso en planificacion familiar tecnologia (metodologia) anticonceptiva y/o salud reproductiva que incluyera los siguientes temas Por favor refierase al ultimo recibido en cada tema

| | SI | NO | Cuantos proced? (Capacit) | | En que Institucion? | En que mes y año? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Abstinencia Periodica | 1 | 2 | | | | | |
| Metodo Lactancia amenorreica | 1 | 2 | | | | | |
| Metodos de Barrera | 1 | 2 | | | | | |
| Metodos orales hormonales | 1 | 2 | | | | | |
| Metodos inyectables hormonales | 1 | 2 | | | | | |
| Insercion de Norplant | 1 | 2 | | | | | |
| Remocion de Norplant | 1 | 2 | | | | | |
| DIU (intervalo) | 1 | 2 | | | | | |
| DIU (post-parto) | 1 | 2 | | | | | |
| Minilaparotomia en intervalo | 1 | 2 | | | | | |
| Minilaparotomia en postparto | 1 | 2 | | | | | |
| Laparoscopia | 1 | 2 | | | | | |
| Vasectomia con bisturi | 1 | 2 | | | | | |
| Vasectomia sin bisturi | 1 | 2 | | | | | |
| Riesgo reproductivo | 1 | 2 | | | | | |
| Sexualidad Humana | 1 | 2 | | | | | |
| Consejeria y con interpersonal | 1 | 2 | | | | | |
| Gestion supervision o administracion de establecimiento | 1 | 2 | | | | | |
| Trabajo a nivel comunitario | 1 | 2 | | | | | |
| Metodologia educativa | 1 | 2 | | | | | |
| Prevencion de infecciones (practica de asepsia manejo de instrumental) | 1 | 2 | | | | | |
| Algun otro | 1 | 2 | | | | | |



12

## OPINIONES DEL PROVEEDOR EN RELACION AL INTERCAMBIO DE INFORMACION CON LA USUARIA

### INFORMACION OFRECIDA

1 ¿Piensa Ud que los proveedores dan informacion completa o incompleta en planificacion familiar y anticoncepcion?

¿En ETS?

¿En cancer de mamas y cuello uterino?

2 ¿Cual piensa Ud que es la informacion mas frecuente que no dan?

3 ¿Por que no la dan?

4 Piensa Ud ¿Los proveedores les hablan de las complicaciones del metodo a la usuaria?

¿Por que?

5 Piensa Ud ¿Que los proveedores verifican si es que el usuario aprendio a usar correctamente el metodo elegido?

¿Por que?

6 Piensa Ud ¿Que los proveedores descartan todas las contraindicaciones para dar un metodo anticonceptivo?

¿Por que?

7 Piensa Ud ¿Que los proveedores le hablan a la usuaria de todos los efectos colaterales del metodo?

¿Por que?

8 Piensa Ud ¿Que los proveedores no informan a la usuaria sobre como actuan en el organismo el metodo elegido?

¿Por que?

9 Piensa Ud ¿Que los proveedores informan de toda la gama anticonceptiva como alternativa de uso a la usuarias antes de la eleccion del metodo?

¿Por que?

10 Piensa Ud ¿Que los proveedores informan a la usuaria la posibilidad de cambio de metodo si asi lo desean?

¿Por que?

11 Piensa Ud ¿Que no hay dificultades en el control de una usuaria continuadora?

¿Por que?

12 ¿Como hacen el control de la usuaria continuadora?

13 ¿Se verifica en la usuaria continuadora contraindicaciones?

14 ¿Se verifica uso correcto?

**INFORMACION ENTREGADA OTRAS FORMAS DE SALUD REPRODUCTIVA**

15 Piensa Ud ¿Que los proveedores, detectan E T S en las usuarias y pacientes de riesgo?

¿Por que?

16 Piensa Ud ¿Que los proveedores, detectan cancer de mamas y cuello uterino en la generalidad de pacientes?

¿Por que?

17 Piensa Ud ¿Que los proveedores detectan y tratan las E T S en las personas que consultan pero no les dan suficiente informacion a la paciente para mejorar la prevencion y evitar la diseminacion y reinfeccion?

¿Por que?

¿Hacen tratamiento de la pareja?

18 ¿Como mejoraria la informacion que debe dar el proveedor a la usuaria de planificacion familiar?

En ETS

En cancer de mamas y cuello uterino

## PARTICIPACION DEL HOMBRE

19 ¿Le parece importante la participacion del hombre en la salud reproductiva?
¿Por que?

20 Piensa Ud ¿Que si participa el conyuge o la pareja de la usuaria mejoraria la continuidad en el uso del metodo anticonceptivo?
¿Por que?

21 ¿Como cree Ud que podemos lograr la participacion activa del varon en Planificacion Familiar?

22 ¿Que le parece si les pedimos a las usuarias que asistan con su pareja a la consulta?

23 ¿Debemos elaborar informacion para que la usuaria lleve al esposo?

24 ¿Debemos dar charlas a las parejas en los establecimientos de Salud?

25 ¿Debemos dar charlas y videos en centros de trabajo de varones?

26 Y si hacemos campaña de Control Prostata para varones y aprovecharemos para dar informacion

27 Y si pasamos videos de Planificacion Familiar en otros servicios a los que acude el hombre, ejem Medicina General

28 ¿Si establecemos Consejeria exclusivamente para varones?

## GUIA DE GRUPO FOCAL

1 Lo utilizaron

2 ¿Que les parecio el contenido?

3 ¿Que les parecio la forma?

4 ¿Es diferente la atencion con este instrumento?

5 ¿Cual es la diferencia?

6 ¿Que le modificarian?

7 ¿Que le agregarian?

8 ¿Que le quitarian?

9 ¿Tuvieron dificultades para utilizarlo?

10 ¿Que dificultades tuvieron?

11 ¿Que es lo que mas le agrada?

12 ¿Que es lo que menos le agrada?

13 ¿Cuales son sus sugerencias?

14 ¿Es claro el contenido?

15 ¿Que les parecio los colores?

16 ¿Y que opinan de los dibujos?

## RELACION DE ESTABLECIMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL EGB Y SU PERIFERIE QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR

| | PERSONAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | MEDICOS | OBSTETRICES | ENFERMERAS | TEC ENF | TOTAL |
| HOSP REG E G B | 10 | 13 | 0 | 0 | 23 |
| C S YUGOS | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S VILLA M | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S 08 OCT | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S SAMANO | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S CHIMUS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| P S HUAMBA | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| P S NEPEÑA | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S SAN JA | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S MORO | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S POCOS | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| P S JIMBE | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| P S SATELITE | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| P S COLCAP | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| P S LAMPANI | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| P S CAPTUY | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | 20 | 22 | 1 | 13 | 56 |

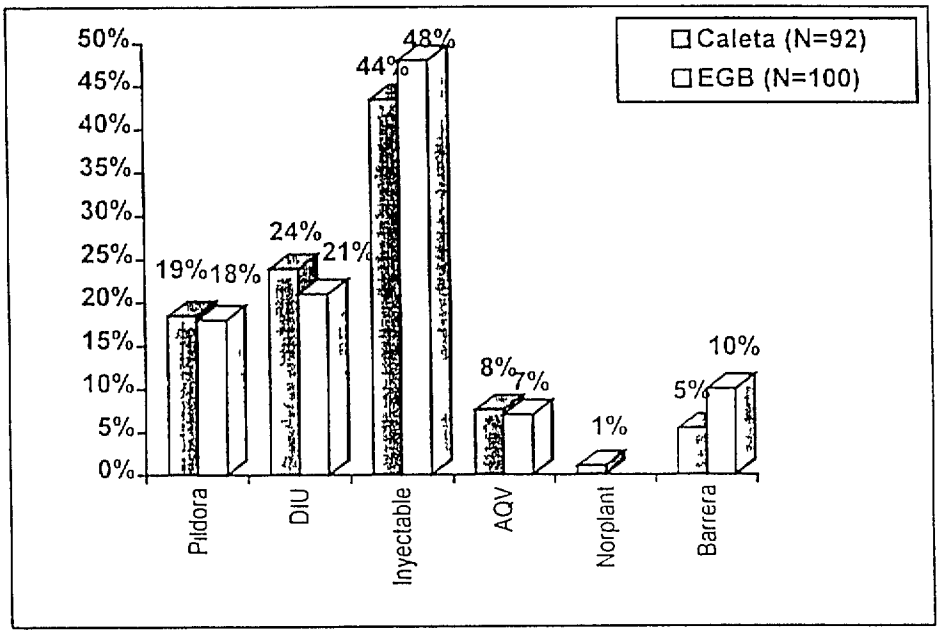
### UTES LA CALETA

| | PERSONAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | MEDICOS | OBSTETRICES | ENFERMERAS | TEC ENF | TOTAL |
| Hospital de Apoyo La Caleta | 10 | 9 | 5 | 5 | 29 |
| P S VINZOS | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| P S RINCONADA | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| P S ALTO PERU | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| P S TAMBO REAL | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| C S SANTA | 4 | 3 | 2 | 5 | 14 |
| C S COISHCO | 2 | 2 | 1 | 4 | 9 |
| P S SAN PEDRO | 1 | 2 | 1 | 4 | 8 |
| P S LA ESPERANZA | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| C S PROGRESO | 2 | 3 | 2 | 5 | 12 |
| P S VICTOR RAUL | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| P S SAN JUAN | 1 | 2 | 1 | 4 | 8 |
| P S MIRAFLORES | 2 | 2 | 2 | 4 | 10 |
| P S LA FLORIDA | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| P S MAGDALENA NUEVA | 1 | 3 | 1 | 4 | 9 |
| P S TUPAC AMARU | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| P S LA UNION | 1 | 2 | 1 | 4 | 8 |
| P S CAMBIO PUENTE | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| P S CHACHAPOYAS | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| P S CASCAJAL | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| **TOTAL** | 32 | 48 | 23 | 63 | 166 |

razones que dan para no recibir su metodo preferido se encuentran en las de La Caleta prescripcion medica (56%) y la falta de disponibilidad del metodo (25%), en tanto en las de EGB fundamentalmente es por prescripcion medica (75%)

Por otro lado en las continuadoras sin problemas con MAC existe un mayor numero de usuarias de inyectables (cerca al 50%) seguidas por las que usan el DIU (23%) y las pildoras (19%) No existe mayor diferencias por UTES (Grafico 2)

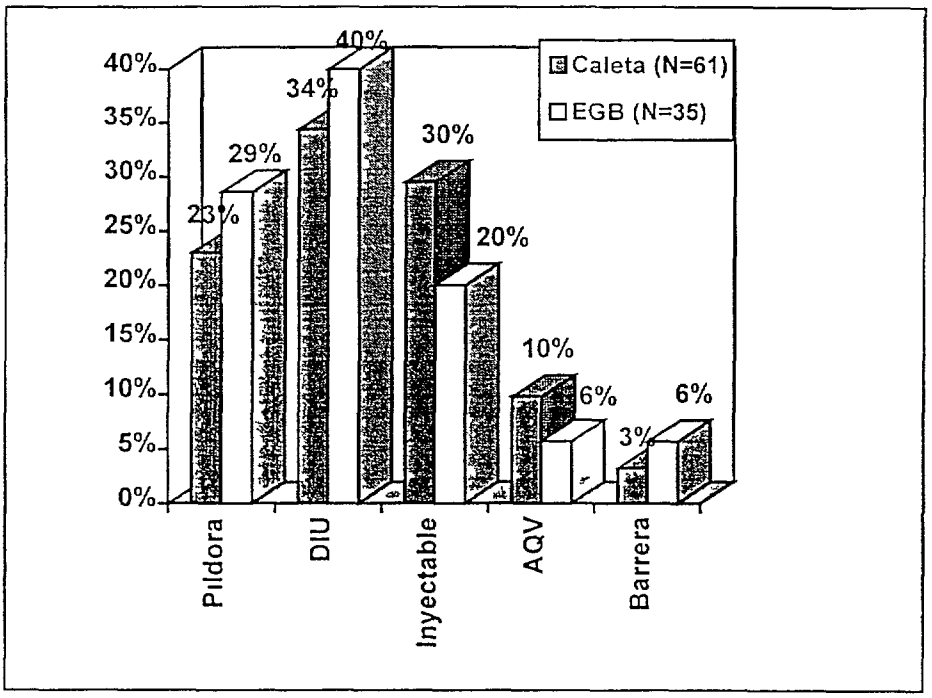
*Grafico 2 Continuadoras sin problemas segun metodo, por UTES*




En tanto entre las continuadoras con problemas son mas las que usan DIU, pildoras e inyectables Al comparar por UTES se observa que las continuadoras con problemas que usan inyectables y AQV son mas en la Caleta que en EGB mientras que las usuarias con problemas que usan DIU y pildoras son mas en EGB que en la Caleta (Grafico 3)

Resumiendo lo expresado en esta seccion señalaremos que hubo un mayor numero de continuadoras de MAC que usuarias nuevas El uso del inyectable es el metodo mas empleado entre las nuevas usuarias de MAC y las continuadoras sin problemas en tanto el DIU es el mas usado entre las continuadoras con problemas

*Gráfico 3 Continuadoras con problemas segun método, por UTES*




## 3.3 Entrega de información y conocimientos sobre PF y ETS.

Segun Bruce (1990) uno de los elementos que constituye la calidad de atencion en los servicios de PF, es la informacion que se le ofrece a la cliente, la cual le permitira escoger y emplear la anticoncepcion de manera satisfactoria y con competencia tecnica En el presente estudio se han recogido datos concernientes a la informacion recibida por la usuarias en la consulta, asi como el conocimiento de estas en relacion al uso y efectos colaterales del metodo que usan, y sobre las ETS

### 3 3 1 Informacion entregada a la usuaria en la consulta

Como ya se ha mencionado la informacion entregada a la usuaria es un aspecto importante para asegurar la calidad de los servicios, en la medida que hablarles de los diferentes MACs asi como la posibilidad de cambio garantiza la decision



117

libre e informada en la eleccion del metodo, asi mismo señalarles otras fuentes de aprovisionamiento asegura de alguna manera la continuidad con el metodo

En el presente estudio se ha encontrado que en ambas UTES, el mayor porcentaje de usuarias nuevas (no menos del 80%) manifestaron haber recibido informacion en la consulta respecto a los diferentes MACs y sobre la posibilidad de cambiar de metodo en caso de no estar satisfechas con el que le entregaron Sin embargo solo hubo un 18% de usuarias nuevas a quienes les señalaron otras fuentes de aprovisionamiento del metodo (Tabla 4)

***Tabla 4 Nuevas usuarias de MAC, que respondieron afirmativamente a items sobre informacion recibida en la consulta***

| Items | Total N=68 | La Caleta N=37 | EGB N=31 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Le hablaron de otros metodos | 85 | 84 | 87 |
| Le dijeron que podria cambiar de metodo | 81 | 81 | 81 |
| Le indicaron otras fuentes de reabastecimiento | 18 | 16 | 19 |

Otro elemento importante en la entrega de informacion es darles a conocer a las usuarias sobre los efectos colaterales del metodo y que hacer sobre ellos en caso de que se presenten

En este estudio se encontro que casi la mitad de continuadoras que presentaban efectos colaterales con el MAC no habian sido informadas sobre estos Y entre las que si habian sido informadas solo al 78% se les dijo que hacer sobre estos (Tabla 5)

***Tabla 5 Continuadoras con problemas por efectos colaterales, con respuestas positivas a items sobre informacion recibida en la consulta***

| Item | Total N=71 | La Caleta N=44 | EGB N=27 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Le hablaron sobre efectos colaterales | 58 | 61 | 52 |
| Le dijeron que hacer con los efectos colaterales | 78 | 77 | 78 |



118

Un aspecto que contribuye con la informacion que se le brinda a la usuaria de planificacion familiar es la entrega de material educativo y la programacion de charlas sobre el tema Se encontro que solo 21% de usuarias de la Caleta y 8% de usuarias de EGB habian recibido material educativo (tripticos, folletos) y que casi la totalidad (98%) en ambas UTES no participaron de charlas (Tabla 6)

***Tabla 6 Porcentaje de usuarias que recibieron material educativo y participaron en charlas educativas el dia de la consulta***

| | Total N=412 | La Caleta N=227 | EGB N=185 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Recibieron material educativo | 15 | 21 | 8 |
| Participaron en charlas grupales | 2 | 3 | 2 |

### 3 3 2 Conocimiento de metodos de planificacion familiar

En primer lugar cabe destacar que no existe mayor diferencia por UTES en cuanto al conocimiento de uso de pildoras Se encontro que las usuarias de este metodo, en su totalidad conocen la frecuencia con la que deben tomar las pastillas, sin embargo alrededor del 10% no conoce cuando se debe empezar a usar el metodo y entre 20% y 30% desconocen lo que se hace cuando se olvida tomar la pildora por un dia (Tabla 7a)

***Tabla 7a Conocimiento de uso de la pildora, en las usuarias del método***

| Items | Total N=63 | La Caleta N=31 | EGB N=32 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Inicio de uso de la pildora entre el 1er y 5to dia del periodo menstrual | 91 | 94 | 88 |
| La pildora se toma una vez al dia | 100 | 100 | 100 |
| Cuando se olvida tomar la pildora por un dia, se toma uno inmediatamente | 78 | 84 | 72 |

En relacion al conocimiento de efectos colaterales de la pildora , se observa un desconocimiento por parte de las usuarias Entre los efectos colaterales mas mencionados figuran el dolor de cabeza (43%) y las nauseas (36%) En menor medida se menciono el aumento de peso (13%) y los sangrados intermenstruales (6%) Cabe destacar que solo en la Caleta hubieron usuarias del metodo que manifestaron como efectos colaterales la infertilidad (6%) y el cancer (3%) (Tabla 7b)

***Tabla 7b Conocimiento de efectos colaterales de la pildora, en las usuarias del metodo***

| Item | Total N=63 | La Caleta N=31 | EGB N=32 |
|---|---|---|---|
| La pildora provoca nauseas | 36 | 41 | 31 |
| La pildora provoca dolor de cabeza | 43 | 38 | 47 |
| La pildora provoca sangrados intermenstruales | 6 | 9 | 3 |
| La pildora provoca problemas de peso | 13 | 16 | 9 |
| La pildora provoca cancer | 2 | 3 | 0 |
| La pildora provoca infertilidad | 3 | 6 | 0 |

En relacion al conocimiento de uso del DIU se encontro que existen diferencias por UTES Solo el 34% en la Caleta y el 19% en EGB, sabe como verificar la posicion del DIU en tanto el 55% en la Caleta y 34% en EGB conoce cuando retornar al servicio para su primer control y el 48% en La caleta y 63% en EGB esta informado sobre el tiempo que protege el DIU contra los embarazos (Tabla 8a)

***Tabla 8a Conocimiento de uso del DIU, en las usuarias del metodo***

| Item | Total N=78 | La Caleta N=46 | EGB N=32 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Se verifica la posicion del DIU chequeando el hilo | 28 | 34 | 19 |
| Una vez insertado el DIU, el primer control es despues del mes | 46 | 55 | 34 |
| El DIU protege de 8 a 10 años | 54 | 48 | 63 |



120

En relacion al conocimiento de efectos colaterales del DIU, se observa un desconocimiento por parte de las usuarias Los mas mencionados en la Caleta fueron los colicos menstruales (21%), la inflamacion pelvica (18%) y los descensos vaginales (18%), en tanto en EGB los que se mencionaron con mayor frecuencia fueron la inflamacion pelvica (25%), los sangrados intermenstruales (22%) y el descenso vaginal (19%) (Tabla 8b)

***Tabla 8b Conocimiento de efectos colaterales del DIU, en las usuarias del método***

| Items | Total N=76 | La Caleta N=44 | EGB N=32 |
|---|---|---|---|
| El DIU provoca colicos menstruales | 12 | 21 | 3 |
| El DIU provoca sangrados intermenstruales | 17 | 11 | 22 |
| El DIU provoca dolor de espalda | 12 | 14 | 9 |
| El DIU provoca inflamacion pelvica | 22 | 18 | 25 |
| El DIU provoca descenso vaginal | 19 | 18 | 19 |

Por otro lado las usuarias de la depoprovera en su totalidad (independientemente de la UTES) tienen conocimiento de cada cuanto tiempo se aplica la ampolla (Tabla 9a)

***Tabla 9a Conocimiento de uso del inyectable, en las usuarias del metodo***

| Items | Total N=141 | La Caleta N=70 | EGB N=71 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| La ampolla se pone cada 3 meses | 100 | 100 | 100 |

La informacion que tienen las usuarias del inyectable respecto a los efectos colaterales de este es pobre Entre los mas mencionados se tiene los dolores de cabeza (50%) la ausencia de menstruacion (34%) y el sangrado irregular (31%) Aun cuando la frecuencia es baja, tambien se menciono como efectos colaterales del inyectable las nauseas, problemas de peso (aumento) y la infertilidad (Tabla 9b)

Por otro lado en cuanto al conocimiento de la anticoncepcion quirurgica, mas de la mitad de las usuarias de la Caleta y poco mas de un cuarto en EGB conocen cuando retirarse los puntos, y solo 8% en la Caleta y 30% en EGB saben por

cuanto tiempo se debe guardar reposo luego de la operacion Un mayor porcentaje de usuarias conoce que no se deja de menstruar luego de la operacion (92% en la Caleta y 60% en EGB), y todas (independientemente de la UTES) señalaron que el metodo es definitivo (Tabla 10a)

*Tabla 9b Conocimiento de efectos colaterales del inyectable, en las usuarias del metodo*

| | Total N=141 | La Caleta N=70 | EGB N=71 |
|---|---|---|---|
| La ampolla provoca nauseas | 17 | 21 | 13 |
| La ampolla provoca sangrado irregular | 31 | 36 | 25 |
| La ampolla provoca dolor de cabeza | 50 | 41 | 59 |
| La ampolla provoca problemas de peso | 8 | 7 | 9 |
| La ampolla provoca infertilidad | 3 | 3 | 3 |
| La ampolla provoca ausencia de menstruacion | 34 | 34 | 34 |

*Tabla 10a Conocimiento de uso de la AQV, en las usuarias del metodo*

| | Total N=22 | La Caleta N=12 | EGB N=10 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Se saca los puntos entre el 5to y 7mo dia | 46 | 58 | 30 |
| Despues de la operacion se guarda una semana de reposo | 18 | 8 | 30 |
| La menstruacion sigue igual luego de la operacion | 77 | 92 | 60 |
| La mujer no podra tener mas hijos | 100 | 100 | 100 |

Y en la Tabla 10b podemos ver que son pocas las usuarias del AQV, que manifestaron tener conocimiento alguno de efectos colaterales para el metodo Entre las que señalaron que el AQV tiene efectos colaterales, se observa que se mencicna en mayor medida los dolores de cabeza (25%) y en menor frecuencia

colicos, sangrado y mareos Cabe añadir que no existe mayor diferencia entre las UTES de la Caleta y EGB

***Tabla 10b Conocimiento de efectos colaterales de la AQV, en las usuarias del metodo***

| Items | Total N=22 | La Caleta N=12 | EGB N=10 |
|---|---|---|---|
| AQV provoca colicos | 9 | 8 | 10 |
| AQV provoca sangrado | 9 | 8 | 10 |
| AQV provoca dolor de cabeza | 23 | 25 | 20 |
| AQV provoca mareos | 9 | 8 | 10 |

### 3 3 3 Conocimiento de ETS e infeccion VIH/SIDA

Cuando se evaluo el conocimiento general sobre las ETS, la infeccion VIH/SIDA y los modos de prevencion -Tabla 11- apreciamos que la mayor parte de entrevistadas manifestaron tener informacion al respecto Al comparar por UTES no se observa mayor diferencia, sin embargo en cuanto a los temas planteados es mayor el porcentaje de usuarias que conoce del VIH/SIDA y ETS, en tanto sobre los modos de prevencion es ligeramente menor

***Tabla 11 Porcentaje de usuarias que manifestaron conocer de las ETS y la infeccion VIH/SIDA***

| Items | Total N=412 | La Caleta N=227 | EGB N=185 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Informacion sobre ETS | 85 | 89 | 80 |
| Informacion sobre el VIH/SIDA | 96 | 97 | 94 |
| Informacion sobre formas de proteccion de las ETS y VIH/SIDA | 63 | 64 | 62 |

Con referencia al conocimiento especifico sobre los sintomas y signos de las ETS -Tabla 12- se encontro que en general fue bajo y que no existe mayor diferencia por UTES (poco menos de un cuarto refirio algun sintoma o signo), los mas



123

mencionados fueron flujo vaginal anormal, comezon en los genitales, perdida de peso y ulceraciones/heridas en los genitales Los sintomas/signos menos mencionados fueron diarreas, dolor al orinar y otros

*Tabla 12 Conocimiento de síntomas y signos mas comunes de las ETS*

| | Total N=347 | La Caleta N=201 | EGE N=146 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Flujo vaginal anormal | 19 | 21 | 15 |
| Sangrado vaginal anormal | 3 | 4 | 2 |
| Comezon en los genitales | 16 | 16 | 16 |
| Heridas/ulceraciones | 12 | 12 | 12 |
| Dolor en el vientre | 4 | 3 | 5 |
| Dolor al tener relaciones sexuales | 2 | 2 | 1 |
| Dolor al orinar | 5 | 4 | 6 |
| Verrugas | 3 | 3 | 2 |
| Perdida de peso | 16 | 16 | 16 |
| Diarrea prolongada | 6 | 8 | 3 |

Respecto al conocimiento especifico de las vias de infeccion VIH/SIDA, se evidencia que el mayor porcentaje de entrevistadas (alrededor de 80%) refirieron la via sexual alrededor de la mitad la via sanguinea y poco mas de un cuarto el compartir agujas hipodermicas u hojas de afeitar Un porcentaje bastante menor menciono como via de infeccion la perinatal Al comparar por UTES no se observa mayor diferencia

*Tabla 13 Conocimiento de vias mas comunes de infección VIH/SIDA*

| Items | Total N=394 | La Caleta N=219 | EGB N=175 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Relaciones sexuales | 88 | 90 | 85 |
| Transfusion sanguinea | 46 | 41 | 51 |
| Compartir agujas hojas de afeitar, etc | 36 | 37 | 34 |
| De madre a hijo (embarazo/parto) | 3 | 3 | 2 |

En relacion al conocimiento de las formas de proteccion de las ETS y el VIH/SIDA, notamos que las mas mencionadas por las entrevistadas son el uso del condon en primer lugar y luego el tener relaciones sexuales con una sola pareja Un menor porcentaje menciono el evitar compartir agujas (hipodermicas) y el convencer a la pareja para que sea fiel Las diferencias entre UTES son poco evidentes

*Tabla 14 Conocimiento de formas de proteccion de las ETS y el VIH/SIDA*

| Items | Total N=252 | La Caleta N=142 | EGB N=110 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Tener sexo solo con la pareja | 56 | 52 | 62 |
| Animar al otro para que sea fiel | 8 | 6 | 10 |
| Usar condon | 60 | 64 | 55 |
| Evitar compartir agujas | 20 | 17 | 25 |

Respecto a la informacion recibida y el conocimiento sobre PF y ETS, señalaremos a manera de sintesis que a juicio de la mayoria de entrevistadas, los proveedores les entregaron informacion basica en torno a la diversidad de metodos y la posibilidad de cambio de MAC entregado en caso de no estar satisfecha con este En menor medida se estaria informando sobre otras fuentes de abastecimiento del MAC entregado efectos colaterales y que hacer sobre estos

Por otro lado el conocimiento sobre el uso de MACs modernos entre las usuarias es bastante aceptable en ciertos metodos como en el caso del inyectable Sin



125

embargo habrian ciertos deficits en cuanto al conocimiento del uso de DIU, la pildora y la anticoncepcion quirurgica

Sobre los efectos colaterales de los MACs, se evidencio que la informacion de las usuarias es pobre, en algunos casos porque los efectos reales se menciona con baja frecuencia y en otros porque se atribuyen al metodo efectos que no son

En torno a las ETS y sus modos de prevencion, se nota que la mayor parte manifesto tener informacion general al respecto, sin embargo en cuanto al conocimiento especifico de los sintomas es pobre Sobre las vias de transmision del VIH/SIDA, el conocimiento es aceptable y se menciona en mayor medida la via sexual en tanto respecto a los modos de prevencion un numero importante señalo el uso del condon y el tener relaciones sexuales con una sola pareja

## 3.4 Actitudes sobre los servicios ofrecidos.

El primer aspecto a presentar en esta seccion es la percepcion de las usuarias respecto a los servicios recibidos -Tabla 15 se encontro que casi la totalidad de usuarias (alrededor del 95%) se sienten satisfechas con la visita que realizaron ese dia y creen haber recibido la informacion/servicios que necesitaban

En la misma tabla tambien se observa que a pesar de existir un porcentaje importante de usuarias satisfechas con el tiempo de espera, el tiempo que duro la consulta los gastos realizados y el horario de atencion, existe un margen comprendido entre 10% y 20% que no estan a gusto con estos aspectos

*Tabla 15 Usuarias que respondieron afirmativamente a ítems de satisfacción con los servicios*

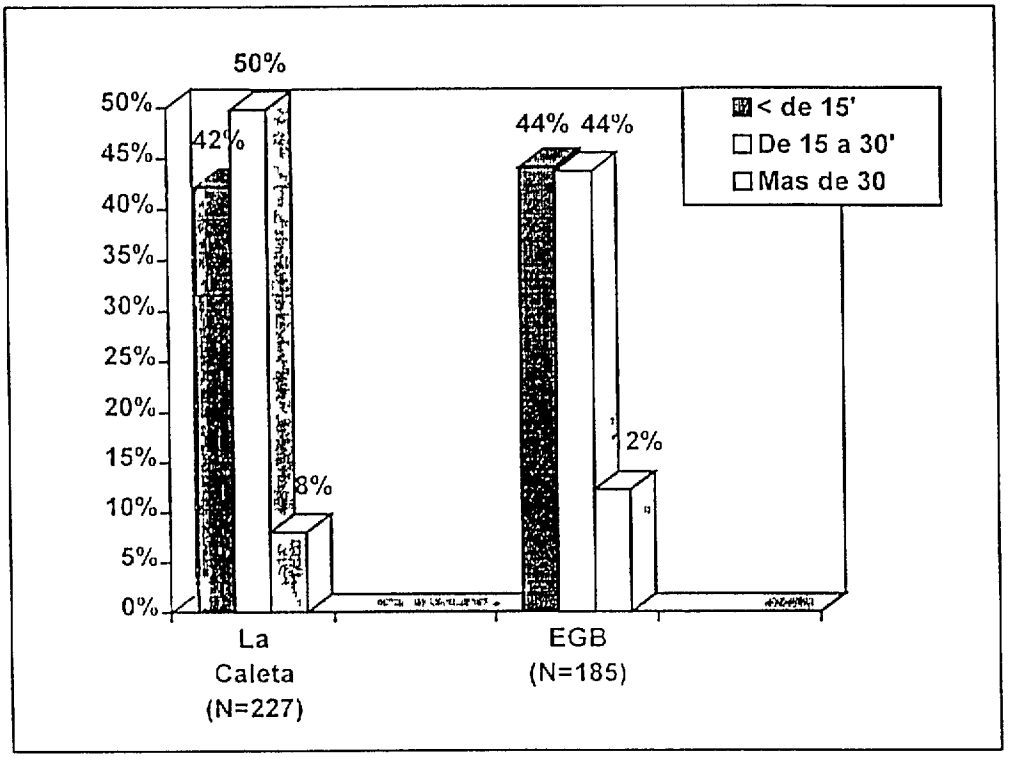
| Items | Total N=412 | La Caleta N=227 | EGB N=185 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Satisfecha con la visita que realizo | 95 | 96 | 94 |
| Cree haber recibido la informacion/servicios que necesitaba | 94 | 95 | 93 |
| El tiempo que duro la consulta le parece adecuado | 81 | 81 | 81 |
| Le conviene el horario de atencion | 87 | 88 | 86 |
| Le parecio aceptable el tiempo de espera | 68 | 73 | 61 |
| Le parecio aceptable los gastos realizados | 70 | 76 | 63 |

## 3.5 Accesibilidad geográfica.

Para estudiar la accesibilidad geografica se tuvo en cuenta dos elementos el tiempo que demora la usuaria desde su casa hasta el establecimiento y el medio de transporte empleado para llegar al establecimiento

Respecto al primer elemento observamos que en ambas UTES, el mayor porcentaje de usuarias demora menos de 30 minutos en desplazarse desde sus casas hasta el establecimiento Solo el 8% en la Caleta y el 12% en EGB se demorarian mas de media hora (Grafico 4)

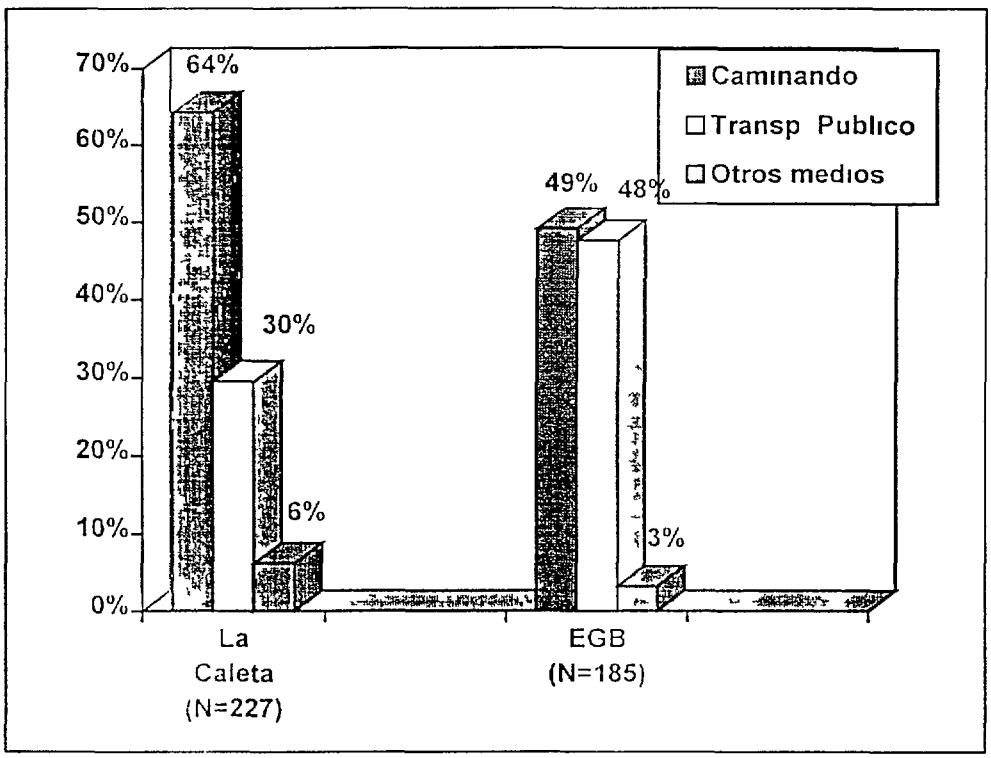
*Grafico 4 Tiempo que demora la usuaria desde su casa al establecimiento*




Por otro lado se encontro que el mayor porcentaje (mas de la mitad) de usuarias de la UTES la Caleta se transportan a los establecimientos caminando, solo un 30% emplean transporte publico y un 6% otros medios como (taxi, auto particular) En tanto en la UTES EGB las usuarias que van caminando o que utilizan medio de transporte publico cubren el 49% y 48% respectivamente

En resumen se podria decir que el acceso geografico a los servicios de salud en la mayoria de usuarias entrevistadas se veria facilitado por su cercania, pues la gran mayoria se demoran menos de media pese a ir caminando y/o utilizar transporte publico

*Grafico 5 Medio de transporte empleado por la usuaria para ir al establecimiento*




## 3.6 Participación del hombre en la planificación familiar.

En esta seccion se presenta la actitud de las usuarias respecto a la participacion del hombre en la planificacion familiar para ello se indago diferentes aspectos

El primer aspecto que se presenta en esta seccion esta relacionado a la pregunta que el proveedor le hace a la usuaria para que su pareja participe en la planificacion familiar -Tabla 16- Se encontro que es bajo el porcentaje de usuarias a quienes el proveedor les hablo sobre el tema

Al comparar por UTES se encontro diferencias por cuanto en EGB, el porcentaje de usuarias a quienes el proveedor les hablo sobre la participacion de sus pareja es bastante menor que en la Caleta (Tabla 16)

*Tabla 16 Porcentaje de usuarias a quienes se les pregunto su acuerdo para que su pareja participe en Planificacion Familiar*

| Item | Tot N=[illegible] | La Calera N=227 | EGB N=185 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Proveedor pregunto, si estaba de acuerdo que su pareja participe en PF | 20 | 30 | 10 |

Por otro lado se encontro que mas del 90% de las entrevistadas señalaron que conversan con su pareja sobre PF y que estarian de acuerdo para que este participe en la planificacion familiar En tanto un menor porcentaje de usuarias esta de acuerdo con que su pareja participe en la eleccion de MAC (Tabla 17)

*Tabla 17 Porcentaje de usuarias que respondieron afirmativamente a items, sobre la participacion del hombre en la Planificacion Familiar*

| Item | Tot N=[illegible] | La Calera N=227 | EGB N=185 |
|---|---|---|---|
| | (%) | (%) | (%) |
| Conversa con su pareja sobre PF | 93 | 94 | 92 |
| La pareja debe participar en PF | 97 | 96 | 98 |
| La pareja debe participar en la eleccion de MAC | 83 | 82 | 83 |

Tambien se indago respecto a quien(es) se le(s) asigna la responsabilidad en la planificacion familiar -Grafico 6- se encontro que no existen diferencias entre las UTES y que la mayor parte de entrevistadas (mas de la mitad) asigno la responsabilidad a ambos miembros de la pareja un cuarto a la mujer y poco menos de un cuarto al hombre

Respecto a quien se le asigna la responsabilidad del uso del MAC -Grafico7-, se nota que el mayor porcentaje atribuye dicha funcion a la mujer, mas de la mitad refirio dicha posicion en tanto un 37% a la pareja y solo el 6% al hombre Al comparar por UTES no se encontro diferencias

*Grafico 6 Responsabilidad en la Planificacion Familiar*

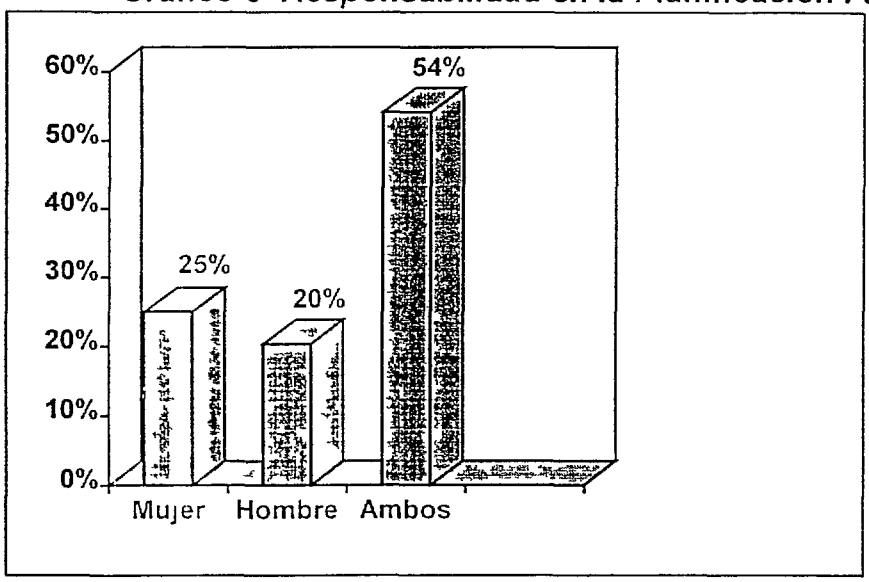
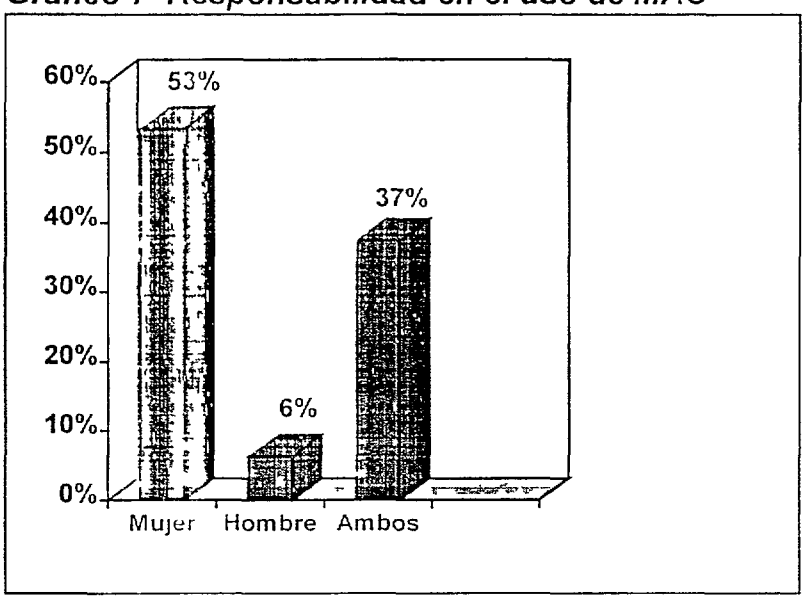



***Gráfico 7 Responsabilidad en el uso de MAC***

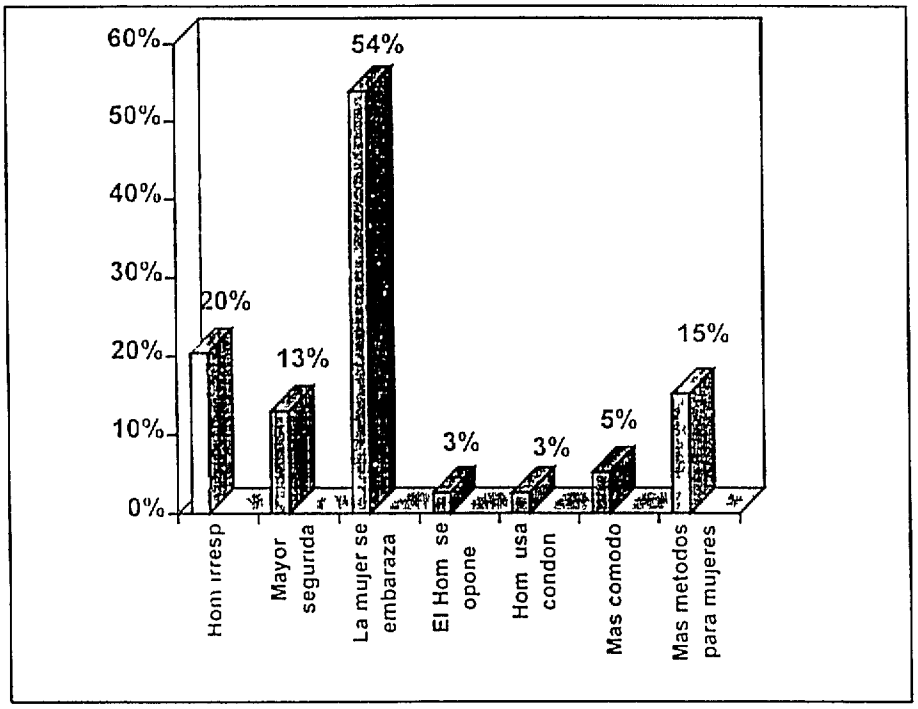



Entre las razones que se dan para asignarle la responsabilidad en el uso de MAC a la mujer -Grafico 8- se observa que la mayoria refiere porque "es ella quien se embaraza' y en menor medida se menciona que 'los hombres son irresponsable" y que existen mas metodos para mujeres" Tambien un numero bastante menor de mujeres menciono que existe 'mayor seguridad cuando usa la mujer", "es mas comodo" oposicion del hombre para que su pareja use MAC' y "no uso del condon entre los hombres



131

*Grafico 8 Razones para que la mujer se responsabilice del uso de MAC*




A modo de síntesis señalaremos que los proveedores, estarían restando importancia a la participación del hombre en la PF y que las mujeres estarían de acuerdo en que sus parejas participen en la planificación familiar, porque asumen esta como una responsabilidad de la pareja Sin embargo se sigue atribuyendole a la mujer la responsabilidad del uso de MAC en base a argumentos tales como que es ella quien se embarazo y/o los hombres son irresponsables

# IV. DISCUSION

El presente es un estudio basado en entrevistas de salida a usuarias de servicios de planificacion familiar se oriento a estudiar la informacion y conocimientos sobre PF asi como las actitudes hacia los servicios y la participacion del hombre en PF a fin de aportar con la evaluacion diagnostica de la calidad de los servicios con foco en las usuarias y asi contribuir con sugerencias y alternativas para la intervencion

Revisando los principales hallazgos del estudio encontramos que no existio mayor diferencia entre las usuarias de ambas UTES, en los aspectos investigados

Las mujeres entrevistadas conforman un grupo relativamente joven, casadas o en union consensual con un numero relativamente bajo de hijos y deseos de no tener mas o tenerlos a largo plazo Estos deseos reproductivos nos explicaria el porque vienen haciendo uso de los servicios de PF, y tambien el porque muchas de las entrevistadas que tuvieron embarazos no deseados intentaron detenerlo

En cuanto a los MACs empleados por las entrevistadas, encontramos que el metodo mas difundido es el inyectable Asi mismo se encontro que uso del DIU se asocia con problemas con MAC, lo cual podria estar sugiriendonos que existen fallas en cuanto a su administracion o su forma de uso Esto significa que el proveedor no estaria teniendo ciertas condiciones necesarias para entregar el metodo o de lo contrario la mujer no estaria tomando en cuenta las prescripciones de uso del metodo

Pasando a comentar los resultados referidos a la informacion y conocimientos sobre PF y ETS, señalaremos que no existe mayor diferencia entre UTES

Se encontro que en general los proveedores estarian entregando informacion basica a las usuarias en torno a las diferentes opciones anticonceptivas y la factibilidad de cambiar de MAC en el momento deseado Sin embargo se estaria obviando informacion respecto a otras fuentes de reabastecimiento, efectos colaterales y las acciones a tomar frente a tales efectos tampoco se evidencia la entrega de material educativo y la programacion de charlas para apoyar las actividades de informacion

El no entregar informacion sobre otras fuentes de reabastecimiento y/o sobre los efectos colaterales, podria traer como consecuencia que la usuaria abandone el metodo en la medida que ante posible desabastecimiento del MAC en el servicio, aquella no dispondria de informacion sobre una fuente alterna de reabastecimiento o control del MAC

Por otro lado la mujer al no estar informada de los efectos colaterales del metodo podria interpretar negativamente y atribuir al uso del MAC cualquier cambio que experimente su organismo lo cual podria llevar al abandono de la planificacion familiar

La insuficiente entrega de informacion sobre los efectos colaterales encuentra su correlato en el conocimiento que poseen las usuarias sobre estos, en la medida que los efectos reales se menciona con baja frecuencia y/o se atribuyen al metodo efectos que derivan del uso de estos

Por otro lado el conocimiento en cuanto al uso de MACs modernos se evidencio entre las usuarias un nivel de informacion aceptable sobre todo en aquellos metodos de uso simplificado como el inyectable donde lo unico que tiene que recordar la usuaria es cada cuanto tiempo tiene que retornar al servicio para reabastecerse

El conocimiento respecto al uso de la pildora o el DIU es mas complejo y esto lo evidenciamos en las usuarias de tales metodos que a diferencias de las usuarias de inyectables presentaban deficits de informacion respecto a ciertos aspectos como por ejemplo en que momento del periodo menstrual se debe iniciar el uso de la pildora o como debe uno mismo debe chequear la posicion correcta del DIU

Estos hallazgos nos sugiere poner mayor enfasis en la informacion que se le entregue a las usuarias en la consulta y apoyar dicha actividad con la entrega de material educativo y la programacion de charlas

Por otro lado, el incremento en la prevalencia de ETS y VIH en las mujeres de Latinoamerica, plantea la necesidad de incorporar en los servicios de planificacion familiar y salud reproductiva metas para reducir de manera conjunta los embarazos no deseados y las ETS (PAHO 1994) Es en este sentido que en el estudio se investigo el conocimiento de las usuarias sobre las ETS, y se puso en evidencia que existe informacion vaga al respecto sobre todo en lo que concierne al reconocimiento de sintomas y signos Esto sugiere plantear que en los servicios se incluyan elementos para ofrecer informacion sobre las ETS

Otro punto que se investigo en el estudio es el relacionado a la percepcion de los servicios recibidos Se encontro un numero importante de usuarias satisfechas con la visita que realizaron y creen haber recibido la informacion/servicios que necesitaban

Sobre este punto habria que preguntarse que es lo que la usuarias toman como referencia para expresar su satisfaccion para responder ello tenemos que

referimos necesariamente a los sistemas de valores, ya que para la persona y su calidad de vida esta se encuentra por encima de una tecnica, metodo norma, etc

Sin darnos cuenta manifestamos la influencia de estos valores en la forma como nos comunicamos e interactuamos con las personas tiene que ver con la percepcion del orden del mundo como con la posicion filosofica Por lo general lo que se hace en las instituciones, en este caso en los servicios de salud, y la forma como se hace, influye en el sistema de valores y el comportamiento de las usuarias

El modelo medico patriarcal que impera en nuestros servicios de salud forma usuarias pasivas con poco juicio critico Detras de terminos como "paciente" se espera que estas entre muchas otras cosas deben tolerar el regaño, la imposicion, el enojo o el incumplimiento del proveedor, es mas el tono condescendiente y protector resulta ofensivo y evidentemente unidireccional llamar "mamita", hijita", "amorcito a la consultante desconocida, como supuesta formula de cercania y afecto refuerza la pasividad y el poco juicio critico de las usuarias respecto a los servicios que recibe

En este sentido cabria señalar que la satisfaccion manifestada por las usuarias obedeceria mas a las expectativas impuestas por el modelo medico patriarcal que a su juicio critico

Por otro lado cabe destacar que el acceso a los servicios de planificacion familiar, vista desde las usuarias les seria conveniente por el costo y la ubicacion del establecimiento pues para la gran mayoria de ellas, el gasto realizado en la consulta es aceptable, y se desplazan mayormente caminando, demorandose menos de media Este hallazgo nos llevaria a plantear que el abandono de la PF en estas usuarias no guardaria relacion con el costo la distancia, ni el tiempo que se demora en desplazarse

En el presente estudio tambien se puso particular atencion a la opinion de las usuarias sobre la participacion de sus parejas en la planificacion familiar En el estudio hemos vistos opiniones encontradas en las usuarias respecto a temas asociados

En primer lugar las mujeres estarian de acuerdo que sus parejas participen en la planificacion familiar mas no comparten la idea de asumir la responsabilidad del uso del MAC con estos segun manifiestan porque son ellas quienes se embarazan que los hombres son irresponsables y/o que existen mas metodos para mujeres Estos argumentos obedecen probablemente a que la concepcion ocurre en el cuerpo de la mujer y que los mayores riesgos de los embarazos

indeseados y la existencia de un mayor numero de metodos actuan en el organismo de estas (Cardich y Carrasco 1993)

En tal sentido habria que preguntarse que entienden las mujeres por participacion del hombre en la planificacion familiar ya que no seria el compartir responsabilidades en el uso del MAC

Por otra parte tambien se vio que los proveedores estarian restando importancia a la participacion del hombre en la medida que son pocos los que solicitaron a las mujeres la participacion de sus parejas en los servicios de planificacion familiar

En base a todo lo anteriormente señalado cabria añadir sugerencias para mejorar la calidad de los servicios de planificacion familiar e involucrar al hombre en estos

En primer lugar se debe tener presente que uno de los elementos claves de la calidad de los servicios es la cantidad tipo y relevancia de la informacion dada a la usuaria que desea regular su fecundidad

Se ha visto en el estudio que la informacion proporcionada en los servicios seria incompleta por ello se hace necesaria que el personal de salud tomen conciencia y sean capacitados para brindar informacion amplia concreta y adecuado al lenguaje cotidiano de la usuaria

La informacion sobre las diferentes opciones anticonceptivas, su modo de uso y efectividad no es suficiente si queremos asegurar la continuidad del uso del MAC, la usuaria tiene que conocer su propio organismo y como los MAC actuan sobre este impidiendo la concepcion ademas ellas deben conocer los riesgos de cada uno de los metodos asi como los efectos colaterales que podrian devenir de su uso Asimismo para asegurar la continuidad en el programa de PF, las usuarias deberian ser informadas sobre otros establecimientos/servicios que eventualmente les podrian servir como fuente de reabastecimiento, consulta y/o cambio de metodo

Del mismo modo en los servicios de planificacion familiar se debe incorporar nuevos elementos relativos a la salud reproductiva como es el caso de la prevencion de ETS incluido el VIH/SIDA -cuya incidencia viene incrementandose- El personal de los servicios de PF tendrian que ser adiestrados para abordar la problematica de los embarazos no deseados y las ETS de manera conjunta e indicar la recomendacion apropiada Por ejemplo algunas opciones anticonceptivas tales como el DIU podrian ser contraindicadas en caso de ETS (Atrash, en prensa)

Tambien se debe fomentar en los proveedores la entrega de material educativo y charlas como un modo de reforzar la informacion ofrecida a la usuaria

Otra sugerencia que deriva del estudio se relaciona con la modificacion del modelo medico patriarcal que prima en los servicios de planificacion familiar Hemos visto que las usuarias estarian asumiendo una actitudes pasiva al conformarse con el tipo de atencion que se les presta Por ello, mejorar la calidad de los servicios no implica enseñarles a los proveedores a saludar, sonreir, tener buenas intenciones o decir palabras dulces a las usuarias sino sentir un profundo respeto y reconocimiento por los derechos en su acto voluntario de consultar los servicios Tampoco podra existir calidad cuando abusivamente se le determina su decision reproductiva o se le convence o impone la forma de planificar

Finalmente en el plano de la participacion del hombre en la planificacion familiar, habria que rebilitar los estereotipos y roles asignados tradicionalmente a la mujer y al hombre en lo concerniente a su vida sexual y reproductiva Para ello se hace necesario intervenir en dos niveles Se debe buscar que los proveedores identifiquen y analicen las expresiones concretas de la discriminacion, a traves de comparar la atencion otorgada a mujeres y hombres en los servicios de planificacion familiar

Y por otro lado a nivel de la comunidad en general se tendria que desplegar campañas de educacion y comunicacion tanto a nivel interpersonal como masivo, para romper mitos y estereotipos de genero que podrian estar limitando el acceso de los hombres a los servicios de planificacion familiar

# V. CONCLUSIONES

1 Los proveedores brindarian mayor informacion sobre las diferentes opciones anticonceptivas y la posibilidad de cambio del MAC En tanto se restringiria la informacion sobre otras fuentes de abastecimiento/control y los efectos colaterales del MAC

2 El conocimiento de uso de MACs modernos entre las usuarias es aceptable en ciertos metodos como en el caso del inyectable Sin embargo habrian ciertos deficits en cuanto al conocimiento del uso de DIU la píldora y la anticoncepcion quirurgica

3 Sobre los efectos colaterales de los MACs se evidencio que la informacion de las usuarias es pobre en algunos casos porque los efectos reales se menciona con baja frecuencia y en otros porque se atribuyen al metodo efectos que no son

4 En cuanto al conocimiento de las ETS -incluida el VIH/SIDA-, se observa que la informacion sobre los sintomas y signos de las ETS es pobre, en tanto existe un mayor conocimiento de las vias de transmision y los modos de prevencion

5 Casi la totalidad de usuarias se sienten satisfechas con su visita al establecimiento y creen haber recibido la informacion/servicios que necesitaban

6 A pesar de existir un porcentaje importante de usuarias satisfechas con el tiempo de espera el tiempo que duro la consulta los gastos realizados y el horario de atencion entre 10% y 20% no estan a gusto con estos aspectos

7 La gran mayoria de usuaria se demora menos de media hora en desplazarse hasta los servicios de planificacion familiar y mayormente van caminando y/o en transporte publico
1993

8 Las mujeres estarian de acuerdo en que sus parejas participen en la planificacion familiar porque asumen esta como una responsabilidad de la pareja Sin embargo se sigue atribuyendole a la mujer la responsabilidad del uso de MAC en base a argumentos tales como que es ella quien se embarazo y/o los hombres son irresponsables

# VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


Bruce J (1990) Elementos fundamentales de la Calidad de atencion Un marco conceptual simple New York Population Counc

Cardich y Carrasco (1993) Visiones del aborto nexos entre sexualidad, anticoncepcion y aborto

Miller R Fischer A Miller K et al (1997) The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Servies A handbook New York, Population Council

OPS (1995) Marco de referencia componentes y estrategias para mejorar la calidad de atencion en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de genero Washington D C

PAHO (1994) Quality of care in women's reproductive health A framework for Latin America and Caribbean Washington D C




139

# VII. ANEXO

## ESTABLECIMIENTOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

**UTES LA CALETA**

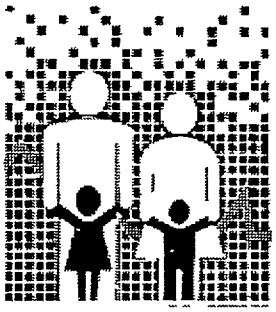
1 Hospital la Caleta
2 Santa
3 Magdalena
4 San Juan
5 Miraflores
6 San Pedro
7 La Union
8 Progreso
9 Tupac Amaru
10 La Florida
11 La Esperanza
12 Victor Raul
13 Coishco
14 Cambio Puente
15 Cascajal
16 Rinconada
17 Santa Ana
18 Vinzos
19 14 Incas
20 Chachapoyas
21 Tambo Real

UTES EGB

1 Hospital EGB
2 Yugoslavia
3 Villa Maria
4 San Jacinto
5 Moro
6 Satelite
7 Nepena
8 Samanco
9 Jimbe
10 Pocos
11 3 de Octubre
12 Huambacho



140



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU
II. A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

# Percepciones de las Mujeres sobre la Calidad de los Servicios

Ximena Salazar y Fabiola Rivero

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**01/20/97 to 05/20/97**

**Principal Investigator:**
**Federico R León**

Population Council

# INDICE

**Introduccion**

**1. Percepciones sobre los servicios de Planificación Familiar**

1 1 Razones por las cuales acuden a los servicios de Planificacion Familiar
1 2 Razonas por las cuales dejan de acudir a los servicios de Planificacion Familiar
1 3 Valoraciones de los servicios de Planificacion Familiar

**2. Percepciones sobre la información recibida**

2 1 Tipo de informacion que reciben y formas de informar en los servicios
2 2 Importancia de la informacion no formal para la formacion de opiniones y actitudes
2 3 Nivel de conocimientos poseido por las entrevistadas

2 3 1 Conocimientos sobre su cuerpo
2 3 2 Anticonceptivos
2 3 3 ETS/SIDA

2 4 Carencias percibidas en la Informacion por las usuarias

**3. Dinamicas de utilización de los anticonceptivos**

3 1 Dinamicas en el uso de anticonceptivos modernos

**4. Participación masculina**

4 1 Lo que es y lo que deberia ser segun las percepciones de las entrevistadas

**INTRODUCCION**

El presente trabajo de grupos focales con usuarias del servicio de planificacion familiar, se plantea dentro del marco del Proyecto Santa II que conduce el Population Council

Los objetivos de los grupos focales fueron

-Conocer a profundidad las razones por las cuales las usuarias acuden a los servicios estatales de Planificacion Familiar correspondientes a dos UTES (La caleta y EGV) en Chimbote, en que circunstancias no los requieren y cual es el momento y las razones por las cuales dejan de asistir a estos servicios

-Averiguar la calidad y la cantidad de informacion que las usuarias de anticonceptivos reciben en los establecimientos de salud mencionados

-Indagar acerca de los niveles de continuidad y las dinamicas en el uso de anticonceptivos que presentan las usuarias, poniendo enfasis, en los anticonceptivos modernos (pildora, inyectable y DIU), determinando, ademas, cuales son para ellas los mas y los menos efectivos y que hace que dejen de utilizarlos

-Explorar la percepcion que tienen las usuarias de acerca de la participacion masculina y la corresponsabilidad de la pareja y cuales serian los determinantes para la inclusion del hombre en la Planificacion Familiar

Las caracteristicas de las usuarias participantes en los grupos focales fueron las siguientes

En total se logro una participacion de 66 usuarias distribuidas en ocho grupos focales De estas 66 usuarias, 50 tenian entre 20 y 30 años las demas

oscilaban entre los 32 y 45 años Todas estaban unidas y tenian pareja estable, ya sea como casadas o como convivientes 45 de las participantes tenian hasta dos hijos 20 de ellas tenian entre tres y cinco hijos y solamente una de ellas tenia mas de seis hijos

Los ochos grupos focales se distribuyeron entre usuarias que asistian a establecimientos de salud correspondientes a las jurisdicciones de los hospitales 'EGB" y "La Caleta"

Todas las participantes habitaban zonas tanto urbano-marginales, como peri-urbanas de la ciudad de Chimbote, habiendo nacido una gran mayoria en Chimbote, siendo el resto migrantes de la sierra

Al momento de realizarse los grupos focales solo cuatro habian suspendido el metodo anticonceptivo Las demas estaban usando un metodo segun la siguiente distribucion

| | |
|---|---|
| 19 | Pildora |
| 22 | Ampolla |
| 17 | T de Cobre |
| 2 | Ovulos |
| 2 | Preservativo |

20 usuarias lo estaban utilizando menos de un año, 30 lo tenian entre 1 y 3 años y solo 8 ya tenian más de tres años con el mismo metodo anticonceptivo

A continuación vamos a presentamos los resultados de los grupos focales, cuya guia fue elaborada en base a los objetivos del estudio (ver anexo)

## 1. Percepciones sobre los servicios de Planificación Familiar

### 1.1. Porqué acuden?

Hemos considerado importante analizar en primer lugar, las razones por las cuales, las usuarias entrevistadas se decidieron a asistir a un servicio de Planificacion Familiar

Lo primero que se observa es, que por lo general, no es una decision meditada Puede tratarse en algun caso hasta de actos desesperados como lo demuestra el siguiente testimonio

*Yo cocinaba para mí y para mi esposo y así cansada llegaba, no me descuidaba de él y así lo que no me gustó de mi esposo es que tomaba, mucho tomaba y yo siempre le reclamaba - como tienes para tomar y para tu hijita no tienes- Entonces todo eso yo fui por eso a Planificación Familiar (Villa María)*

Hemos notado que son los maridos los que experimentan una mayor angustia de tener mas hijos de los que pueden mantener Quisieramos aqui, resaltar que muchas veces persuaden, y hasta obligan a sus parejas a Planificar la familia

*El año pasado, a parte de mis dos hijitos, quedé embarazada y yo le dije que estoy embarazada y él me dijo - tu no te cuidas, que tu eres mujer, que tu tienes que cuidarte, que tu has querido - y así (Santa)*

*Yo estoy llendo hace cuatro meses, estoy usando la T de Cobre, mi esposo me dijo para cuidarme así porque no alcanzaba El me dijo que me cuidara con la T de cobre y las señoritas también, me dijeron -es mejor- (San Jacinto)*

*Él todavía me dijo, porque yo bien seguido, primero tuve mis dos gemelas y luego mi hijito y mi esposo me dijo -para que te cuides sino te vas a llenar de hijos, y no vamos a poder educarlos ni criarlos bien- y de allí empecé a cuidarme (Santa)*

Las usuarias entrevistadas, muchas veces toman la decision de planificar la familia por consejo de sus familiares mas cercanos, como la madre, la hermana o la suegra

*Y me dice mi mamá -hijita no tengas muchos, ándate al hospital regional, allí están dando métodos para que te cuides- (EGB)*

Por otro lado, la captacion de una usuaria puede ocurrir, en el momento de asistir a otro servicio del establecimiento de salud o, el personal, despues del parto puede estimular a las mujeres a utilizar un metodo anticonceptivo

*Me fui llevando a mi bebita entonces yo escuché que estaban dando PF y allí me apunté (EGB)*

*Disculpe allí cuando uno está gestando también la doctora nos pregunta nos dice -te piensas cuidar- que vayamos a Planificación Familiar (EGB)*

*Yo porque no estoy segura del ritmo de la regla mejor mis píldoras, así estoy más segura la promotora de salud me trajo al centro de salud (Miraflores)*

Son en realidad muy pocas, aquellas que reflexionan y deciden por si mismas el planificar o espaciar sus embarazos, muchas veces la decision se toma despues de un embarazo no deseado

*Y en mi caso como yo también tengo ya dos niños, en verdad el segundo no pensaba ya tenerlo tan pronto no pero fue lo que me ha motivado también a ir a la posta y pedir información sobre qué método puedo usar para cuidarme (San Juan)*

En casi la totalidad de los casos son, finalmente, las razones economicas las que pesan para tomar la decision

*Sí, por la situación, yo tomé la decisión y después le dije, porque yo trabajo y él trabaja y los chiquitos no tenemos con quién dejarlos, es bien difícil, máximo deben ser dos hijos (Yugoslavo)*

En general y, a manera de conclusion, podemos afirmar que muy pocas de las usuarias entrevistadas, han tomado una decisión meditada sobre Planificar la familia En un primer momento, al quedar embarazadas por primera vez, no se lo plantean como una salida, ni para su desarrollo personal, ni para el desarrollo saludable de su familia Muchas veces es el esposo, el que las persuade a planificar por razones exclusivamente económicas Por otro lado, aquellos familiares cercanos con una experiencia fue similar juegan un papel importante en la toma de decisiones O, finalmente, son captadas por personal de salud, sea la promotora de la zona o el personal de los establecimientos donde ellas suelen atender a sus hijos

146

## 1.2. Cuando abandonan?

De nuestras entrevistadas, ninguna habia abandonado definitivamente el servicio Lo que ocurre normalmente es, que la oferta en el servicio, o por lo menos la oferta que ellas perciben, es solo la de metodos anticonceptivos Eso las lleva a decidir asistir aquellas veces indispensables, las que se reducen a la fecha en que les toca recoger su anticonceptivo En algunos establecimientos, ademas, se les cobra cada vez que asisten, esto, aunado al gasto del pasaje incrementa considerablemente la visita Por lo tanto las reducen al minimo

Existen en algunas zonas, ademas, diversas ofertas mas baratas y al alcance de las usuarias, fuera de los establecimientos de salud

> *Ahora también venden, por decir las que son promotoras, en sus casas también venden, cincuenta céntimos la pastilla, incluso yo he estado haciendo eso, comprando la pastilla a cincuenta céntimos, no tengo para pagar tres soles, y aquí está a cincuenta céntimos y es igual Porque si uno va a la posta a recoger la pastilla no nos examinan, nos preguntan nomás (Villa María)*

> *Yo tengo en cambio que hacer de otra manera para adquirir la pastilla, hay personas que se encargan de las zonas, entonces yo no voy a la posta, yo simplemente compro nada más y me cuesta 50 centavos, cada cajita por mes, y a veces me llevo dos o tres también, para no estar regresando Entonces casi a la posta no voy, y cuando he ido a la posta, me lo han dado nomás (San Jacinto)*

> *Ahora bien, motivo de abandono de un servicio podrían ser, el maltrato,*

> *Era bien malo conmigo, si no fuera por el que estaba allí, el interno él fue el que me atendió Porque el doctor la verdad que era demasiado malo Me gritaba, si no me dejaba examinar me gritaba (EGB)*

la rotacion del personal, con el cual ya se entablo una relacion de confianza,

> *La señorita M me ha atendido desde que yo me inicié con la ampolla, pero esta vez que vine encontré una nueva (Yugoslavo)*

y el costo, a veces excesivo, para las usuarias

> *A veces el esposo gana poco y no alcanza, no más trae para el diario, a veces hay que pagar la consulta para que te entreguen tu pastilla y no hay (Villa María)*

Todas estas razones podrian, repetimos, alejar eventualmente a las usuarias de los servicios de Planificación Familiar La rotacion del personal

por ejemplo genera mucha ansiedad en ellas, ya que se "acostumbran" con una obstetriz y les es luego difícil volver a establecer vínculos de confianza con la nueva persona

Por el lado del costo de los servicios hemos notado que las tarifas varían de un establecimiento a otro, tanto en la forma de cobro como en el monto Las usuarias deciden entonces, en aquellos establecimientos donde la tarifa es considerada excesiva, cambiar de establecimiento o tratarse con la promotora de la zona Muchas de las usuarias entrevistadas dependen de un "diario" que el marido les deja y este, muchas veces, no es suficiente para pagar la tarifa de atencion y ademas el pasaje

Con respecto al maltrato, muy pocas lo han mencionado, sin embargo, hemos observado que las usuarias son muy sensibles a cualquier mal modo que, por las razones que fueran, tenga el personal con ellas El maltrato podría ocasionar que ellas decidan espaciar lo mas posible sus visitas al establecimiento, mas no abandonarlo, porque son conscientes que es lo mas barato que existe

### 1.3. Valoraciones de los servicios de Planificación Familiar

Las entrevistadas mencionaron valoraciones positivas y negativas, que creemos es necesario tomar en cuenta, con respecto a la calidad de la atención La valoración positiva mas importante que la mayoría de ellas menciona es el trato, es decir la amabilidad y el cariño con que se les atiende Podríamos ir más allá y afirmar que es el trato de madre-hija que generalmente se establece entre proveedora y usuaria el que mas se valora Si embargo pensamos que no necesariamente es el mas eficaz, porque evita que las mujeres adquieran confianza en si mismas y aprendan a tomar conscientemente sus propias decisiones Muchas de las entrevistadas mencionan constantemente la palabra "hija" en el relato de

su conversacion con la obstetriz Creemos que si el trato, tiempo atras era un escollo entre usuaria y proveedor/ra, este ha sido ampliamente superado Es necesario, entonces, evaluar las fortalezas y debilidades que genera la relacion que se establece en la actualidad

*Son bien amables más que todo las señoritas y ellas siempre nos tratan bien cuando vamos, nos preguntan si tenemos algun malestar, si tenemos algun dolor, nos tratan bien desde que llegamos no nos ponen pretextos (San Jacinto)*

*El trato más que nada no?, porque es una persona, que tiene carisma y uno va y con confianza le cuenta el problema que tiene (Miraflores)*

Ahora bien, si por un lado el trato es lo mas apreciado en los servicios de Planificacion Familiar, las usuarias perciben muchas deficiencias con respecto a otros aspectos de la calidad del servicio, por ejemplo la privacidad

*Yo hace poco he ido y ha habido cuatro practicantes y ellos muy creidos todavía, a una la tratan como si uno fuera cualquier cosa Hasta a veces el mismo doctor para qué Todos los doctores no tienen el mismo trato (Caleta)*

*Allí ni siquiera dan bata ni nada, y yo sin calzón y todo el mundo me mira y peor que uno tiene que cambiarse delante de ellos (Caleta)*

la demora en la atencion,

*No nos gusta porque estamos esperando, yo me voy a poner mi ampolla por ejemplo, y mucho se demoran, llegamos a las ocho de la mañana (Villa María)*

*Yo digo que sería bueno que se abra un consultorio más no? Porque hay mucha espera (EGB)*

la falta de implementos,

*Yo por ejemplo me iba a pesar y me dijeron que no había balanza y por ahí me han contado que hasta cobran para pesarse (Villa María)*

la incomodidad,

*Para que mejore la atención más este, más herramientas de trabajo que implementen mejor el ambiente, eso sería mejor Es muy chico, creo que la señorita no se abastece y creo que no hay mucho campo para que ella trabaje, pocas cosas tienen (San Jacinto)*

la calidad y el abastecimiento de los anticonceptivos

*Es que a veces lo dan picado porque a mí me dieron así para que yo me cuide con mi esposo y no lo usó mi esposo pero yo lo regalé a una amiga y dice que cuando su esposo se fue a poner estaban picados A mí me dieron en la posta cuando no había pastilla, me dieron diez condones (Villa María)*

*Se agotan las ampollas y hasta que vengan nuevamente acá las postas trabajan a nivel del hospital La Caleta y eso demora y como depende de la regla, entonces cada vez hay que esperar tres meses (San Juan)*

Todos estos aspectos han sido mencionados por las usuarias Debemos hacer la aclaracion que, si bien la valoracion del trato es generalizada en todas las usuarias que entrevistamos, las valoraciones negativas diferian segun el establecimiento En algunos era la falta de privacidad, el aspecto mas criticado, en otros la incomodidad, etc Una valoracion negativa relativamente generalizada y que es necesario tomar en cuenta, es el abastecimiento de anticonceptivos, sobre todo el abastecimiento de ampollas

## 2. Percepciones sobre la información recibida

### 2.1. Tipo de información que reciben y formas de informar en los servicios

En cuanto al tipo de informacion que las usuarias de los servicios de Planificación Familiar reciben, hemos notado, que se trata de una información sencilla, rapida y relativamente superficial La información, segun lo mencionado por las usuarias entrevistadas, consta de un recuento de los principales anticonceptivos, sus ventajas y desventajas, algunas preguntas de rigor sobre la salud de la paciente y finalmente la decision por alguno de los métodos

*Le pregunté a la señorita cómo debo cuidarme y ella me dijo,- hay bastantes métodos para que tu te puedas cuidar- me dijo -hay ampolla, óvulo y hay pastillas- entonces yo le dije -quiero cuidarme con pastillas- Entonces me dijo -deben estar los dos de acuerdo para que tu te cuides- (Villa María)*

*Te preguntan si uno antes ha usado un método si uno por primera vez lo usa o ya lo ha usado y después te dicen -te vas a sentir un poquito rara, te va a dar dolor de cabeza o mareos eso es norma es la reacción de la pastilla- O como dicen también -te van a venir náuseas- Y me dijo -hija no te asustes, es reacción de la pastilla y dura un tiempo- porque cuando uno recién se va a cuidar le da una tableta para un mes de allí nos dice - terminando esa tableta vas a regresar- entonces allí nos da dos tabletas para dos meses entonces cuando yo fuí el primer mes medio una y a la semana nomás que me dieron esos síntomas yo regresé al centro de salud y la señorita me dijo, -no te preocupes hija que eso es normal es reacción de la pastilla- me dijo así Yo quería la T de Cobre pero ella me dijo que mi utero era muy corto y que nada más me quedara con las píldoras y la ampolla no tenían y la ampolla sólo la puede usar alguien que no tenga ningun mal, várices, o esté mal del hígado y del corazón (Villa María)*

*A veces no estamos orientadas, porque la amiga nos dice así no? Y uno como madre al menos pedí cuáles son los métodos que la señorita me dijo, hay varios métodos para que me enseñe, había T de cobre, "aspiral", condones, óvulos, pastillas, entonces yo decidí mejor para tanto tiempo, es la T de Cobre (EGB)*

*Yo fui sola, la obstetriz me dijo, de acuerdo a la charla, que dijera cuál de los métodos era para ponerme o aplicarme y ya, elegí uno de ellos y me dijo que es lo que me iba a pasar, que es lo que iba a reaccionar dentro del organismo, como con las ampollas que la regla se o también viene así seguido, en cantidades (San Juan)*

En los testimonios resaltados puede notarse una "plantilla" para informar, lo que varia, segun la política de cada establecimiento de salud es el pedido de participacion del esposo En algunos servicios, se recomienda la asistencia del esposo

*Cuando vamos a la posta, nos comienzan a explicar cuáles son los métodos, que nosotros queremos utilizar, nosotros decidimos, pero nosotros tenemos que llevar nuestra pareja Para decidir los dos, porque uno solo no puede decidir porque a veces vienen problemas en el hogar, entonces conjuntamente con ellos nos explican, a veces cuál de los métodos que nos trae, y nosotros mismos, decidimos lo más prudencial y lo tomamos ese método (San Jacinto)*

en otros se pide su autorizacion,

*Yo tengo a mi hijita que también tiene su niño y así la llevé y primero la mandé a ella sola y le dijo –no, tienes que tener la autorización del esposo para que se cuide- y yo tuve que decirle al jóven y se fue con ella y le pusieron la T de Cobre (Miraflores)*

en otros se recomienda la discusion en casa con el marido,

*Bueno nos dan una charla y nos explican de los métodos que hay, y nos dan a elegir, que conversemos con nuestra pareja y elijamos con nuestra pareja, cuál es el método que nosotros prefenmos Y de allí vuelta nuevamente vamos, conversamos con la obstetriz y nos cuidamos (San Juan)*

finalmente en algunos se asume una complicidad con la usuaria y se aconseja usarlo sin que este se entere

*Después yo con la señorita obstetriz del hospital me hizo cuidarme aunque no sepa tu esposo porque esto no te va a afectar en nada- y de allí yo decidí ponerme la T de cobre (Villa María)*
*Cuando yo fui a la posta y consulté con la señorita porque yo veía la situación que pasaba -no hija me dijo si tu quieres cuídate a escondidas de tu esposo- y allí fue con que yo me cuidé (Villa María)*

Esta variacion en la consejeria no es recomendable, ya que en algunos pareciera una directiva "desde arriba" y en otros una complicidad "desde abajo"

En cuanto a las interrogantes que las usuarias tienen sobre el funcionamiento de los anticonceptivos, estas no son debidamente esclarecidas En una gran mayoria se responde simplemente con el "eso es normal" o el "eso no tiene nada que ver"

*La primera semana también ha sido con dolor de cabeza, nauseas, como si estuviera embarazada igualito pero me fui a la posta y la señorita me dijo que era normal (Santa)*

*Me cuidé dos años, sin ir a la posta, yo no sabía que había una promotora y ella me preguntó con qué te cuidas y yo le dije con Microginón y me dijo que era muy fuerte y me dijo que también había ampolla, de allí pastillas, de allí ampollas, así porque con la ampolla yo no menstruo nada La doctora me dijo que eso no tenía que ver nada (Miraflores)*

Obviamente, con este tipo de respuestas, las usuarias no se quedan satisfechas, y sobre todo se incrementan sus dudas, lo cual estimula la variabilidad en el uso de anticonceptivos

En general hemos observado que las explicaciones sobre el funcionamiento de los anticonceptivos es muy limitada Incluso las explicaciones de las desventajas de cada uno de estos se dan de tal manera, que crean una gran confusión en las mujeres, en vez de aclararlas y tranquilizarlas

*En mi caso fue porque la T de Cobre era un poco incómodo, sino que yo tenía miedo, sino que me explicaron tantas cosas, o sea la consejera me explicó cuáles iban a ser las consecuencias, o sea lo que me iba a hacer bien y lo que me podía afectar De las píldoras me pareció mejor porque no puedo explicar porque para mí porque yo tengo un sangrado abundante porque me perjudicaba, y yo tenía problemas yo sangraba muy*

*seguido tres meses cuatro meses y ese era mi problema que no podía usar la T de Cobre Por la misma historia que yo tenía me dijeron que para mí era más práctico o bien las píldoras (EGB)*

Las afirmaciones de nuestras entrevistadas nos han dado elementos para pensar que, muchas veces, la consejería adolece de la paciencia requerida para lograr una correcta decisión informada Es así que, cuando en una usuaria se fracasa con un método, se comienza a "ensayar" hasta que alguno de ellos funcione sin problemas Lo descrito también estimula el cambio y la variabilidad en el uso de métodos anticonceptivos

*Yo namás este porque una obstetriz allí en Samanco, porque veía la manera como vivía yo un día que fui yo, el día menos pensado por hacerle ver a mi hijita, no me dijo, te tengo que poner y no me dejó salir, cerró la puerta y me dijo, te tengo que poner, y la verdad que me sirvió bastante (San Jacinto)*

*La pastilla no la puedo tomar porque me olvido, entonces la señorita me dijo, - aplíquese la ampolla-, en Octubre me puse la ampolla (Yugoslavo)*

*Yo dí a luz aquí en la posta mi segundo bebe y la señorita N me dijo que me iba a poner la ampolla porque la T no me asentaba no ve que yo sufro de los bronquios y estaba en tratamiento aquí en la posta y por eso es que me dijo, te vamos a poner la ampolla para tres meses y segun eso vamos a ver si te asienta (San Juan)*

## 2.2. Importancia de la informacion no formal para la formación de opiniones y actitudes

Las usuarias, en la vida cotidiana, recurren principalmente a las informaciones provenientes de sus redes sociales No siempre estos discursos son los correctos, sin embargo, sí son los mas legitimados Muchas veces estas informaciones pueden estar en contradicción con lo que se informa en el establecimiento de salud, por lo que es recomendable que se tomen en cuenta

En primer término son importantes de resaltar, las recomendaciones que se hacen cuando una mujer quiere comenzar a usar metodos anticonceptivos

*Yo me decidí por la ampolla porque mi cuñada me dijo toma la ampolla que la ampolla es mejor, porque si tomas las pastillas allí uno se olvida y allí viene el peligro de quedar embarazada, por eso mejor es la ampolla (Villa María)*

*Por parte de mi mamá ella siempre nos decía ya tienen sus hijos ya vayan a cuidarse que la T a todas las hijas nos ha dicho para cuidarnos Y me fui al hospital y me cuidé yo primero con la T estuve cuatro años con la T y luego estuve cuatro años con las pastillas sino que no me asentaban las pastillas Mi mamá me dijo que la ampolla engordaba (La Caleta)*

*Pasé por consulta y me dijeron a qué método me quería acoger y yo escogí la T por mi hermana que me dijo que la T es segura (La Caleta)*

*Mi mamá me ha recomendado la ampolla porque antes de tener a mi hija me estaba cuidando con pastillas y seguramente no las he tomado bien porque salí embarazada y yo seguía tomándolas (Yugoslavo)*

Se trata, entonces, de los familiares femeninos mas cercanos a las usuarias madres, hermanas, cuñadas o suegras, recomiendan, aconsejan y convencen a las usuarias de utilizar tal o cual metodo Por lo general estas recomendaciones se basan en las propias experiencias y corresponden a la primera "consejeria" informal que una potencial usuaria recibe Con esa informacion es que, generalmente, la mujer se acerca al establecimiento de salud

Otra segunda, y muy importante informacion informal, es la transmision de mitos y rumores

*Porque una vecina de mi casa me ha dicho que hay una chica que le han puesto ampolla y al ultimo aparecía así panzona y la llevaron al hospital y tenía un tumor, dice que es de la sangre? Como será no sé (Villa María)*

*A una vecina por la ampolla le han sacado un tumor tremendo, dicen que por la ampolla y mi esposo dice ya no te cuides con la ampolla, pero yo sigo Yo no quiero dejar la ampolla (Villa María)*

*Porque mis vecinas me dicen que la pastilla no es seguro, te pueden dar pastillas pasadas, me dice Tienes que mirar la fecha (Villa María)*

*Después de los cuatro años mi esposo me dijo, -no, sácate la T que me han dicho que te puede dar cáncer- por los comentarios de sus amigos, entonces como yo no quiero tener más hijos, entre amigas nos fuimos un grupo al Centro Yugoslavo, allí desde esa fecha me apliqué la ampolla (Yugoslavo)*

Esta segunda forma es transmitida, por lo general, por la red social más amplia de una usuaria, y no solamente son mujeres, sino también los amigos de los esposos, como se puede observar Estos rumores, muchas

veces anecdotas, pueden estimular tambien de alguna forma, el cambio frecuente de metodos anticonceptivos

Existe una ultima forma de transmision informal de informacion que se reduce al "dicen que" que son aquellos discursos que ya se encuentran bastante arraigados en la poblacion y que no necesitan de transmisores concretos

*Dicen que cuando estás con la ampolla y te embarazas te salen mongolitos los bebes (Yugoslavo)*

## 2.3. Carencias percibidas en la información

La primera carencia que perciben las entrevistadas es la falta de examenes periodicos

*Simplemente, vamos nosotros, cancelamos los tres soles y nos dan la pastilla, nos preguntan -como estás hijita, cómo te sientes, algun dolor-, -no- le decimos nosotras pero no más no nos examinan Entonces nosotros recogemos nuestras pastillas (Villa María)*

La afirmacion anterior nos muestra que para ellas no son suficientes las preguntas de rigor "como te sientes" y "como estas", sino que les gustaria una revision periodica Es importante resaltar que ellas tampoco se atreven a solicitarla

*Porque de hecho ellos tienen que examinarnos, porque estamos pagando los tres soles no? Pero por dentro no sabemos como estamos (Villa María)*

Tampoco les parece suficiente la "charla" de la primera vez, tal vez esperarian algún refuerzo de vez en cuando para sentir que si se les orienta

*No porque donde vamos, nos dan charlas, y hay otros que ponen sus videos para observar ver, y entender mejor, no nos orientamos porque de una sola vez no nos orienta (Villa María)*

Los establecimientos de salud privados como INPPARES, logran, muchas veces, cubrir las expectativas de informacion que tienen las

usuarias Es el costo el que no permite una asistencia regular a estos servicios

*Yo el otro día me he ido a hacer mis averiguaciones a INPPARES y me dieron otro nombre de píldoras que me costaban 22 soles pero dicen que era de menos hormonas y que ellos me iban a controlar el peso y me dieron una explicación más concreta aunque me costaban un poquito más pero me daban una La diferencia está en el costo y que no me dieron una explicación específica como debería ser (La Caleta)*

Otra carencia importante que se percibe es que, las obstetrices no preguntan lo suficiente Por un lado las usuarias no se atreven a hacer explícitas sus dudas y por otro las obstetrices no se esfuerzan, al parecer, por conocer mejor estas dudas

*A veces las obstetrices no nos preguntan (San Juan)*

*A mí nunca me han explicado y ya son tantos años que me aplico la ampolla, pero nunca me han dicho yo tengo la idea que lo matará al por eso es que no salimos embarazadas (Santa)*

## 2.3. Nivel de conocimientos poseído por las entrevistadas

### 2.3.1. Conocimientos sobre su cuerpo

Creemos que una de las formas en que se manifiesta la deficiencia en la información son los conocimientos que las usuarias poseen Estas, a pesar de asistir a un servicio de Planificación Familiar, no conocen a cabalidad el funcionamiento de su aparato reproductivo Esto nos indica que el tema del conocimiento del cuerpo y su funcionamiento, no forma parte de la informacion que se provee en el servicio Tomamos como ejemplo la menstruacion para ilustrar el nivel de conocimientos que las usuarias entrevistadas poseen

*Al menos yo creo que dentro de nosotros hay una especie de tomatito, algo así, eso madura 30 o 24 días, 28 días, eso madura entonces al madurar, se produce la menstruación que lo elimina todo Bueno algo así (Villa María)*

En primer lugar esta muy difundida la idea de que la menstruacion es la eliminacion de la sangre "mala"

*Es la sangre malograda de la mujer, que su organismo cada mes la rechaza por medio de la menstruación (EGB)*

*Y unas semillitas que son los "ovulos rojos", que tenemos que cada mes tenemos que botarlo no?(Santa)*

*La menstruación es la sangre mala que desechamos por lo que en el mes es la sangre que corre por nuestras venas, todo lo malo vamos desechando a veces igual que cuando comemos no botamos lo malo?(Santa)*

Por otro lado que se trata de un "desfogue" de la mujer, equivalente, tal vez a la eyaculacion

*O sea por medio de la menstruación es un desfogue de nuestro cuerpo para por medio de la menstruación (EGB)*

*Lo unico que sé es que es un desfogue de la mujer, cada 28 días da la regla Cada 28 días los ovarios descargan (EGB)*

Existen serias dificultades para determinar cuantos son los dias fertiles de la mujer y como esto se reconoce

*En sí dicen que hay un solo día, el día 15 o 14 que es el central, de ahí viene hacia atrás y hacia adelante vienen los días que uno puede salir embarazada, pero preferible es el día 14 (San Juan)*

De las cerca de 70 entrevistadas solo una dio una explicacion clara sobre la mentruacion, que le fue dada en la Posta, lo cual indica que una explicacion formulada de manera clara y sencilla puede ser perfectamente entendida

*A mí me han explicado que la regla, proviene cuando el óvulo no ha fecundado, porque todos los meses dicen que ovulamos y, nuestra matriz se prepara para criar un y en vista de que no recibe, empieza el sangrado, que se ha formado a raiz de como una capita Me explicaron acá en la posta Al no cogerlo, esa capita que se ha formado de sangre, empieza a disolverse y eso es lo que vemos como la regla Eso me han explicado aquí en la posta (San Juan)*

### 2.3.2 . Conocimientos sobre Anticonceptivos Modernos

Siguiendo la misma línea podemos concluir que, si no se conoce el funcionamiento del cuerpo, no se podrá entender el funcionamiento

de los anticonceptivos hecho que tambien se obvia en las informaciones de los servicios de Planificacion Familiar Finalmente si no se conoce el funcionamiento de los anticonceptivos, y no solamente sus ventajas y desventajas, esto fomenta de manera natural la proliferacion de mitos y rumores

Las explicaciones sobre el funcionamiento de la píldora fueron las siguientes

*Al tomar la píldora uno no ovula los óvulos del hombre y prácticamente lo mata lo elimina, porque debe ser algo fuerte (Villa María)*

Es una opinion general de todas las entrevistadas que la píldora "mata" al espermatozoide

La T de Cobre segun las usuarias funciona como una barrera física que no deja pasar a los espermatozoides

*Allí están que se quieren meter los espermatozoides pero la T de cobre no los deja, los separa (Villa María)*

*Yo he escuchado que la T de Cobre está en el utero, y cuando la T de Cobre está en el utero, ya no puede ingresar el espermatozoide ni se pueden juntar con el óvulo, no ve que esa parte ya está ocupada con la T de Cobre (EGB)*

*Creo que está amarrada en las trompas y ya no puede entrar ningun espermatozoide (Miraflores)*

Finalmente el funcionamiento de la ampolla es explicado de la siguiente forma,

*Me imagino que lo mata o los engaña de la ampolla a mí me han explicado, que la ampolla manda una orden al cerebro , que ese cerebro hace de que los trata de engañar a los espermatozoides (San Juan)*

*La ampolla hace que uno no menstrue, se absorba esa sangre, ya no hay fecundación (Miraflores)*

### 2.3.3. ETS/SIDA

El conocimiento sobre el SIDA, se da principalmente a traves de la informacion difundida por los medios de comunicacion, en telenovelas y peliculas

*Es una enfermedad mortal (San Jacinto)*

*Lentamente la persona que lo tiene, sus fuerzas se van disminuyendo su cuerpo se va adelgazando y no sé si será verdad que le salen unas manchitas (EGB)*

*Es una enfermedad contagiosa, se transmite entre mujer y mujer, varón y varón teniendo relaciones sexuales con una mujer que está con el virus del Sida, o con la transfusión de sangre (Santa)*

Contrariamente al conocimiento sobre el SIDA, nuestras entrevistadas, a pesar que habian oido hablar de las Enfermedades de Transmision Sexual, llamadas por ellas "enfermedades venereas", muy pocas conocian cuales eran y sobre todo sus efectos

*Esas enfermedades que infectan a la matriz de la mujer (Santa)*

*Los piojillos (La Caleta)*

*Que sale materia por la vagina, que contagia el hombre o la mujer (La Caleta)*

Saben, por otro lado, la manera de prevenirse

*Porque el condón es el unico método que aisla, el pene de la vagina de la mujer (Santa)*

*No señorita, hay otra vía, de que la pareja sólo sea para uno, que ambos sean una sola pareja (Yugoslavo)*

Quisieramos anotar que, una de las incompatibilidades más preocupantes que notamos entre las parejas, es que muchas de nuestras entrevistadas no confían en sus esposos y estan convencidas de que ellos tienen aventuras fuera de la casa Ellos por su lado, se niegan mayoritariamente a protegerse con el condon, ellas están conscientes de que el condón es la unica forma de proteccion, pero no lo exigen Las posibles consecuencias son obvias Este tipo de

incompatibilidades son urgentes de resolver, involucrando sensiblemente a los hombres en esta toma de consciencia

## 3. Dinámicas de utilización de los anticonceptivos

### 3.1. Dinamicas en el uso de anticonceptivos modernos

Luego de haber conocido el tipo de informacion que reciben las usuarias en el servicio, las informaciones informales que estan arraigadas en su vida cotidiana y el nivel de sus conocimientos, veremos que la dinamica en el uso de anticonceptivos es altamente variable e inestable

El comportamiento observado, con respecto al uso de metodos anticonceptivos, en la mayoria de las usuarias entrevistadas, es el comportamiento de un consumidor promedio de cualquier producto del mercado como detergente o fideos Probar una y mil veces a ver cual es mejor y si aparece uno nuevo, también probarlo Eso explica las expectativas tan grandes con respecto al NORPLANT Se puede continuar asi por un largo periodo o decidirse por uno en particular

Los principales problemas que ocasiona la pastilla son los nervios, el dolor de cabeza, el olvido y el aumento de peso,

*Ahora yo quiero cambiar porque me duele mucho la cabeza y me altera los nervios, estoy reniega a veces me olvido, tomo dos (Risas), por eso es que quiero cambiar a la ampolla He ido pero cada vez tengo mala suerte, no hay (Villa María)*

Las principales complicaciones de la T de Cobre son el sangrado abundante, los movimientos, las hincadas en el bajo vientre

*Yo primero me estaba cuidando con espiral, luego con la T, pero como no me asentó la T, fui para que lo saquen, porque me sentía mal, me hacía mucho sangrado Agarré, me fui al hospital y le dije al doctor, y me dijo que la saque y el doctor me dijo -bueno hija, tu decides, hay óvulos, hay píldoras- y yo le dije -doctor mejor deme píldoras- y hasta ahorita con píldoras (EGB)*

*Yo la T de Cobre, las ampollas y ahorita que estoy con las píldoras La T de Cobre se me "introdució" y me tuve que sacar, se movió un poquito y vine acá y me la sacaron, después he estado usando las ampollas pero ya mucho me he engordado, ahora estoy*

*con las píldoras, me han chocado un poquito pero ahora ya Poco a poco me he ido acostunbrando porque sí duele la cabeza y ataca los nervios al comienzo (EGB)*

*No ahora estoy con pastillas, porque ahora por descansar vino mi hijito y de ahí ya pastillas, también me puse la T de Cobre nuevamente porque yo tengo la suerte de enfermarme después que tengo mi bebe, y me puse la T de Cobre, pero sentía unos hincazones así como si me hincaran adentro de mí, cuando tenia relaciones era como si fuera este un algo que se me metiera en mi carne viva así sentía yo Es por eso que me tuve que sacar y desde que me saqué la verdad que no sentía eso y ahora ya comencé a usar las pastillas (San Jacinto)*

Las quejas sobre la ampolla se resumen en la falta de menstruacion, el aumento de peso, y, a veces, el dolor de cabeza

*Yo usaba ampolla primero, y me cambié a la pastilla, porque las ampollas tienen más hormonas que las pastillas y yo tengo ese problema de que mucho me duele la cabeza, con dolores más frecuentes de cabeza, porque también tiene hormonas pero como no podía ponerme la T de Cobre, entonces me dijeron Pero con las pastillas primento sí pero ahora no (EGB)*

Pueden llegar a turnarse diferentes anticonceptivos de manera metodica, sin que la usuaria llegue a saber si eso tiene alguna contraindicacion para su salud

*Por ejemplo cuando yo llego, pregunto si hay lo que se necesita, y como yo cambio así ampollas-pastillas, con la doctora,porque me dijo que con la ampolla me crecía vánces y me dijo que la ampolla las hacía crecer más las vánces (Miraflores)*

El riesgo más importante, a nuestro entender, es sin embargo que esos constantes cambios pueden tener como consecuencia un embarazo no deseado, como en la declaracion que sigue

*Yo me he cuidado con pastillas nomás señorita , La primera vez que me iba a cuidar fue la T de Cobre, pero no me sentó también, sentía hemorragias y me dieron unas pastillitas pero seguía igualito yo tenía siete meses, yo me sentía débil y sentía desmayos y me fui a La Caleta y el doctor me dijo que tenía que cambiarme porque mis ovarios eran muy débiles y me puso la ampolla y igualitito fue, cada mes menstruaba quince días y estuve tres meses con la DEPOPROVERA y después pasé a la píldora y normal me daba mi regla, pero me chocaba los nervios, me alteraba los nervios y la presión, se me subía y se me bajaba, no podía dormir de noche, me daba insomnios, me dolía el cuerpo y tenía mucha cólera, renegaba para todo y también el estómago me ardía, pero yo así he ido aguantando Lo dejé y salí en estado (Miraflores)*

Muy pocas son las que se deciden finalmente por un método o logran tolerar los síntomas hasta que su cuerpo se adapte

*O sea a mí cuando me enseñaron los métodos yo escogí la píldora, me caía bien yo he continuado con eso nomás (Villa María)*

*Yo me estoy cuidando con la T primera vez que me cuido y ya la tengo dos años nunca he usado nada (Santa)*

*Uso ampolla hace tres años y antes no me cuidaba con nada (Santa)*

El principal problema que hemos observado en la píldora es el uso diario esto hace que las mujeres tengar que estar pendientes todos los dias de no olvidar una toma A diferencia de los otros anticonceptivos que les dan una relativa tranquilidad

Existe una menor tendencia a permanecer largo tiempo con la pastilla a diferencia de la ampolla y de la T de Cobre Por otro lado el mal abastecimiento de ampolla obliga también al uso de otros metodos y a desestabilizar el ritmo de uso que, alguna usuaria eventualmente logra Cuando no hay ampolla se le ofrece pastillas o condones Las pastillas generalmente son mal toleradas y abandonadas y los condones simplemente no se usan porque las señoras no se atreven a ofrecercelo al marido o simplemente el no los acepta En ese instante el riesgo de un embarazo no deseado es inminente

## 4. Participación masculina

### 4.1. Lo que es y lo que debería ser segun las percepciones de las entrevistadas

Lo que encontramos primero es que todos los varones están a favor de la planificacion familiar, como un "mal necesario" debido a la situación económica Sin embargo el asumir la anticoncepción de sus esposas, sobre todo la moderna, les es muy difícil, menos aun aceptan una posible anticoncepción masculina ni condón, ni vasectomía

Hemos delimitado, segun los relatos de las usuarias, cuatro perfiles de varones, de acuerdo a su forma de comportarse con respecto a la anticoncepcion

a) El autoritario intransigente

*Yo me puse la T de cobre sin que sepa mi esposo porque yo le dije más antes que me iba a poner y el entonces piensa que, porqué te vas a poner, tu derrepente quieres estar con otro, así empieza a decir tantas cosas no?(Villa María)*

b) El autoritario que planifica

*Cuando yo me olvidaba de tomar mi pastilla, mi esposo me pegaba me gritaba (San Jacinto)*

*Él siempre ha querido que yo me cuide pero yo no quería, porque cuando yo me saqué la T de Cobre, yo me saqué calladita la T de Cobre, para tener mi hijita y uh! casi me mata Ya cuando estaba de tres meses ahí ya recién, le dije -estoy en estado-, y me dijo -yo le voy a pegar a esa enfermera- Y me dijo -cómo esa señorita te ha sacado si yo no le he dado orden- Porque yo he querido (San Jacinto)*

c) El comprensivo no convencido

*Cuando yo tuve mi primer bebe, mi esposo me dijo que no, el no quería que yo me cuide, y después poco a poco él me decía -cómo te vas a cuidar si yo te puedo cuidar- y a base de eso salí embarazada después de tres años Después le dije, -no, yo no puedo estar así, porque después vienen más hijos y tu no tienes un trabajo seguro-, Entonces yo le dije -no, yo me voy a cuidar-, y de allí poco a poco me dijo -está bien vamos a cuidarnos, pónte la T de cobre-, pero yo le dije que no como yo soy cesareada y tenía miedo de la T de cobre, yo fui y consulté con la obstetriz y me dijo que -está bien puedes cuidarte con la T pero si tu tienes miedo- me dijo que use la ampolla y bueno estoy con la ampolla (San Jacinto)*

*El no quería pero tanto que le insistí que me dijo, -cuídate con esto- y a veces él me dice, -mejor cámbiate a las pastillas, porque esas marroncitas son vitaminas y protejen nuestro organismo, porque estás muy baja de peso-, yo le digo, -no creo que sea de eso- por lo que a veces no tengo apetito para comer Pero con la ampolla estoy bien (San Jacinto)*

*Mi esposo un tiempo no quiso que usara la T, porque entre amigos se comentaban, se decían, -porque le has hecho poner a tu esposa la T, porque le va a caer cáncer a tu esposa, sácale porque le da cáncer y luego va a haber problemas- Yo le hice caso y le dije, -me saco pero tu te cuidas- y el me dijo -sí sí- (Yugoslavo)*

d) El indiferente

*Yo no, yo voy sola, a él le da igual, será por lo que yo cuando dí a luz yo no quería saber nada con él, se me venía y yo lo rechazaba y me aburría, entonces voy sola (Villa María)*

*No el no decidió cuídate con lo que más te parezca mejor me dijo y escogí la ampolla (La Caleta)*

Hemos observado que son cada vez menos los intransigentes y los indiferentes El hombre esta por lo general, pendiente de las decisiones de sus esposas Hemos notado que si tienen una participacion, un tanto 'detras de camaras", son los que deciden, escogen y aprueban el anticonceptivo

Por otro lado, las usuarias no identifican la participacion del marido en el "acompañar" a sus mujeres a los servicios Muchas veces, por el contrario son considerados un estorbo,

*A mí me dice qué voy a ir yo, esas son cosas de mujeres, derrepente hay tantas mujeres que voy a hacer yo ahí solito, y no se anima (EGB)*

*Prefieren irse rápido, porque están aburridos (EGB)*

*No saben que decir, se quedan callados Me acompañó, pero fue porque mi chiquitín estaba mal pero no dijo nada, incluso tenía miedo (La Caleta)*

Ellas no necesitan que se les acompañe, muchas veces están, culturalmente, conformes con lo que ellas entienden por participación

*Mi esposo sí participa, porque cuando llega el día en que me tengo que poner la ampolla él me dice, ya anda ya te toca, me hace acordar y yo creo que es una responsabilidad de que ya me está haciendo acordar de que me haga mi control, el sabe cuando me tocó mi regla y cuando terminó también Hasta con las píldoras era igual, ya tomaste, no, ya toma (La Caleta)*

Las usuarias están convencidas que para captar a los varones se requiere y deberia comenzarse por el principio, es decir aprender a comprenderlas

*A veces son ignorantes y creen que pueden estar a cada rato con su esposa, la senora no desea y ella no lo permite, él debe ser comprensivo, también debe comprender que su esposa merece un descanso y debe ayudarla (EGB)*

*Yo pienso que ellos deberían también cuidarse, debería haber una ampolla para ellos, a cada rato que nos estén incando, poniendo, es incómodo (La Caleta)*

Para comprenderlas, tienen que conocerlas y de allí tomar conciencia de que ellos también pueden cuidarse

*Mi esposo no quiere cuidarse yo he hablado con él incluso la enfermera nos ha dicho pero él ha dicho que nada que ver No se quiere cuidar Yo no sé pero él dice mejor que se cuide la mujer (Miraflores)*

*Que no sea machista que también él se cuide, a la hora que él no encuentra sus pastillas, sus ampollas, debe poner de su parte (Villa María)*

*Debe poner de su parte, al menos esos días que nosotros no podemos cuidarnos que nos apoyen y se cuiden ellos (Villa María)*

Ellas proponen charlas para sus esposos, y eventualmente también para las parejas

*Yo pienso que por ignorancia, yo creo que como así hay charlas para mujeres, deberían haber charlas para varones Así como las obstetrices van casa por casa, deberían llamar también a los papás o a los chicos Deberían invitar también a los padres (San Juan)*

*Que aprendan a cuidarse, y él debe saber también, sería bueno que asistan a charlas y escuchar, porque sino ellos dicen que te va a hacer mal y a veces a algunas madres les hace caer en cama, yo pienso que es lo que más afecta (Miraflores)*

*Derrepente si los que vienen les cuentan ellos mismos se incentivarían, aunque todos no prestan el mismo interés pero creo que algunos sí (Santa)*

Se dan cuenta, sobre todo, que podría ser beneficioso para su familia y no solamente en el terreno de la salud

*A veces los esposos no tiene un trabajo seguro, un día tiene trabajo y hoy no Mi esposo es una persona eventual y un día tiene y otro día no tiene, entonces el que sufren son nuestros hijos y yo creo que para podernos cuidar estamos de acuerdo los dos (San Juan)*

*A veces la responsabilidad del padre, no solamente para el hijo debe esta la madre sino ambos, tanto el padre como la madre, tenemos que ser responsables para nuestros hijos, darles para su educación, para su alimentación, lo escencial su alimentación, lo importante ahorita que es (Miraflores)*

En las manifestaciones de las entrevistadas notamos que ellas son conscientes de que no es una tarea facil y que no siempre va a ser exitosa Inclusive el compatibilizar un horario adecuado con sus requerimientos se hace difícil

*El mío también por motivos de trabajo, y más que todo el domingo es el descanso (Yugoslavo)*

*El trabaja en la noche, pero no me acompaña porque duerme de día (La Caleta)*

Podríamos, a manera de conclusión, plantear que, las mujeres perciben que los varones necesitan espacios propios La única estrategia que proponen son las charlas, porque es la única que conocen Las mujeres no quieren 'convidados de piedra", quieren compañeros que las comprendan, las ayuden y compartan sus preocupaciones, es por eso que la tarea no es percibida como sencilla Habría que evaluar, así mismo, horarios y estímulos, espacios y estrategias para lograr el objetivo de sensibilizar a los varones en lo referente a la salud reproductiva

# ANEXO

## GUIA DE GRUPO FOCAL

### 1 Preparación y explicación

Introduccion

- Agradecimiento por la asistencia
- Reconocimiento de la presencia de los participantes
- Descripcion breve de los objetivos
- Advertir la confidencialidad

Justificacion

- Explicar el tema de manera muy sencilla
- Expresar el interes y la necesidad de sus opiniones
- Explicar que no hay respuestas no correctas ni incorrectas

Presentacion

- Cada participante (incluido el moderador) se presenta con su nombre de pila y dice algo sobre si mismo que le parezca importante

### 2 Temáticas

**Percepción de los servicios de salud**

Tecnica *Construcción de imágenes*

1 Pueden Uds describir a una mujer que acude a los servicios de Planificacion Familiar?
2 Para que acude?
3 Que es lo que allí le pueden ofrecer?
4 Cuanto tiempo va al servicio?
5 Cuándo deja de ir?

**Calidad de la atención en los servicios de salud**

Tecnica *Orientar al que no conoce*

1 Yo no soy de aquo y no conozco los servicios de Planificacion Familiar de esta zona, me pueden contar como son?
2 Quienes atienden allí?
3 Cual es la rutina desde que la señora entra al establecimiento?
4 Como es la atencion en el servicio de Planificacion Familiar?

En esta pregunta tratar de generar una discusión en torno a los diferentes servicios que visitan las informantes

5 Que les gusta de la atencion?
6 Que les disgusta?
7 Como es el trato?
8 Cuanto cuesta?
9 Les parece que el costo esta bien?

Tratar de llevar la pregunta hacia el conocimiento del momento en el que abandonan el tratamiento o el servicio

10 Que es lo que hacen cuando les disgusta?

Tratar de conseguir testimonios de experiencias en las cuáles se ha abandonado el servicio

11 Que pasa despues?

## Información recibida

Tecnica *Construcción de imágenes*

1 Quien es la persona que acude a pedir informacion a los servicios de Planificacion Familiar?
2 Que es lo que le informan?
3 Como es la consejeria?

Tratar de que describan la consejería en Planificación Familiar

4 En qué consiste la información que reciben?
5 Sienten que esa información es suficiente?
6 Sobre qué más le gustaria que le informen?

Explorar algo sobre sus conocimientos y destacar dónde obtuvieron la información para determinar sus principales fuentes de información

7 Para qué sirve asistir a la consejeria en Planificacion Familiar?
8 Dónde más se puede conseguir informacion?

## Conocimiento y Uso de métodos

- Conocimientos

Tecnica *Metáforas*

1 Como funciona el cuerpo de la mujer?
2 Con que lo podemos comparar?

Entregarles un papel y que dibujen el cuerpo de la mujer con el aparato reproductivo

3 Cuales son las partes del aparato reproductor?
4 Cuantos metodos anticonceptivos conocen?

Que hagan una lista conjunta de los métodos que conocen

5 Diganme como funcionan los anticonceptivos que han mecionado?

- Uso

Tecnica *Cadena de preguntas*

Averiguar primero si la mayoria usa anticonceptivos y cuáles

1 Cuantas de Uds se encuentran usando anticonceptivos en este momento?
2 Que beneficios les ha traido usar anticonceptivos?

Tratar de que una o dos señoras relaten su experiencia anticonceptiva

3 Que anticonceptivo creen Uds que es el mejor?
4 Como llegó a esa conclusion?

Tratar de indagar cuál ha sido su trayectoria en el uso de métodos, por cuál empezaron y si han cambiado y quiénes han influido en ese cambio

5 Hay anticonceptivos que no le gusten?
6 Por que?

Tratar de que cuenten sus experiencias para identificar algunos mitos y desventajas

7 Ha dejado de usar algun metodo anticonceptivo?
8 Por que?
9 Lo cambio por otro?
10 Cual?
11 Quién se lo aconsejo?

## Participación masculina

Tecnica *Dramatización*

1 Pueden Uds Describir la actitud de su pareja con respecto a la anticoncepcion?

2 Averiguar tomando co io base la diferencia entre anticoncepcion y Planificacion Familiar)

Proponer la siguiente histona *"Uds quieren usar un método de planificación familiar y tratan de conversar con su mando al respecto*

Ponerse en parejas y dejar 15 min de tiempo para que ideen un diálogo al respecto Luego hacer que lo dramaticen frente a las demás Reflexionar acerca de las actitudes que hemos visto

3 Cuales serian las principales responsabilidades del hombre?

4 Que posibilidades reales le ven a eso?
5 Debe el hombre participar o es mejor que no?
6 Van con su esposo a la consejeria?
7 Porque si o porque no

Continuar la conversación acerca de las actitudes masculinas tomando en cuenta las siguientes preguntas

1 Cual es el rol del hombre en el hogar?
2 Cual creen que debe ser?
3 Los hombres tienen alguna responsabilidad con respecto a la anticoncepción?
4 Cual seria ésta?
5 Conocen métodos anticonceptivos que puedan ser utilizados por los hombres?

## Relaciones de pareja

Técnica *Descripción de situaciones*

Pedir a las participantes que describan algunas situaciones comunes en las relaciones entre mando y mujer, al después de describir las situaciones iniciar la discusión a través de las siguientes preguntas

1 Cuál es el comportamiento mas comun de los hombres?
2 Por qué creen ustedes que sucede esto?
3 Por que los hombre tienen otros compromisos fuera del matrimonio?

4 Eso es normal?
5 Que puede suceder si no se proteje?
6 Que puede sucederle a la esposa si no se proteje?
7 Como se debe proteger?
8 Las esposas como se comportan con respecto a esto?

Si se menciona al SIDA conducir las respuestas hacia el conocimiento de esta enfermedad y sus implicancias en la salud de la pareja Si no aparece iniciar la pregunta

1 Uds Saben lo que es el SIDA?

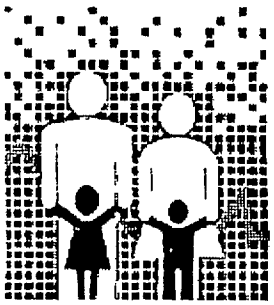
Continuar la discusion sobre este tema y luego entrar al tema de la violencia a través de las siguientes preguntas

2 Que sucede si la esposa no quiere tener relaciones sexuales ese dia
3 Tiene obligatoriamente que aceptar?
4 Como creen que reaccionaria su esposo?
5 Que sucede si queda embarazada y ya no desea tener mas hijos?

Continuar la discusión hasta que se agote el tema

## 3 Conclusiones

Agradecer la participacion y expresarles lo utiles que van a ser sus opiniones para mejorar los servicios



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU·
II A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

# Participación Masculina en los Servicios de Planificación Familiar

Eduardo Cobián y Sara Reyes

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**01/20/97 to 05/20/97**

**Principal Investigator:**
**Federico R León**

Population Council

# INDICE

**RESUMEN EJECUTIVO**, 5

**CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO**, 8

**RESULTADOS DEL ESTUDIO**, 11

**1 ¿QUE ROL SUPONIAN LOS HOMBRES QUE DEBIAN CUMPLIR EN LA SOCIEDAD?**, 11

Division de Roles desde la perspectiva masculina, 12

**2 ¿COMO PERCIBIERON LOS HOMBRES A LAS PERSONAS QUE ASISTIAN A LOS SERVICIOS DE SALUD FRECUENTEMENTE?**, 14

Percepcion masculina del Publico Objetivo de los Servicios de Salud, 15

**3 ¿CUALES FUERON LAS RAZONES POR LAS QUE LOS HOMBRES NO ASISTIAN A LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL?**, 17

Razones de Inasistencia Masculina a los Servicios de Salud en General, 18

Actitud del Hombre frente a los Servicios de Salud en General, 19

**4 ¿CUALES FUERON LOS SERVICIOS DE SALUD CONOCIDOS POR LOS HOMBRES?**, 20

Conocimiento de las areas cubiertas por los Servicios de Salud, 21

**5 ¿CUAL FUE LA ACTITUD DE LOS HOMBRES FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL?**, 23

Conciencia de Riesgo en las Relaciones Extramaritales, 24

Medidas Preventivas frente a las ETS, 25

Comportamiento del Hombre en situación de riesgo frente a su pareja estable, 27

**6 ¿POR QUE RAZONES LOS HOMBRES NO ACUDEN A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?**, 28

Condiciones causantes del Ausentismo Masculino a los Servicios de PF, 29

**7 ¿COMO SE PUEDE PERSUADIR A LOS HOMBRES DE ASISTIR A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?** 32

Propuesta de Modelo de Llegada a los Hombres, 33

**8 ¿COMO ESPERAN LOS HOMBRES QUE SEA SU PROVEEDOR DE INFORMACION?**, 37

Expectativas de los Hombres respecto de las caracteristicas del Proveedor de Informacion, 38

**ANEXO**, 39

# RESUMEN EJECUTIVO

Entre los dias 3 y 6 de Julio de 1997, se investigo cualitativamente a la poblacion masculina de Chimbote (Region del Santa, Peru) a traves de la tecnica de Grupos Focales o Focus Groups Se llevaron a cabo ocho grupos con hombres cuyas edades fluctuaron entre los 20 y 38 años, correspondientes a los niveles socioeconomicos C y D

Ademas, debian cumplir con el requisito de mantener en los ultimos doce meses una relacion de convivencia con una pareja estable, y no desear tener hijos en los siguientes dos años Cuatro grupos se ejecutaron con participantes provenientes de la UTES La Caleta y cuatro con pobladores del area de la UTES Guzman Barrón

El hallazgo principal fue que los hombres no estarian asistiendo a los servicios de Planificacion Familiar (PF) porque sienten que el sistema los excluye, en la medida en que perciben que dichos servicios han sido diseñados pensando solamente en las mujeres

Desde la perspectiva masculina, la PF se enmarca en el tema general de la salud, y este es competencia y responsabilidad de las mujeres, por lo tanto, se encuentra natural que todo el sistema de servicios de salud se orienten a facilitar que las mujeres cumplan con su funcion veladora en la sociedad

Los establecimientos de salud en su conjunto simbolizan para los hombres estudiados, un espacio al que acude una población débil y vulnerable formada por mujeres, niños y ancianos basicamente, con la que no se identifican por atribuirse a sí mismos una fortaleza y resistencia mayores que la población indicada

Para uso exclusivo de The Population Council

En consecuencia, el hecho que los servicios de PF se ubiquen al interior de los establecimientos de salud, coadyuva al ausentismo de los hombres de Chimbote porque los obligaria a integrarse con aquella poblacion que consideran impotente en cierta forma

Ademas de asumir que la PF tiene una identidad femenina y de ubicarse en un lugar que compromete la autoimagen de la poblacion masculina, se encontraron otras condiciones que habrian contribuido a la formacion de la actitud renuente Una de ellas fue la consideracion de tener menor acceso a la informacion en comparacion con las mujeres, quienes podrian estarla recibiendo aun sin buscarla La interferencia con el horario de trabajo, constituyo un freno real, y dió sustento a la creencia de no haber sido tomados en cuenta en el diseño de los servicios

Que quienes provean la información sean mujeres del sector salud, impide que los hombres se identifiquen con ellas en la medida en que les genera miedo y verguenza El no ser convocados directamente sino a traves de sus cónyuges y el temor a ser vasectomisados involuntariamente, fueron dos condiciones adicionales que completaron el escenario del cual se sintieron excluidos los hombres estudiados

Como alternativa de solución se propone un Modelo de Llegada a los Hombres en dos etapas

La Primera Etapa tendria como objetivo lograr que los hombres le den identidad masculina a la Planificación Familiar y sensibilizarlos frente al tema en general Para lograrlo convendria desarrollar las siguientes acciones

Para uso exclusivo de The Population Council

1 Crear un servicio de PF exclusivamente masculino
2 Sacar al servicio del "ambito de la poblacion debil y vulnerable"
3 Recurrir a ambientes con identificacion masculina o neutra, pero no femenina
4 Considerar el modelo de las Unidades de Rehidratacion Comunales (UROC) que funcionan en la vivienda de un vecino voluntario
5 Idealmente crear la nocion de Club de Hombres
6 Convocar directamente a los hombres para que asistan al nuevo servicio (Club)
7 Propiciar el efecto multiplicador para que los mismos asistentes motiven a sus pares
8 Utilizar la tecnica de las dinamicas grupales en lugar del esquema tradicional de charlas

La Segunda Etapa tendria como proposito dar orientacion a la pareja, contando con un hombre sensibilizado que se sienta involucrado con la Planificacion Familiar

Finalmente, la presente investigacion permitió elaborar el perfil del Proveedor de la Informacion de PF y ETS basandose en las expectativas formuladas por los participantes

1 Deberia ser de sexo masculino
2 Ser percibido como una autoridad, pero a la vez como alguien capaz de ser empatico con los participantes, es decir, que pueda establecer relaciones horizontales
3 Tendria que utilizar el lenguaje de los asistentes, para crear una atmosfera de confianza y deshinbición
4 Por ultimo, deberia promover la participanción de todos los asistentes para propiciar el intercambio de informacion

**EDUARDO COBIAN M.**
**Consultor Population Council-Perú**

Para uso exclusivo de The Population Council

# CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

## OBJETIVOS

1 Investigar la conceptualizacion masculina respecto de los Servicios de Salud en general

2 Conocer las percepciones de los hombres de Chimbote en relación a la Planificacion Familiar

3 Estudiar las actitudes masculinas frente a las Enfermedades de Transmision Sexual

4 Encontrar formas alternativas de involucrar al hombre en el uso de metodos nticonceptivos y/o en el favorecimiento de la continuidad de uso de tales metodos por parte de su pareja

## METODOLOGIA

Se procedió a la utilización de la técnica de Focus Groups o Grupos Focales Dicha tecnica consiste en la realización de una aparente conversación informal entre un moderador y un pequeño grupo de personas (8 en promedio), pero que en realidad responde al seguimiento de una serie de temas contenidos en una Guia, conducentes a la obtención de la información requerida para cubrir los objetivos del estudio

En al caso de la presente investigación, la Guia respectiva (Ver Anexo) fue sometida a la evaluación de funcionarios de The Population Council, siendo aprobada antes de iniciarse las dinámicas grupales en la ciudad de Chimbote

Para uso exclusivo de The Population Council

En al caso de la presente investigacion, la Guia respectiva (Ver Anexo) fue sometida a la evaluacion de funcionarios de The Population Council, siendo aprobada antes de iniciarse las dinamicas grupales en la ciudad de Chimbote

Los participantes fueron seleccionados en funcion de las variables de interes para la investigacion, con el proposito de conformar grupos homogeneos entre si para evitar los sesgos en la informacion El equipo de reclutamiento estuvo conformado por un grupo de obstetrices y asistentas sociales de las zonas de La Caleta y Guzman Barron, organizado y supervisado por la Lic Rosa Monge, Coordinadora del Proyecto

Las sesiones fueron audiograbadas para su posterior analisis, y elaboracion del Informe Final

**MUESTRA**

Entre el 3 y 6 de Julio de 1997 se llevaron a cabo ocho Grupos Focales en la ciudad de Chimbote (Region del Santa, Peru), con hombres residentes seleccionados en funcion de varios criterios que sirvieron para identificar a los participantes potenciales con los segmentos que debian ser investigados

Se formaron cuatro grupos provenientes de la UTES La Caleta y cuatro de la UTES Guzman Barrón, siendo los principales requisitos que los hombres tuvieran una relacion de convivencia de un año como minimo, y que no desearan tener hijos en los próximos dos años

En cuanto a su calificacion socioeconomica, los grupos predominantes fueron los de nivel C (6 de 8) sobre los del nivel D (2 de 8), distribuidos equitativamente entre las UTES mencionadas

Las edades de los sujetos estudiados se concentraron en el rango de 25-35 años (5 grupos de 8), complementados por dos de 20-28 años, y uno de 31-38 años de edad

Finalmente, se considero indispensable que ningun participante tuviera relacion familiar con personal del sector Salud, para evitar que pudieran estar en relativa ventaja en cuanto a la informacion y acceso a los servicios del sector Con el objeto de indagar acerca de la existencia de posibles diferencias, se realizaron dos de ocho grupos con conyuges de mujeres que hubieran participado en el Estudio Cualitativo con Mujeres en su condición de usuarias de algun metodo anticonceptivo

Para uso exclusivo de The Population Council

1

# ¿QUE ROL SUPONIAN LOS HOMBRES QUE DEBIAN DESEMPEÑAR EN LA SOCIEDAD?

Para uso exclusivo de The Population Council

# RESULTADOS DEL ESTUDIO

## DIVISION DE ROLES DESDE LA PERSPECTIVA MASCULINA

La presente investigación no tuvo entre sus objetivos analizar este tema, sin embargo, la riqueza de la informacion obtenida en las dinamicas grupales, permitio encontrar un esquema en la mente de los hombres de Chimbote que guiaba su comportamiento frente al tema general de la salud

Dicho esquema contemplaba una tajante división entre los roles que debian ser cumplidos por hombres y por mujeres Segun los participantes, los hombres cumplian una ***función proveedora*** que los llevaba a centrarse en el trabajo como su actividad principal y casi exclusiva, mientras que las mujeres desempeñaban una ***función veladora del desenvolvimiento de la familia***, que incluia la educacion, la alimentación y el cuidado de la salud

Precisamente, esta división de funciones sirvió para que los hombres deslindaran las responsabilidades, y se autoexcluyeran de la necesidad de velar por la salud de su familia, asumiendo que la mujer debía hacerlo de manera natural El siguiente testimonio extraído de una de las dinámicas ilustra el hallazgo reportado

*"La mujer es más responsable que el hombre si ve que su hijo está tosiendo, enseguida lo lleva al hospital En cambio el hombre no opta por decir Llévalo tú, yo mañana tengo que trabajar "*

Para uso exclusivo de Population Council

De manera que el trabajo como actividad, aparecio como la gran coartada de los hombres de Chimbote, para liberarse de la responsabilidad frente al tema de la salud en general

Desde la perspectiva masculina, las mujeres necesitaban de un sistema de servicios que les permitiera cumplir con su funcion veladora, por consiguiente, percibieron que los servicios de salud en general habian sido creados pensando en ellas De esta manera, los servicios adquirieron una identidad femenina, es decir, para los participantes los establecimientos de salud y las caracteristicas de los servicios que alli se prestaban eran cosa de mujeres, reforzando con ello su propio alejamiento

Para uso exclusivo de The Population Council

2

# ¿COMO PERCIBIERON LOS HOMBRES A LAS PERSONAS QUE ASISTIAN A LOS SERVICIOS DE SALUD FRECUENTEMENTE?

Para uso exclusivo de The Population Council

## PERCEPCION MASCULINA DEL PUBLICO OBJETIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Preguntados acerca de las personas que asistian con mayor frecuencia a los establecimientos de salud en busca de algun servicio, los hombres sostuvieron que mayormente eran mujeres embarazadas, madres con sus recien nacidos, niños que eran llevados por sus madres para tratarse por diversas enfermedades, ancianos que requerian de asistencia medica dada su avanzada edad, enfermos en general, y, personas de bajos recursos

La primera mirada a la poblacion descrita evidencio que los hombres no se incluian como parte del publico objetivo de los servicios de salud, es decir, no sentian que estuvieran tambien dirigidos hacia ellos La razon estribaria en que caracterizaron a todas las personas que asistian frecuentemente, como vulnerables y debiles en diversa medida, mientras que el hombre se percibia a si mismo como fuerte y resistente a cualquier dolencia creyendo que podia manejar voluntariamente las afecciones con mayores recursos naturales que las mujeres, niños, ancianos, etc

Consecuente, los participantes de sexo masculino visualizaron a los servicios de salud como creados para atender a las personas debiles y vulnerables, tal como lo ilustran las siguientes referencias

" *La mujer es la más débil el organo mas debil*"

" (los hombres) tal vez se dan un tiempito y acompañan a sus esposas para pagar la consulta "

Notese como en la ultima cita, se podria aceptar que un hombre acuda a los servicios pero como aquel que aun mantiene el control de la situacion cumpliendo su rol de proveedor (pagador), mas no porque adolezca de alguna enfermedad

Solamente se acepto que un hombre pudiera buscar un servicio de salud, cuando la situacion fuera realmente inmanejable para él, o que en todo caso hubiera superado los limites de resistencia que le confiere su propio sexo, como podria ser una herida, un accidente o algun dolor que le impidiera trabajar Situaciones todas que bien podrian ser calificadas de fortuitas y que escaparian a la propia naturaleza masculina

Para uso exclusivo de The Population Council

3

# ¿CUALES FUERON LAS RAZONES POR LAS QUE LOS HOMBRES NO ASISTIAN A LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL?

Para uso exclusivo de The Population Council

## RAZONES DE INASISTENCIA MASCULINA A LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL

En primera instancia, el hombre de Chimbote utilizo al trabajo como la gran coartada que justificaria su inasistencia a los servicios mencionados, para evitar que interfiera con el horario en que desempeña sus actividades laborales Inclusive arguyo que llendo a un establecimiento de salud tendria que interrumpir su trabajo, viendose obligado a solicitar un permiso que cada dia era mas dificil de obtener en las oficinas particulares y estatales, o aceptar la perdida de dinero en caso de trabajar independientemente

Cuando los hombres tuvieron que relacionar su asistencia a los establecimientos con su familia (dada su autoexclusión como usuarios frecuentes de los servicios), concluyeron que ella los llevaria a incumplir con las responsabilidades propias de su función proveedora, para asumir obligaciones correspondientes a su conyuge

Sin embargo, detrás de esta coartada se encontró que los hombres investigados trataban de evitar comprometer su autoimagen de fortaleza, al tener que aceptar que podían necesitar recurrir a los servicios de salud en general, por cualquier afeccion que no fuera grave desde su punto de vista, es decir, que no les impidiera trabajar

Resulta incuestionable la existencia de condicionamientos culturales y sociales para que el hombre oculte su sensibilidad, y ofrezca a su grupo social la imagen que supone se espera de él De manera que el comportamiento de los participantes respondió a dichas presiones, pero dejando entrever ciertas actitudes que iban en otra dirección

Los servicios de salud generan en la población masculina ciertos sentimientos que los ahuyentan, como por ejemplo la desconfianza, la vergüenza y el temor Desconfian de encontrar en el establecimiento (posta y/o centro) tanto al personal calificado para

Para uso exclusivo de The Population Council

atenderlos, cuanto los insumos que se requeririan para cumplir con la labor medica De otro lado, la percepcion del estilo de relacion vertical que plantea el personal de salud con los hombres, los lleva a anticipar que seran reprendidos vergonzosamente por haber dejado pasar el tiempo y permitir que su dolencia o afeccion se acentue Y finalmente, los atemoriza que les diagnostiquen una enfermedad grave a partir de lo que ellos creian era una dolencia sin importancia, lo cual los haria formar parte de la poblacion debil y vulnerable con la que no se identifican

De manera, que socialmente es mas simple para los hombres escudarse detrás del trabajo que reconocer que son susceptibles de experimentar sentimientos que nada tienen que ver con su pretendida fortaleza

## ACTITUD DEL HOMBRE FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL

Se detectaron tres clases de actitudes de rechazo, de indiferencia y de aceptacion La primera de ellas fue la que caracterizó a la mayor parte de participantes, por las razones explicadas anteriormente La indiferencia debe ser entendida como la actitud de aquellos hombres (proporcionalmente menores que los rechazadores) a los que les da lo mismo asistir o dejar de hacerlo, en todo caso no se esmerarán por usar los servicios de salud Por ultimo, hubo casos aislados que manifestaron su aceptación por usar los servicios de salud en general, bajo el supuesto de la conveniencia de evitar que las dolencias se agraven

Para uso exclusivo de The Population Council

4

# ¿CUALES FUERON LOS SERVICIOS DE SALUD CONOCIDOS POR LOS HOMBRES?

Para uso exclusivo de The Population Council

## CONOCIMIENTO DE LAS AREAS CUBIERTAS POR LOS SERVICIOS DE SALUD

La sistematizacion de las respuestas obtenidas en los grupos focales con hombres, permitio identificar siete areas que estaban siendo cubiertas por los servicios de salud en general Esas areas pudieron ser agrupadas en tres bloques en funcion del publico al que se dirigian principalmente

El primero comprendio **las áreas obstetrico-ginecológica, neonatal y geriátrica** las cuales resultar n completamente consistentes con la asignada debilidad y vulnerabilidad de la poblacion que acudia preferentemente a los servicios de salud -de la que ellos no formaban parte obviamente- segun la percepcion masculina

El segundo bloque estuvo conformado por **las áreas de cirugía y emergencia** que estarian dirigidas a la poblacion en general incluyendo a los hombres, quienes podrian recurrir a ellas en la eventualidad de sufrir algun accidente En otras palabras, reconocieron que podrian usar esos servicios por la naturaleza critica de las situaciones que atendian, como por ejemplo un corte con arma blanca, un accidente de trabajo, etc

En el tercer bloque figuro solo **la planificación familiar (PF)**, definida por los hombres de una forma que merece ser analizada ciudadosamente En esencia, los participantes aludieron a aquellos servicios creados para las parejas que desearan planificar el crecimiento de su familia. Independientemente de las palabras que pudieron ser usadas en cada caso, lo cierto fue que hubo coincidencia en lo sustantivo

Lo que llamo a reflexión, fue que la definicion centraba los servicios en ***la pareja***, sin embargo, se reconoció que los hombres no hacian uso de esos servicios En primer

Para uso exclusivo de The Population Council

lugar porque la PF estaria incluida dentro del gran tema de la salud, con las connotaciones femeninas que han sido señaladas en los acapites anteriores Y en segundo termino, porque a la autoexclusion masculina del tema general, se sumo la correspondiente autoexclusion de la planificacion familiar por las condiciones en la que se prestaban sus servicios Condiciones que, como se vera mas adelante, no vienen favoreciendo la integracion del hombre sino que acentuan su percepción que se trata de un tema de mujeres

No se especifico si existia algun area en la cual se ofrecieran servicios relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, razón por la cual fue necesario abordar el tema de manera independiente A continuacion se presentaran los hallazgos respectivos

Para uso exclusivo de The Population Council

5

# ¿CUAL FUE LA ACTITUD DE LOS HOMBRES FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL?

Para uso exclusivo de The Population Council

## CONCIENCIA DE RIESGO EN LAS RELACIONES EXTRAMARITALES

En los ocho grupos focales realizados en Chimbote con hombres de diversa edad, se encontro de manera consistente la presencia de la nocion de riesgo al sostener relaciones sexuales con una compañera casual

El riesgo al que estarian expuestos los hombres, seria el de contraer el SIDA en primer termino, y las demás enfermedades venereas en segundo lugar Este ordenamiento respondio a que se asumio que *"la enfermedad que estaba de moda era el SIDA'* precisamente porque se oia hablar de ella más que de las otras Ademas, el hecho de ser mortal la hizo aparecer como la mas peligrosa, en comparacion con las demas conocidas (sifilis, chancro, gonorrea, *"ladillas"*, etc ) porque de una u otra manera eran curables

Sin embargo, lo que debe concitar la atención es que el riesgo de contraer las ETSs fue evaluado en funcion de las consecuencias de la enfermedad, y no de la exposicion al riesgo mismo En otras palabras, el fenomeno del contagio fue evaluado por el después y no por el antes que es lo que en realidad corresponderia, ya que si se habla del riesgo, se hace referencia a los hechos precedentes que pueden terminar en el contagio

Si los hombres entendieran que su perspectiva estaba equivocada, concluirian que independientemente de las consecuencias, el riesgo de contraer el SIDA u otra ETS es el mismo si se desconoce la historia sexual de la compañera casual y/o no se toman las precauciones respectivas

El problema subyacente, es que los hombres de los estratos estudiados en Chimbote, evidenciaron sentir la presión social de demostrar permanentemente una hombría que supone aprovechar todas las oportunidades de tener relaciones sexuales extramaritales

Para uso exclusivo de The Population Council

Al extremo de justificarse argumentando que la naturaleza del hombre era practicamente incontrolable, como lo demuestran la siguientes expresiones

' *la carne llama a la carne En este momento en que estamos solos conversando* (refiriendose a la dinamica grupal) *digan ¿quien de nosotros cuando esta chupando* (tomando) *no busca germa* (mujer)? *¡Hasta maricones* (homosexuales) *caen!*

Adicionalmente, la imagen de relaciones extramaritales estuvo muy asociada a episodios de consumo de bebidas alcoholicas, lo cual configuro un escenario en el que la responsabilidad de los actos inesperados termina siendo atribuida al licor y no al sujeto que lo ingirio

**MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A LAS ETS**

Frente al riesgo de contraer una enfermedad de transmision sexual, los hombres coincidieron en que la unica forma de evitarlo era usando el condon, no obstante, se acepto que ese no era usado en todas las ocasiones

Una explicacion sería que al asumir que las relaciones extramaritales son inesperadas, es decir no buscadas, la posibilidad percibida de estar premunido de un preservativo es muy pequeña, y si se le agrega la ingesta de bebidas alcoholicas, entonces los hombres investigados podrian concluir que resultará difícil conjugar los dos elementos el deseo de tener relaciones con una compañera desconocida y el autocontrol para darse el tiempo de protegerse

Para uso exclusivo de The Population Council

De otro lado existen quienes dudaron de la efectividad del condon para proteger al hombre frente al riesgo estudiado, sin embargo, ese cuestionamiento podria ser una puerta de escape psicologico para justificar porque no se usa ese metodo En el mismo sentido, se atribuyeron defectos de fabricacion (perforaciones) y comercializacion (producto vencido) en los condones, que determinarian una disminucion en su eficacia

## COMPORTAMIENTO DEL HOMBRE EN SITUACION DE RIESGO FRENTE A SU PAREJA ESTABLE

Una vez, que un hombre ha sostenido relaciones extramaritales con una compañera casual de quien conoce poco o nada acerca de su historia sexual, con el agravante de no haber usado un preservativo, experimentará un sentimiento de haberse colocado en situación de riesgo por haber hecho algo que no debia

Sin embargo, tratará de hacer todo lo posible porque su pareja estable (esposa o conviviente) no descubra la infidelidad de la cual ha sido objeto Asi, que procederá a sostener relaciones sexuales con su cónyuge de la manera en que habitualmente lo hace, con el proposito que ella no detecte ninguna variacion producto del riesgo supuesto Las siguientes expresiones sustentan lo hallado

" *estás con cargo de conciencia porque uno está pensando en eso pero te reivindicas* "

" *caballero no mas, le cumples* "

Esa reivindicacion y ese cumplimiento definen una actitud encubridora y a la vez consistente con aquello de que la naturaleza masculina era incontrolable Lo peligroso de esta situacion, es que teniendo un grado variable de conciencia del riesgo al que se ha expuesto ese hombre, y de la posibilidad de continuar la cadena de contagio con su conyuge, el callara para no comprometer su situacion en el hogar

Algunos casos aislados, sostuvieron que irian a consultar con un medico al dia siguiente del episodio extramarital con la esperanza de descartar la presencia de alguna enfermedad, pero lo que en realidad estarian revelando seria un desconocimiento del proceso de evolucion de las ETS

Para uso exclusivo de The Population Council

6

# ¿POR QUE RAZONES LOS HOMBRES NO ACUDEN A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

Para uso exclusivo de The Population Council

## CONDICIONES CAUSANTES DEL AUSENTISMO MASCULINO A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se encontraron siete condiciones que, en la practica, estarian propiciando que los hombres de Chimbote no se aproximen a los servicios de PF

**La identidad femenina de la PF,** es sin duda una de las principales razones del desentendimiento masculino, porque se inserta en el esquema de identidad de genero del tema de la salud en general y de sus servicios respectivos

**La menor posibilidad de acceso a la información pertinente,** fue indirectamente mencionada en las dinamicas grupales, asumiendo que la informacion de PF les es dada a las mujeres sin que ellas la busquen Es decir, que bastaria con que ellas se encuentren en algun establecimiento de salud por cualquier razon, para que el personal del sector les ofrezca asistir a una charla orientadora

*"Mas se da en las mujeres la Planificacion Familiar Mi señora ha recibido charlas en el hospital cuando se va a controlar en ningun momento nos mandan a llamar solamente a ella "*

**La interferencia con el horario de trabajo,** constituyo para los participantes en el estudio, la confirmacion que no eran tomados en cuenta al momento de diseñar los servicios Con la misma dificultad con que vieron dejar de trabajar (recuérdese la coartada a la que se hizo referencia) para acudir a un servicio de salud en general, vieron tener que asistir al servicio de PF a costa de dejar de ganar dinero o exponerse a un descuento por dia no laborado

Para uso exclusivo de The Population Council

**La nula identificacion con el proveedor de la informacion por sexo,** fue una condicion de gran relevancia para explicar el ausentismo Segun los hombres, la orientacion en PF es ofrecida por personal femenino, lo cual genera en ellos temor e inhibicion por el solo hecho de tener que hablar de un tema ligado a su intimidad, con una mujer en caso de tratarse de una situacion cara a cara, o en medio de un grupo de mujeres si fuera el caso de una charla Los siguientes testimonios grafican lo dicho

*"Esas charlas las dan mujeres mas que todo, y eso hace que sientas un poco de verguenza y miedo "*

*" da verguenza que te pregunten cuántas veces lo haces con tu mujer Mejor va mi señora, porque a ella no le van a preguntar es más discreto con ellas "*

**La ubicación del servicio de Planificación Familiar al interior de la posta, centro u hospital** resulta determinante para la comprension del comportamiento de los hombres chimbotanos del nivel C y D La presente investigacion demostro que el establecimiento de salud simboliza para el hombre, un espacio al que acude una poblacion debil y vulnerable con la que no desea ser identificado En consecuencia, si el servicio de PF está ubicado al interior del espacio que rechaza inconcientemente, ese mismo hombre lo ignorará aun en caso de necesitarlo, porque no estará dispuesto a pasar entre mujeres, lactantes, ancianos y enfermos, para llegar hasta un consultorio donde será atendido por una mujer

**La inexistencia de una convocatoria directa a los hombres** creó en los maridos convocados por sus conyuges, la idea que eran ellas las que realmente trataban de llevarlos hasta el servicio de PF arguyendo que el personal de salud los habia mandado llamar

Para uso exclusivo de The Population Council

En aquellos casos en los que se acepto ir, la experiencia resulto negativa porque la asistencia fue mayoritariamente femenina, generando en los pocos hombres asistentes verguenza por hablar de temas sexuales ante varias mujeres y temor de no saber contestar alguna pregunta que pudiera plantearles la expositora

Por tal motivo, las sucesivas convocatorias indirectas eran rechazadas, instando a las mujeres a asistir para explicarles posteriormente el contenido de la charla

Finalmente, **el temor a ser sometido involuntariamente a una vasectomia,** podria ser considerado un comportamiento extremo, pero que sin embargo sustenta el ausentismo de un sector de hombres que temen ser sometidos a un metodo quirurgico sobre el cual tienen una serie de creencias equivocadas En la práctica, hubo quienes creian que con el pretexto de una charla orientadora podrian ser convencidos de aceptar una vasectomia en la que nunca pensaron

Para uso exclusivo de The Population Council

7

# ¿COMO SE PUEDE PERSUADIR A LOS HOMBRES DE ASISTIR A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?

Para uso exclusivo de The Population Council

## PROPUESTA DE MODELO DE LLEGADA A LOS HOMBRES

A partir de los hallazgos de la investigacion cualitativa que aqui se reporta, se propone un modelo de llegada a los hombres con el propósito de crear las condiciones que favorezcan su aproximacion a un tema que hasta ahora habia tenido una clara identificación femenina segun la perspectiva de los participantes El presente modelo supone el desarrollo de dos etapas consecutivas

## PRIMERA ETAPA

La primera Etapa tendria como objetivo darle identidad masculina a la Planificación Familiar para lograr la sensibilización de los hombres frente al tema Con tal proposito, se sugieren las siguientes acciones

1 **Crear un servicio de Planificación Familiar exclusivamente masculino,** lo que no supone la duplicación de los establecimientos de salud existentes por el alto costo que ello supondria En lo fundamental, convendria que los hombres percibieran que se ha creado un espacio pensando en ellos, para que sientan que pueden recurrir al servicio, anticipando la satisfacción derivada de su uso

2 **Sacar al servicio de PF fuera del ámbito *"de la población débil y vulnerable"*,** para que los hombres no sientan que estan comprometiendo su imagen de fortaleza frente a su grupo social De esta manera sabrian que todos sus congéneres que acudan al servicio bajo el nuevo planteamiento irian en busca del mismo objetivo, y no se verían obligados a estar entre personas cuyas capacidades están menoscabadas segun su forma de pensar

Para uso exclusivo de The Population Council

**3 Recurrir a ambientes con identificacion masculina o neutra, pero no femenina** Esto quiere decir, que podrian considerarse locales comunales en los que funcionen los

servicios de PF para hombres, pero descartando los Clubes de Madres, los Clubes del Vaso de Leche y los Comedores Populares porque ellos tienen una identificacior femenina igualmente En realidad, parece poco probable encontrar ambientes con identificacion masculina, de manera que alguno neutral aparece como una buena alternativa, como locales municipales, por ejemplo

**4 Considerar el modelo de las Unidades de Rehidratación Oral Comunales (UROC),** que funcionan en la casa de algun miembro de la comunidad, que manifiesta su voluntad de colaborar con los programas del sector salud, pero sin interferir con el normal funcionamiento de la vivienda y de la familia que alli habita Trasladando el modelo UROC al Modelo de Llegada a los Hombres propuesto, podria considerarse la realizacion de las reuniones de PF en la casa de algun vecino voluntario

**5 Idealmente crear la noción de Club de Hombres,** entendida como la formacion de una institucion social -en el sentido amplio del termino- que pueda albergar a todo aquel de sexo masculino que desee compartir con sus pares inquietudes respecto de la Planificacion Familiar y la Salud Reproductiva Si se le agrega a la nocion del Club, la ubicacion del servicio fuera de los establecimientos de salud , los hombres interesados podrian liberarse de la presion social que supone la situación actual, y quizas llegar a interiorizar el concepto de **"nos vemos en el club esta noche porque hay una charla."**

La idea fundamental que deberia comprar la poblacion masculina, es que en ese Club todos los detalles apuntarian hacia el universo masculino, e incluso que estaria reservado solo a sus congéneres

Para uso exclusivo de The Population Council

6 **Convocar directamente a los hombres,** para romper con su creencia que los intentos de sus conyuges por llevarlos a las charlas son una iniciativa de ellas mismas y no del sector Salud Por supuesto, el mensaje con el que se convoque a la poblacion masculino debera ser coherente con todas las acciones propuestas en la Primera Etapa descrita

7 **Propiciar el efecto multiplicador** que naturalmente ocurrira, en la medida en que el desarrollo de las actividades del servicio de PF para hombres, resulte motivador Por la experiencia tenida con los ocho grupos investigados en Chimbote en el marco de la presente investigación, se puede sostener que la metodologia seguida entusiasmó a los participantes, al punto de ofrecerse espontaneamente para convencer a algun amigo de acudir juntos a la proxima reunion

8 **Utilizar la técnica de las Dinámicas Grupales en lugar del esquema tradicional de charlas,** con la finalidad de buscar la participación activa de los asistentes para hacerlos sentir que contribuyen al desarrollo y enriquecimiento del grupo del cual forman parte en ese momento El esquema tradicional de charlas convierte en pasivo al auditorio, y facilita el ocultamiento de aquellos que por caracteristicas personales son mas introvertidos Planteadas las dinámicas en grupo, todos los participantes tienen la misma oportunidad para expresar sus pensamientos, con lo cual se asegura que el efecto pueda alcanzar a todos los miembros de un pequeño grupo

Para uso exclusivo de The Population Council

**SEGUNDA ETAPA**

Una vez que la Primera Etapa evidencie resultados de participacion masculina en los servicios de Planificacion Familiar, convendria iniciar la etapa de orientacion a parejas con un hombre sensibilizado y dispuesto a asumir el compromiso tanto en PF cuanto en ETS, en igualdad de condiciones que su cónyuge

De lo contrario, la imagen idilica de la pareja entrando de la mano al establecimiento de salud en busca de orientacion, seguira siendo utopica

Para uso exclusivo de The Population Council

8

# ¿COMO ESPERAN LOS HOMBRES QUE SEA SU PROVEEDOR DE INFORMACION?

Para uso exclusivo de The Population Council

## EXPECTATIVAS DE LOS HOMBRES RESPECTO DE LAS CARACTERISTICAS DEL PROVEEDOR DE INFORMACION

A continuacion se describen las caracteristicas que deberia tener el proveedor de informacion de las areas de Planificacion Familiar y Enfermedades de Transmision Sexual, de acuerdo con lo que espera la poblacion masculina estudiada

1 **Ser de sexo masculino**, para favorecer la identificacion entre el emisor y el receptor participante

**2. Ser percibido como una autoridad, pero a la vez como una persona capaz de establecer relaciones horizontales** Esto responde a la necesidad de encontrar un interlocutor a quien se le puedan expresar las dudas y temores, con la certeza que no adoptara la postura del padre que reprende, sino del especialista que comprende Idealmente, deberia poder ser percibido como uno mas entre el grupo

3 **Utilizar el lenguaje de los participantes,** entendiendo que al hacerlo favorecera el acercamiento con los participantes y creará la atmosfera para obtener expresiones espontaneas y desinhibidas

4. Y por ultimo, **promover la participación de todos los asistentes para propiciar el intercambio de opiniones.** En la medida en que los hombres asistan a estas reuniones de orientacion y tengan la oportunidad de exteriorizar sus puntos de vista sin importar si estan acertados o no, podrá pensarse en el inicio de un proceso de cambio de actitud

Para uso exclusivo de The Population Council

# ANEXO

## PROYECTO DE LA PROVINCIA DE SANTA

### ESTUDIO CUALITATIVO CON HOMBRES

### GUIA DE FOCUS GROUPS

Presentación y breve explicación de la convocatoria

Establecimiento de las reglas de la dinamica grupal

**ACTITUD FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL**

De seguro Uds habrán oido hablar de los servicios de salud que existen en esta zona ¿Podrian decirme para qué sirven en general? ¿Cuáles recuerdan?

¿Por qué razón la gente acude a ellos? ¿Qué tipo de personas usan los servicios de salud de los que me están hablando?

**(NOTA Debe tratarse de determinar si existen diferencias en la actitud según se trate de un hospital, centro de salud o posta)**

¿Existen otros servicios de salud que se presten en esos lugares?

Para uso exclusivo de The Population Council

¿Quienes usan los servicios de salud? ¿Mujeres, hombres? ¿De alguna edad en particular? ¿Por que razon ellos y no otro tipo de personas?

¿Por que razon ese tipo o tipos de personas son las que van con mayor frecuencia?

¿Han visto a hombres en los servicios de salud? ¿Que suponen que los llevo al servicio?

¿Por que creen que algunos hombres no van a los servicios de salud?

¿Alguno de Uds penso en ir y luego cambio de opinion? ¿Por que?

## ACTITUD FRENTE A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Hablemos ahora de los servicios de Planificacion Familiar ¿Saben en que consisten? ¿Para qué sirven?

¿Para quienes han sido creados los servicios de Planificación Familiar? ¿Por que?

**(NOTA. Si excluyen a los hombres como público objetivo hacer la siguiente pregunta)** ¿Qué les hace pensar que los servicios de PF no están dirigidos a los hombres tambien? ¿Por qué razon?

¿Tendrian que haberse creado para hombres también? ¿Por qué?

Imaginense a uno de sus amigos y traten de recordar cuales son los pretextos que suele poner para no ir al servicio de PF? ¿Qué acostumbra decir? ¿Qué palabras usa?

## ACTITUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

¿Me pregunto si un hombre corre algun riesgo cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?

¿Habian oido hablar de ciertas enfermedades que se transmiten cuando se tienen relaciones sexuales? ¿Cuales son?

¿Y si un hombre tiene relaciones con otra mujer que no es su pareja, esposa, conviviente, etc corre algun riesgo? ¿Cual? ¿Que enfermedades podria coger?

Esas enfermedades que un hombre podria coger por tener relaciones sexuales fuera de su casa, ¿podria pasárselas a su mujer? ¿Hay alguna manera de evitarlo?

Y si su mujer estuviera embarazada, ¿creen que podria afectar al bebito que lleva en el vientre?

¿Habría alguna forma de que un hombre se cuide al tener relaciones sexuales fuera de su casa con otra mujer? ¿Cuál seria?

## CONDICIONES IDEALES DE LA CONSEJERIA A HOMBRES

Pensemos por un momento en algunos hombres que Uds conozcan cerca de sus casas o en el lugar donde trabajan ¿Se los imaginan llendo al servicio de Planificación Familiar con sus señoras o parejas? ¿Por qué?

Aquellos que no gustarian de ir con sus señoras, ¿creen que se animarian a ir solos para preguntar acerca de como cuidarse para no tener hijos o para no contraer alguna emfermedad sexual? ¿Por que?

¿Habria otra forma en la que ellos quisieran recibir orientacion en Planificacion Familiar? ¿Cual tendria que ser?

¿Y orientacion en lo que a enfermedades de transmision sexual se refiere?

¿Que caracteristicas deberian tener los servicios de orientacion sobre los temas de los que estamos hablando para que los hombres que Uds conocen se animaran a ir?

¿Que les haria pensar a ellos que vale la pena ir?

**(NOTA. Los participantes tendrán la oportunidad de elaborar las características espontáneamente. Luego se indagará acerca de ciertas variables que podrían tener alguna influencia, como por ejemplo el horario de atención, el sexo del personal, el lenguaje utilizado y las condiciones en las que se desarrolla la consejeria misma).**

¿Cual seria el horario más apropiado para que ellos fueran al servicio? ¿Habria algun otro? ¿Qué dias y horas serian las más convenientes?

¿Y que opinan de las personas que atienden en los servicios de PF? Dirian que al verlas dan ganas de acercarse para hablar de PF con ellas?

¿El sexo del personal que da orientación en PF tiene alguna importancia? ¿Por qué?

Y de la forma que tienen de hablar, ¿que me podrian decir? ¿Deberian cambiarla? ¿Como?

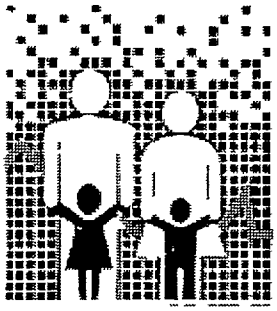
¿Alguno de Uds tiene idea de como son los ambientes en los que se brinda la orientacion en PF? ¿Le harian algunos cambios? ¿Por que creen que con esos cambios quedarian mejor?

Para terminar, quisiera que se imaginen que Uds son las personas del Ministerio de Salud que van a decidir como lograr que los hombres que viven en esta zona se animen a ir a los servicios de consejeria en PF ¿Qué medidas tomarian?

¿Y luego de haberlos convencido para que se acerquen y pregunten, ¿como creen que se les puede animar para que tomen en servicio y vayan cuando se les cite?

Agradecimiento

Para uso exclusivo de The Population Council



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU.
II A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

# Continuidad en el Uso de la Planificación Familiar

Alberto Padilla y Edgar Caballero

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**05/20/97 to 07/30/97**

**Principal Investigator:**
**Federico R. León**

Population Council

Este es un ınforme de consultoría que abarca dos estudıos El prımero fue realızado por Irma Ramos, Luz Carbajal y Fernando Iturrızaga en la UTES La Caleta con apoyo analítıco de Alberto Padılla Este estudıo fue parte de un proyecto fınancıado por IEPO y contó con el apoyo ıncıdental de Jeanne Noble El segundo, realızado en la UTES E Guzmán Barrón, fue realızado con el apoyo programado de Jeanne Noble en las tareas de dıseño y recolección de datos Este estudıo fue parte del proyecto de INOPAL en Santa

# Introducción

Entre 1991 y 1996, la prevalencia de uso de metodos anticonceptivos ha aumentado en el Peru de 59% a 64% (INEI et al 1992, 1997) Sin embargo, la discontinuacion de los metodos en algun momento de los 12 primeros meses de uso se ha mantenido casi constante (48% en 1991 y 45% en 1996)

La discontinuacion de uso de anticonceptivos se convierte en un problema serio cuando se ha alcanzado altos niveles de prevalencia de uso de ellos, como esta ocurriendo en el Peru Las interrupciones pueden deberse a una serie de factores, entre los cuales se encuentran la oferta en el mercado, la falla, los efectos colaterales, la variacion en el grado de satisfaccion en las relaciones sexuales, entre muchas otras razones Si bien es cierto, estos factores son los señalados de manera directa, ellos son reflejo de situaciones subyacentes, como la falta de informacion, las barreras culturales o las condiciones del mercado de anticonceptivos

La pildora, el DIU y la inyeccion son metodos anticonceptivos de amplio uso en el Peru, superados solo por la abstinencia periodica y la esterilizacion Sin embargo, la discontinuacion de la pildora y las inyecciones en los doce primeros meses de uso supera el 50%, y del DIU, el 17% Por otro lado, la encuesta ENDES de 1996 (INEI, 1997) señala que la principal fuente de abastecimiento de estos metodos es el sector publico, con el 58% en el caso de usuarias de pildoras, 76% en DIU, y 88% en inyectables La informacion mostrada despierta el interes por conocer los aspectos que pudieran estar explicando esta dinamica tan intensa

En esta perspectiva, en la presente investigacion se hace el seguimiento de las conductas de cambio experimentadas por las mujeres que iniciaron en el año 1995 el uso de anticonceptivos en las dependencias del sector salud en las UTES La Caleta y E G Barron, ubicadas en la provincia de Santa, en el Departamento de Ancash Se trata de una poblacion especial, que ha recibido servicios de consejeria y orientacion especializada Por tanto, los resultados apuntan mas a la identificacion de los factores subyacentes en el sector y en el contexto cultural de la poblacion en estudio Sin embargo, los resultados que se encuentran en este estudio, podrian ser usados como indicativos de la situacion en otras areas equivalentes a la investigada

## Metodología

### La población en estudio

La poblacion en estudio esta constituida por las mujeres en edad fertil que acudieron a recibir servicios de planificacion familiar en los centros de salud de las UTES La Caleta y E G Barron, ubicadas en la provincia del Santa, del departamento de Ancash, durante el año 1995 y que empezaron a usar la pildora, el DIU o inyectables

Los datos recogidos corresponden a una muestra de 343 mujeres, en el caso de La Caleta y 439 en E G Barron, seleccionadas al azar, tomando como marco de referencia los registros administrativos de los centros de salud de las areas mencionadas, habiendose considerado solo a las usuarias de los tres metodos antes señalados

### La fuente de datos

La fuente de datos es un calendario de 27 meses que cubre el periodo comprendido entre enero de 1995 y marzo de 1997, en La Caleta, y hasta mayo, en E G Barron, en el cual se ha registrado mes a mes la situacion de uso de anticoncepcion, discriminado por metodos individuales, no uso de metodos, embarazo, nacimiento e interrupcion de embarazos En el caso de detectarse cambios en el estado de anticoncepcion o de metodos, se requirio la razon que motivaba tal hecho El calendario utilizado es bastante similar al que se emplea en las encuestas DHS

En la base de datos se cuenta con informacion correspondiente a periodos anteriores al inicio de uso de los metodos de interes, y que corresponde a los casos en que las usuarias acudieron al servicio de salud en meses posteriores a enero de 1995

### Los segmentos de uso

La unidad de analisis es el segmento de uso de anticonceptivos, definido como el periodo continuado de uso de algun metodo o metodos en general, empleandose al mes como unidad de tiempo En La Caleta se obtuvieron 726 segmentos individuales por tipo de metodo, y en E G Barron 981

Para la construccion de los segmentos se ha prescindido de la informacion correspondiente al mes de la entrevista y los 2 meses anteriores, con el fin de eliminar los sesgos que pudieran producirse por la dificultad para precisar posibles embarazos

Se trabaja con dos tipos de segmentos los *completos*, que son aquellos que tienen momentos de inicio y termino conocidos y, por tanto, se puede determinar su tiempo de duracion total los otros segmentos son los *incompletos*, o *censurados* que son aquellos de los cuales se conoce el momento del inicio pero no el final, es decir, solo se sabe el tiempo que han estado en uso ininterrumpido hasta el momento de la entrevista, pero no la duracion total porque no se puede determinar el momento en que terminarian

Tabla 1
**Segmentos de uso de metodos anticonceptivos**

| Metodo | La Caleta | E G Barron |
|---|---|---|
| **Total** | **726** | **981** |
| Inyecciones | 241 | 318 |
| Pildora | 205 | 231 |
| DIU | 117 | 203 |
| Abstinencia periodica | 54 | 107 |
| Condon | 38 | 32 |
| Retiro | 28 | 39 |
| Vaginales | 10 | 12 |
| Esterilizacion femenina | 8 | 29 |
| Esterilizacion masculina | - | 1 |
| Implantes | 1 | 2 |
| Otro | 24 | 7 |

## El concepto de discontinuación

Se considera que se produce una discontinuacion de un metodo anticonceptivo cuando la mujer interrumpe su uso, en cuyo caso, se puede determinar el tiempo total que ha estado empleando el metodo y se puede identificar la razon de la interrupcion y lo que hace la mujer en materia anticonceptiva despues de la suspension

## La herramienta de análisis

Debido a la presencia de casos censurados, se ha empleado la tabla de vida como herramienta de analisis Para el seguimiento de los metodos individuales se han empleado las tablas de vida de decremento simple, y para la evaluacion de las razones y de los cambios de metodo se recurrio a las tablas de vida de decremento multiple, conocidas tambien como de riesgos en competencia

Las tablas de vida constan de una serie de medidas dentro de las cuales la mas importante para los propositos de este estudio son las probabilidades acumuladas de sobrevivencia, al

final de determinadas unidades de tiempo empleadas para el seguimiento En este caso la sobrevivencia debe ser interpretada como la continuacion en el uso de anticonceptivos La diferencia de esta probabilidad de sobrevivencia con respecto al valor uno corresponde a la probabilidad acumulada de discontinuacion a determinado periodo, usualmente a los 12 primeros meses A estas probabilidades se les denomina *tasas netas*

Para facilitar la comprension de esta medida recurriremos al siguiente ejemplo una tasa acumulada de discontinuacion de proteccion con metodos naturales de 15 % a los 12 meses significa que el 15% de casos de uso de tales metodos ha sido interrumpido en algun momento de los 12 primeros meses desde que se empezo a usar ese tipo de proteccion

**Los tipos de metodos**

Para el presente estudio se ha prestado mayor interes al tipo de proteccion que reciben y posiblemente discontinuan las mujeres, que a los metodos de manera individual, para lo cual estos han sido agrupados en cuatro categorias

i **Sin uso**, cuando la mujer no ha empleado ningun metodo anticonceptivo en el mes de referencia

ii **Proteccion con metodos naturales** (abstinencia periodica, retiro y otros) Se considera que una mujer tiene una proteccion con metodos naturales cuando esta usando algun metodo natural, aun si cambiara de uno a otro metodo de la misma categoria Por ejemplo, la mujer puede dejar de usar el retiro y cambiar inmediatamente a la abstinencia periodica, en esta situacion se ha interrumpido el uso del primer metodo, pero no se ha discontinuado la proteccion con metodos naturales

iii **Protección con metodos de barrera** (Condones y vaginales) Se considera que una mujer tiene proteccion de algun metodo de barrera, aun cuando cambiara de uno a otro metodo de esta misma categoria

iv **Proteccion con métodos modernos** (Píldora, inyectables, DIU, implantes, esterilizacion femenina) Se considera que una mujer tiene una proteccion con metodos modernos mientras este usando alguno de los metodos de esta misma categoria, aun si cambiara de uno a otro metodo especifico de ellos

La discontinuacion de un tipo de proteccion se produce cuando la mujer cambia a otro tipo, o interrumpe el uso de la planificacion familiar por lo menos un mes

**La dinamica anticonceptiva**

La experiencia señala que el uso de anticonceptivos es un proceso dinamico, en el cual se puede empezar a usar algun metodo para interrumpirlo luego de un lapso Esta suspension puede obedecer a una serie de factores relacionados directamente con la voluntad o situacion conyugal de la mujer, como por ejemplo sentir temores o una disolucion o separacion temporal de la pareja, o para tentar un embarazo, otros factores pueden deberse al metodo en si, como por ejemplo, la presencia de molestias colaterales como dolores de cabeza, hemorragias, etc , y otros, a cuestiones del mercado, como el desabastecimiento de pildoras o inyectables No faltan por cierto los casos de falla del metodo, cuando la mujer queda embarazada a pesar de haber estado usando un metodo anticonceptivo

En el tiempo de observacion en la investigacion, una mujer puede presentar varios segmentos de uso, esto se produce cuando ella cambia de metodos, a veces inmediatamente despues de haber interrumpido uno Hay otras situaciones en las que una mujer deja un metodo, queda embarazada , luego del nacimiento pasa un periodo sin proteccion, y luego empieza a usar el mismo metodo que habia usado anteriormente u algun otro

En la investigacion se encontro que en 24 meses de observacion habia un promedio de 2 1 segmentos de uso de metodos individuales por mujer en La Caleta, y 2 2 en E G Barron, inclusive se tuvieron casos que habian ido rotando los metodos acumulando entre 10 y 13 segmentos

## *Aspectos de la dinámica de uso de anticonceptivos en La Caleta*

La mayor parte de las mujeres de la Caleta empezo usando las inyecciones (29%) o la pildora (28%), y una proporcion algo menor los DIU s (22%) Un 18% lo habia hecho con la abstinencia periodica, el retiro o alguna otra forma no moderna

Tabla 2
**Métodos con los que se inicia el uso de la anticoncepcion y situacion al momento de la entrevista *La Caleta***
(Porcentaje)

| Metodo | Primer uso | Al momento de la entrevista |
|---|---|---|
| Inyecciones | 29 2 | 33 5 |
| Pildora | 28 3 | 20 4 |
| DIU | 21 9 | 21 6 |
| Abstinencia periodica | 7 9 | 2 6 |
| Condon | 2 3 | 2 3 |
| Retiro | 5 0 | 0 9 |
| Esterilizacion femenina | - | 2 3 |
| Vaginales | - | 0 6 |
| Otro | 5 5 | 0 6 |
| No uso | - | 9 3 |
| Embarazo | - | 5 8 |
| **Total** | **100 0** | **100 0** |
| Casos | 343 | 343 |

Al final del periodo de investigacion se observaron cambios significativos en la situacion Habian disminuido los metodos naturales a casi la quinta parte de su prevalencia original, en el caso de la pildora ocurrio lo mismo en casi una cuarta parte, se habia fortalecido el uso de inyecciones y el 9% no estaba usando ningun metodo Habia tambien un 6% de embarazadas

## Discontinuacion de metodos

En esta poblacion el 20% de las mujeres discontinua la proteccion anticonceptiva en algun momento de los primeros doce meses contados a partir de la fecha en que empezo a usar algun metodo Si se amplia este periodo a los 24 meses, la proporcion aumenta al 32%, lo que evidencia la existencia de un problema, pues, ante la falta de proteccion, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, los que segun la encuesta ENDES 1996 (INEI, 1997) explican el 37% de la fecundidad total del pais

Los metodos naturales y los de barrera son los que mas rapidamente se discontinuan, con una tasa acumulada de 63% en los 6 primeros meses, en el caso de los naturales, y 59% en los tres primeros meses en los de barrera Esto se explica por que generalmente el uso de los metodos naturales ha precedido al contacto con los establecimientos especializados de salud

La proteccion con metodos modernos es mas duradera, pero aun asi, su probabilidad de discontinuacion es alta en el primer año (30%) Entre estos ultimos, la pildora presenta la mayor tasa de discontinuacion con el 37% en los tres primeros meses de uso

Tabla 3

**Tasas acumuladas de discontinuacion a los 3, 12 y 24 meses**

**La Caleta**

Porcentajes calculados con tablas de vida

| Metodo | A los 3 meses | A los 6 meses | A los 12 meses | A los 24 meses |
|---|---|---|---|---|
| Algun metodo | 8 8 | 12 9 | 20 0 | 31 8 |
| Naturales | 32 2 | 62 8 | * | * |
| Barrera | 59 3 | * | * | * |
| Modernos | 14 8 | 21 6 | 29 5 | 42 2 |
| Pildora | 36 5 | 50 0 | 64 0 | * |
| DIU | 14 4 | 21 3 | 30 3 | * |
| Inyeccion | 23 0 | 33 7 | 47 3 | * |
| Abst Periodica | 36 7 | * | * | * |

* Insuficiente cantidad de casos

Naturales Abst Periodica, retiro otros

Barrera Vaginales condon

Modernos Pildora, DIU inyecciones implante Esteriliz Femenina, Esteriliz Masculina

## Cambio de métodos

En la poblacion investigada existe una dinamica intensa en el uso de metodos anticonceptivos De manera global, aquellas mujeres que emplean metodos naturales o de barrera se orientan, en realidad se podria decir que son orientadas por los servicios locales de planificacion familiar, hacia los metodos modernos Comparando las tasas

correspondientes a los 3 meses se observa que el 27% de un total de 32% que discontinuan los metodos naturales lo hacen para emplear alguno de los metodos modernos En el caso de la proteccion con metodos de barrera, este porcentaje aumenta a 44% de un total de 59%

Los datos muestran tambien que la probabilidad acumulada de interrumpir el uso de la anticoncepcion es mayor en quienes emplean metodos modernos En la tabla que sigue se observa que las probabilidades correspondientes a la categoria de cambio a *no usa metodo*, es la mas alta indistintamente del periodo Asi, el 13 7% de un total de 29 5% que discontinuo este tipo de proteccion en algun momento de los primeros doce meses de uso, no empleo a continuacion ninguna otra forma anticonceptiva por lo menos durante un mes

Tambien se observa una tendencia hacia la perdida de calidad anticonceptiva, en terminos de efectividad de uso entre quienes emplean metodos modernos, pues un 13% del total de 29 5% que discontinuo esta forma, cambiaron a metodos naturales o de barrera

Tabla 4
**Probabilidades acumuladas de discontinuacion y cambio de tipo de proteccion La Caleta**
Porcentajes calculados mediante tablas de vida

| Proteccion que se discontinua | Cambio a | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No usa método | Naturales | Barrera | Modernos | Embarazo | |
| **A los 3 meses** | | | | | | |
| Naturales | 0 0 | na | 3 0 | 26 9 | 2 4 | 32 3 |
| Barrera | 8 5 | 4 3 | na | 44 4 | 2 1 | 59 3 |
| Modernos | 7 4 | 2 9 | 3 5 | na | 1 0 | 14 8 |
| **A los 6 meses** | | | | | | |
| Naturales | 2 1 | na | 4 1 | 52 2 | 4 5 | 62 8 |
| Barrera | * | * | na | * | * | * |
| Modernos | 10 3 | 5 1 | 5 0 | na | 1 2 | 21 6 |
| **A los 12 meses** | | | | | | |
| Modernos | 13 7 | 6 6 | 6 4 | na | 2 8 | 29 5 |

na No aplicable
* Insuficiente numero de casos
Naturales Abst Periodica, retiro otros
Barrera Vaginales condon
Modernos Pildora, DIU inyecciones implante Esterliz Femenina, Esterliz masculina

Un aspecto importante de resaltar en la dinamica del uso de anticonceptivos es que la probabilidad de discontinuacion en los primeros meses es mas alta cuando se cambia de metodo, es decir, en aquellos que se emplean luego de haber usado otro anteriormente Esto esta en relacion con la secuencia seguida en el uso de las formas anticonceptivas En el caso de la pildora, la probabilidad de discontinuacion cuando ya se ha empleado otro

metodo antes, es casi tres veces que cuando se usa por primera vez Con las inyecciones ocurre casi lo mismo, solo que en menor intensidad En cambio, la probabilidad acumulada de discontinuacion del DIU en los primeros meses de uso es mayor cuando este metodo es el primero en ser usado De acuerdo a estos resultados, la estrategia de provision deberia privilegiar las pildoras en aquellas mujeres que van a usar metodos por primera vez continuar con los inyectables como segundo metodo, y recien despues ofrecer los DIU s

Tabla 5
**Probabilidades acumuladas de discontinuacion segun el orden en que se emplean los métodos La Caleta**
Porcentaje

| Meses | Pildora | | | Inyeccion | | | DIU | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primer metodo | Segundo metodo | Tercer metodo | Primer metodo | Segundo metodo | Tercer metodo | Primer metodo | Segundo metodo |
| 3 | 15 5 | 50 0 | 46 0 | 15 0 | 16 0 | 31 0 | 13 9 | 11 8 |
| 6 | 28 2 | * | * | 21 7 | 33 6 | * | 27 8 | 14 7 |

* Insuficiente numero de casos

## Las razones de discontinuacion

Las multiples razones argumentadas por las informantes para dejar de usar los metodos de planificacion familiar han sido agrupadas en 5 categorias

i **Falla del metodo** Cuando la mujer dejo de usar un metodo por haber salido embarazada mientras lo usaba

ii **Quería embarazo.** Cuando la mujer suspendio el uso de la anticoncepcion para poder salir embarazada

iii **Efectos colaterales.** Cuando la mujer experimento algun cambio en su condicion de salud por accion del metodo

iv **Razones del método** Comprende situaciones como la desaprobacion de la pareja, argumentos de motivos de salud (que no son efectos colaterales), problemas de acceso o disponibilidad, costo, inconveniencia de uso, dificultades para quedar embarazada, etc

v **Razones personales** Cuando la mujer manifesto que tenia sexo con poca frecuencia, fatalismo, disolucion marital, otras razones no precisadas, y los casos de *no sabe*



224

Las razones de discontinuacion dependen del tipo de metodo Cuando se trata de los metodos naturales, casi la totalidad (28% de un total de 32% en los tres primeros meses, y con tendencia creciente con el tiempo) lo suspende por razones atribuidas al metodo en si Esta razon tambien es la principal para la proteccion con metodos de barrera En los metodos modernos, los mayores argumentos para la discontinuacion son los efectos colaterales, segun lo manifestado por 9 de cada 20 mujeres que suspendieron el uso de esta forma de proteccion en los primeros doce meses de uso

La cantidad de casos observados en la poblacion en estudio no permite sacar conclusiones sobre la prevalencia de falla de metodos, pudiendose solo especular que este problema es de pequeña importancia

Conviene señalar tambien que la suma de las probabilidades de *falla de metodo* y *queria embarazo* no es igual a la probabilidad total de cambio para embarazo indicado en la tabla sobre cambios, debido a que las mujeres pueden haber dejado de usar un metodo sin esa intencion, quedaron desprotejidas y en el mismo mes tuvieron una concepcion, registrandose el embarazo en el mes siguiente

Tabla 6
**Probabilidades acumuladas de discontinuacion de tipos de proteccion y razones**
**La Caleta**
Porcentajes calculados mediante tablas de vida

| Tipo de proteccion | Razones | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Falla de metodo | Queria embarazo | Efectos colaterales | Razones del metodo | Razones personales | Total |
| **A los 3 meses** | | | | | | |
| Naturales | 0 0 | 1 6 | 0 0 | 27 7 | 3 0 | 32 3 |
| Barrera | 0 0 | 2 1 | 2 1 | 46 0 | 9 2 | 59 3 |
| Modernos | 0 7 | 0 0 | 8 1 | 2 1 | 3 9 | 14 8 |
| **A los 6 meses** | | | | | | |
| Naturales | 0 0 | 2 7 | 0 0 | 52 7 | 7 5 | 62 8 |
| Barrera | * | * | * | * | * | * |
| Modernos | 1 0 | 0 3 | 11 8 | 3 1 | 5 5 | 21 6 |
| **A los 12 meses** | | | | | | |
| Modernos | 1 3 | 1 0 | 13 3 | 6 3 | 7 6 | 29 5 |

* Insuficiente numero de casos
Naturales Abst Periodica, retiro otros
Barrera Vaginales condon
Modernos Pildora, DIU inyecciones implante Esteriliz Femenina, Esteriliz masculina



225

Efectuando el analisis para metodos especificos, se encuentra que los efectos colaterales se presentan en el 35% de los casos de discontinuacion de pildora en los primeros 12 meses, y tambien son la causa mas importante en los casos del DIU y de los inyectables

Las razones del metodo se encuentran basicamente en la pildora, por la disciplina que requiere su utilizacion, y las razones personales son mencionadas en mayor medida en las discontinuaciones de inyectables

Las razones atribuibles al metodo son importantes en el caso de la pildora Las razones personales revisten importancia en el caso de las inyecciones

Tabla 7
**Probabilidades acumuladas de discontinuacion a los 12 meses de Píldora, DIU e Inyeccion y razones La Caleta**
Porcentajes calculados mediante tablas de vida

| Metodo | Falla del metodo | Queria embarazo | Efectos colaterales | Razones del metodo | Razones personales | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pildora | 1 1 | 1 7 | 35 3 | 18 2 | 7 7 | 64 0 |
| DIU | 2 8 | * | 19 2 | 2 8 | 5 5 | 30 3 |
| Inyeccion | * | 0 1 | 22 4 | 9 1 | 14 8 | 47 2 |

* Insuficiente numero de casos



226

# *Aspectos de la dinámica de uso de anticonceptivos en E. G. Barrón*

**Discontinuacion de metodos**

En la UTES E G Barron se encontro una tasa acumulada de discontinuacion total de 25 2% en los doce primeros meses Es decir, casi una de cuatro mujeres quedo sin ninguna proteccion anticonceptiva en ese periodo

La discontinuacion de los metodos modernos antes de llegar a los 12 meses se produce en el 35 8 de los casos, cifra que es menor a la registrada para los otros tipos de metodos Esto parece aceptable pues, por la caracteristica observada en los establecimientos de esta UTES, es probable que las usuarias hayan sido orientadas a dejar los metodos naturales o de barrera para usar los que en este estudio denominamos modernos

Analizando la dinamica anticonceptiva por metodos especificos, se observa que la mayor discontinuacion tiene lugar en la pildora (72 3%) y en las inyecciones (58 9%) Sin embargo, en el caso del DIU, la cifra de 40 6% de discontinuacion en el primer año es bastante considerable

Tabla 8
**Tasas acumuladas de discontinuacion a los 3, 12 y 24 meses E G Barron**
Porcentajes calculados con tablas de vida

| Metodo | A los 3 meses | A los 6 meses | A los 12 meses | A los 24 meses |
|---|---|---|---|---|
| Algun metodo | 10 8 | 15 3 | 25 2 | 41 3 |
| Naturales | 31 7 | 60 2 | * | * |
| Barrera | 58 2 | * | * | * |
| Modernos | 16 7 | 24 2 | 35 8 | 54 6 |
| Pildora | 39 1 | 55 5 | 72 3 | * |
| DIU | 16 9 | 26 0 | 40 6 | 52 7 |
| Inyeccion | 24 1 | 35 1 | 58 9 | * |
| Abst Periodica | 30 7 | 58 3 | * | * |

* Insuficiente numero de casos
Naturales Abst Periodica, retiro otros
Barrera Vaginales condon
Modernos Pildora, DIU inyecciones implante, Esteriliz Femenina, Esteriliz Masculina



227

## Cambio de metodos

La probabilidad de que una mujer que usa un metodo moderno en la UTES E G Barron, deje de usarlo en el primer año es 20 9% El cambio a metodos naturales es tambien importante y se presenta en el 9 3% de los casos

En el caso de los metodos naturales y de barrera, el cambio hacia los metodos modernos es el fenomeno mas frecuente, habiendose encontrado tambien que el mayor cambio hacia embarazo se da en las usuarias de metodos de barrera

Tabla 9
**Probabilidades acumuladas de discontinuacion y cambio de tipo de proteccion E G Barron**
Porcentajes calculados mediante tablas de vida

| Proteccion que se discontinua | Cambio a | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No usa metodo | Naturales | Barrera | Modernos | Embarazo | |
| **A los 3 meses** | | | | | | |
| Naturales | 1 4 | na | 0 7 | 26 2 | 3 5 | 31 7 |
| Barrera | - | 4 6 | na | 30 1 | 23 6 | 58 2 |
| Modernos | 8 9 | 5 4 | 1 7 | na | 0 7 | 16 7 |
| **A los 6 meses** | | | | | | |
| Naturales | 2 1 | na | 1 4 | 51 0 | 5 7 | 60 2 |
| Modernos | 13 1 | 7 7 | 2 3 | na | 1 1 | 24 2 |
| **A los 12 meses** | | | | | | |
| Modernos | 20 9 | 9 3 | 3 7 | na | 1 9 | 35 8 |

* Insuficiente numero de casos
Naturales Abst Periodica, retiro otros
Barrera Vaginales condon
Modernos Pildora, DIU inyecciones implante Esteriliz Femenina, Esteriliz Masculina

## Las razones de discontinuación

La discontinuacion de los metodos modernos debido a efectos colaterales, tiene la mayor probabilidad de ocurrencia (23 3% de un total de 35 8% en el primer año)

En cambio, las razones atribuibles al metodo tienen la primera probabilidad en los casos de los metodos naturales y de barrera (26 8% y 32 3% en los primeros 3 meses)



228

La mayor probabilidad de falla se presenta en los metodos de barrera (14 2% en los primeros tres meses)

Tabla 10
**Probabilidades acumuladas de discontinuacion de tipos de proteccion y razones E G Barron**
Porcentajes calculados mediante tablas de vida

| Tipo de proteccion | Razones | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Falla de metodo | Queria embarazo | Efectos colaterales | Razones del metodo | Razones personales | Total |
| **A los 3 meses** | | | | | | |
| Naturales | 2 8 | 0 7 | 0 0 | 26 8 | 1 4 | 31 7 |
| Barrera | 14 2 | 2 5 | 2 3 | 32 3 | 6 9 | 58 2 |
| Modernos | 0 6 | 0 4 | 11 7 | 1 7 | 2 4 | 16 7 |
| **A los 6 meses** | | | | | | |
| Naturales | 5 1 | 0 7 | 0 0 | 50 9 | 3 6 | 60 2 |
| Modernos | 0 8 | 0 8 | 17 0 | 3 0 | 2 6 | 24 2 |
| **A los 12 meses** | | | | | | |
| Modernos | 1 4 | 1 8 | 23 3 | 5 3 | 4 0 | 35 8 |

* Insuficiente numero de casos
Naturales Abst Periodica, retiro otros
Barrera Vaginales condon
Modernos Pildora DIU inyecciones implante Esteriliz Femenina, Esteriliz Masculina

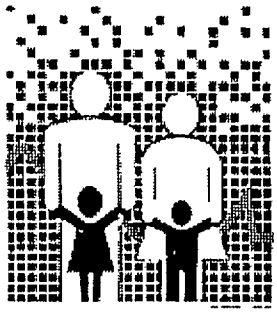
# Bibliografía

INEI MACRO INTERNATIONAL INC PRISMA 1992 Encuesta Demografica y de Salud Familiar 1991/1992 Lima

INEI MACRO INTERNATIONAL INC 1997 Encuesta Demografica y de Salud Familiar 1996 Informe Principal Lima

Kalbfleisch J y R Prentice The Statistical Analysis of Filure Time Data New York John Wiley and Sons Inc

Padilla, Alberto 1994 La Dinamica del Uso de la Anticoncepcion en el Peru Un Analisis de Discontinuacion y Falla, y Cambio de Metodos Seminario sobre la dinamica anticonceptiva en America Latina Calverton, Maryland Macro International Inc



QUALITY OF CARE AND USER OUTCOMES
IN THE PROVINCE OF SANTA, PERU·
II A DIAGNOSTIC STUDY WITH FOCUS ON USERS

# Usos, Actitudes y Conocimientos de las Usuarias a la Salida de la Consulta

Víctor Salazar y Miriam Llajamango

**INOPAL III**
**IN-HOUSE PROJECT**
**01/20/97 to 05/20/97**

**Principal Investigator**
**Federico R. León**

Population Council

# INDICE


| | Página |
|---|---|
| Resumen | 3 |
| Introducción | 5 |
| Metodología | 6 |
| Resultados | 11 |
| Discusión | 29 |
| Conclusiones | 34 |
| Referencias bibliográficas | 35 |
| Anexo | 36 |




232

# RESUMEN

Se realizo un estudio descriptivo de corte transversal, basado en entrevistas de salida a usuarias de servicios de planificacion familiar, con el objetivo de estudiar sus conocimientos sobre PF y actitudes hacia los servicios y la participacion del hombre en PF

El estudio se llevo a cabo en servicios de planificacion familiar de las UTES La Caleta y E Guzman Barron en la provincia de Santa Para la seleccion de la muestra se empleo un muestreo por conveniencia, en un primer momento se escogieron establecimientos, teniendo en cuenta que el numero promedio de usuarias por dia en estos sea mayor a 1 5 y que al momento del estudio se encuentren funcionando Se seleccionaron 21 establecimientos en la Caleta y 12 en EGB, en los que se realizaron 412 entrevistas

El estudio mostro que las usuarias entrevistadas representan un grupo de mujeres relativamente joven, la mayoria de ellas en union consensual y/o casadas, con un numero relativamente bajo de hijos, e ideales reproductivos cumplidos Tambien se evidencia que hubo un mayor numero de continuadoras de MAC que usuarias nuevas El uso del inyectable es el metodo mas empleado entre las nuevas usuarias de MAC y las continuadoras sin problemas, en tanto el DIU es el mas usado entre las continuadoras con problemas

Respecto a la informacion recibida y el conocimiento sobre PF y ETS, se encontro que los proveedores entregan informacion basica en torno a la diversidad de metodos y la posibilidad de cambio de MAC En menor medida se estaria informando sobre otras fuentes de abastecimiento/control del MAC y los efectos colaterales

Por otro lado el conocimiento sobre el uso de MACs modernos entre las usuarias es bastante aceptable en ciertos metodos como en el caso del inyectable Sin embargo habrian ciertos deficits en cuanto al conocimiento del uso de DIU, la pildora y la anticoncepcion quirurgica Sobre los efectos colaterales de los MACs, se evidencio que la informacion de las usuarias es pobre, en algunos casos porque los efectos reales se menciona con baja frecuencia y en otros porque se atribuyen al metodo efectos que no son

En torno a las ETS y sus modos de prevencion, se nota que la mayor parte manifesto tener informacion general al respecto, sin embargo en cuanto al conocimiento especifico de los sintomas es pobre Sobre las vias de transmision del VIH/SIDA, el conocimiento es aceptable y se menciona en mayor medida la via sexual, en tanto respecto a los modos de prevencion un numero importante señalo el uso del condon y el tener relaciones sexuales con una sola pareja

Otros hallazgos del estudio nos muestran que casi la totalidad de usuarias se sienten satisfechas con su visita al establecimiento y creen haber recibido la informacion/servicios que necesitaban Sin embargo pese a existir un porcentaje importante de usuarias satisfechas con el tiempo de espera, el tiempo que duro la consulta, los gastos realizados y el horario de atencion, entre 10% y 20% no estan a gusto con estos aspectos

Sobre la opinion de las mujeres en torno a la participacion del hombre en la planificacion familiar, se encontro que el mayor porcentaje de estas asignan la responsabilidad de la planificacion familiar tanto al hombre como a la mujer Sin embargo se sigue atribuyendole a la mujer la responsabilidad del uso de MAC, en base a argumentos tales como que es ella quien se embarazo y/o los hombres son irresponsables



23

# I. INTRODUCCION

Pese a la importancia de la calidad hasta la fecha han habido muy pocos esfuerzos que garanticen la calidad de los servicios de planificacion familiar (PF) en nuestro medio Muchas de la evaluaciones que se han realizado se han concentrado en la medicion de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y coberturas Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestacion de estos y aun menos realizan esfuerzos sistematicos para mejorar la calidad con base en los resultados de prestacion de servicios

Sin embargo, en los ultimos años, varios estudios se han concentrado en la calidad de los servicios de planificacion familiar, revelando importantes hallazgos El proyecto de investigaciones operativas (INOPAL III) dentro del marco institucional del Population Council en convenio con el ministerio de salud, viene diseñando y poniendo en practica metodos de evaluacion de calidad y de resolucion de problemas en los servicios de planificacion familiar Uno de tales esfuerzos es el que viene llevando a cabo en dos Unidades territoriales de Salud (UTES) en la provincia de Santa-Peru

El presente informe corresponde a un modulo del estudio diagnostico sobre la calidad de los servicios -con foco en los usuarios- que Population Council a traves de INOPAL III, viene llevando a cabo en las UTES de La Caleta y Eleazar Guzman Barron (EGB) de la provincia de Santa

El principal objetivo del presente informe es describir los conocimientos en PF y las actitudes hacia los servicios de las usuarias, a fin de aportar con la evaluacion diagnostica de la calidad de los servicios con foco en las usuarias, contribuyendo con sugerencias y alternativas para la intervencion

En tal sentido los resultados estan organizados en las siguientes secciones informacion general sobre las usuarias, tipos de usuarias entrevistadas, informacion y conocimientos en planificacion familiar, percepciones hacia los servicios, accesibilidad geografica y participacion del hombre en la planificacion familiar



235

# II. METODOLOGIA

El presente trabajo es un estudio descriptivo de corte transversal, llevado a cabo en servicios de planificacion familiar de las UTES La Caleta y E Guzman Barron en la provincia de Santa, Region Chavin, Peru, entre los meses de junio y julio de 1997

La investigacion se baso en entrevistas realizadas a usuarias de los servicios de planificacion familiar cuando estas salian de la consulta Las entrevistas se llevaron a cabo en forma individual y anonima

## 2.1 Muestra

Para la seleccion de la muestra se empleo un muestreo por conveniencia En un primer momento se escogieron los establecimientos de las UTES la Caleta y EGB, teniendo en cuenta que el numero promedio de usuarias atendidas por dia -durante 1996- en estos sea mayor a 1 5 y que al momento del estudio se encuentren funcionando (ver anexo, los establecimientos seleccionados)

Se seleccionaron 21 establecimientos en la Caleta y 12 en EGB, la distribucion de los establecimientos segun tipo fue

| | UTES LA CALETA | UTES EGB |
|---|---|---|
| Hospital | 1 | 1 |
| Centro de Salud | 3 | 3 |
| Puesto de salud | 17 | 8 |
| **Total** | **21** | **12** |

Para asegurar que en el analisis final se tenga un tamaño de muestra suficiente para describir los conocimientos de PF y las actitudes sobre los servicios de las usuarias, y considerando que el muestreo no era probabilistico -lo que nos eximio de la necesidad de calcular un numero en base a prevalencias-, el numero minimo de entrevistas a realizar se fijo en 400, las cuales se ponderaron para cada establecimiento en funcion al numero promedio de usuarias atendidas diariamente

En total se realizaron 412 entrevistas de las cuales 227 correspondian a la UTES la Caleta y 185 a la UTES EGB La distribucion de las entrevistas segun tipo de establecimiento fue



236

| | UTES LA CALETA | UTES EGB |
|---|---|---|
| Hospital | 35 | 42 |
| Centro de Salud | 49 | 53 |
| Puesto de salud | 143 | 90 |
| **Total** | **227** | **185** |

## 2.2 Variables.

***a Caracteristicas generales de las usuarias entrevistadas*** Comprende los siguientes tipos de variables

- *Variables sociodemograficas* edad, estado de union, grado de instruccion

- *Antecedentes Reproductivos* numero de hijos vivos, intencion reproductiva (deseos de tener otro hijo), embarazos no deseados previos (END), actitud frente al ultimo END

***b Tipo de usuarias*** abarca los siguientes tipos

- *Usuaria nuevas de informacion en PF* se refiere a aquellas usuarias nuevas del servicio que solo recibieron informacion (Consejeria/charla) sobre Planificacion familiar

- *Nuevas usuarias de MAC* comprende aquellas usuarias que le entregaron un MAC moderno por primera vez

- *Continuadoras sin problemas* se refiere aquellas usuarias de MAC modernos, que van al servicio para reabastecerse o controlarse y que manifiestan no tener problemas con el MAC que estan usando

- *Continuadoras con problemas* son aquellas usuarias de MAC modernos, que van al servicio porque desean discontinuar el uso del metodo, cambiarlo

***c Información y conocimientos sobre PF y ETS***

- *Informacion entregada a la usuaria* se refiere si las usuarias recibieron informacion en la consulta respecto a las opciones anticonceptivas, posibilidad de cambio de metodo, fuentes de reabastecimiento, efectos colaterales y que hacer frente a estos Para evaluar esta variable se utilizo las respuestas

- *Conocimiento de metodos de planificacion familiar* se considera asi a la informacion que las usuarias -de pildoras, DIU, inyectables, AQV- tienen respecto a la forma de uso y efectos colaterales del metodo que estan utilizando

- *Conocimiento de ETS e infeccion VIH/SIDA* se refieren a la informacion general que poseen las usuarias sobre conocimiento sobre los sintomas y signos de las ETS, vias de transmision del VIH/SIDA, y modos de prevencion de las ETS y el VIH/SIDA

***d Actitudes sobre los servicios ofrecidos*** se evaluo el grado de satisfaccion de las usuarias con los servicios, para ello se pregunto si estaba satisfecha con la visita que realizo ese dia, si pensaba que habia recibido la informacion/servicios que necesitaba, y si estaba conforme con el tiempo de espera, el tiempo que duro la consulta, los gastos realizados y el horario de atencion

***e Accesibilidad geográfica*** Comprende los siguientes elementos

- *Tiempo que demora la usuaria desde su casa hasta el establecimiento* se refiere al tiempo que demora la usuaria en desplazarse desde sus casas hasta el establecimiento donde se ofrecen los servicios de planificacion familiar

- *Medio de transporte empleado para llegar al establecimiento* da cuenta del medio (caminando, transporte publico, taxi) empleado por la usuaria para llegar a la consulta el dia de la entrevista

***f Actitudes hacia la participación del hombre en la planificación familiar*** Comprende las siguientes variables

- *Actitud del proveedor hacia la participacion del hombre en la PF* esta relacionado a la pregunta que el proveedor le hace a la usuaria para que su pareja participe en la planificacion familiar

- *Actitud de las usuarias sobre la participacion del hombre en la PF* esta relacionado al acuerdo de la usuaria para que su pareja participe en la planificacion familiar y en la eleccion del metodo

- *Responsabilidad atribuida en la planificacion familiar y el uso de MAC* refiere a quien se asigna la responsabilidad (Hombre, mujer o ambos) de la planificacion familiar y el uso de MAC

## 2.3 Instrumento utilizado para la recopilación de información.

Se empleo un cuestionario el cual consto de 128 preguntas (ver Anexo), las que se encuentran comprendidas en las siguientes areas "preguntas para todas las usuarias", "preguntas para usuarias nuevas", "preguntas para continuadoras sin problemas", "preguntas para continuadoras con problemas", "preguntas para usuarias de píldoras", "preguntas para usuarias de DIU", "preguntas para usuarias del inyectable", "preguntas para usuarias de metodos de barrera" y "preguntas para usuarias AQV"

Las preguntas abarcaban informacion relativa a datos sociodemograficos, antecedentes reproductivos, actitudes sobre los servios de PF, informacion y conocimiento de MACs, y actitudes hacia la participacion del hombre en la PF

El preguntas del cuestionario se formularon en base al modulo de entrevistas de salida del *Situation Analysis approach to assessing family planning and reproductive health services A handbook* (Miller et Al, 1997) Ademas se incluyeron preguntas en relacion a la anticoncepcion quirurgica y participacion del hombre en la planificacion familiar

Para asegurar la comprension del cuestionario, este fue revisado al detalle y luego probado En base al resultado se modificaron ciertas preguntas y excluyeron otras

## 2.4 Procedimiento de campo.

En primer lugar se convoco y capacito a personal para que realicen las entrevistas Para la capacitacion se realizo un taller de 3 dias de duracion, la cual consistio en actividades de informacion, comprension y juego de roles relacionado con el contenido y la aplicacion del cuestionario

En base a lo observado en la los talleres de capacitacion se eligieron 10 entrevistadoras y dos supervisoras

Una vez realizada esta fase, se aplicaron los cuestionarios en cada uno de los establecimientos seleccionados, siguiendo un itinerario previamente elaborado A cada establecimiento se asignaba un o dos entrevistadoras -dependiendo del flujo

de usuarias por dia- En cada establecimiento permanecian la(s) entrevistadora(as) hasta cumplir la cuota establecida en este

Las entrevistas se realizaban inmediatamente despues de que la usuaria haya recibido los servicios de planificacion familiar

## 2.5 Procesamiento y análisis de la información.

Una vez realizadas las entrevistas, estas fueron revisadas por la entrevistadora y luego sometidas al juicio de dos criticas para asegurar si las respuestas fueron correctamente registradas y verificar su consistencia

Una vez revisados, los formatos fueron digitados y se chequearon consistencia de rangos y logica Los datos se ingresaron en una base creada en Fox-pro 2 1, y se analizaron usando el paquete SPSS V 7 5

El analisis de los resultados se realizaron en forma de frecuencias y porcentajes, segun UTES



240

# III. RESULTADOS

## 3.1 Características generales de las usuarias entrevistadas.

En esta seccion se describen las caracteristicas sociodemograficas y los antecedentes reproductivos de las usuarias entrevistadas

En cuanto a las caracteristicas sociodemograficas, no existe mayor diferencia entre las entrevistadas de ambas UTES Alrededor del 70% tienen menos de 30 años de edad y casi la totalidad de ellas (98%) estan unidas En cuanto al nivel educativo poco mas de la mitad tiene algun grado de educacion secundaria y un 28% algun grado de instruccion primaria (Tabla 1)

*Tabla 1 Porcentaje de usuarias segun algunas caracteristicas sociodemograficas, por UTES*

| Características | Total N=417 | La Calera N=227 | E.G.B. N=185 |
|---|---|---|---|
| *Edad* | (%) | (%) | (%) |
| </=20 | 16 | 17 | 15 |
| 21 a 30 | 52 | 55 | 48 |
| 31 a mas | 32 | 28 | 37 |
| *Estado de Union* | (%) | (%) | (%) |
| Unidas | 98 | 98 | 99 |
| No unidas | 2 | 2 | 1 |
| *Grado de Instruccion* | (%) | (%) | (%) |
| Sin instruccion | 5 | 4 | 7 |
| Algun grado de primaria | 28 | 28 | 27 |
| Algun grado de secundaria | 56 | 58 | 54 |
| Estudios superiores | 11 | 10 | 12 |

En relacion a los antecedentes reproductivos se busco caracterizar a las usuarias de acuerdo al numero de hijos deseo de tener otro hijo embarazos no deseados y actitud frente al ultimo embarazo no deseado

Mas de la mitad de usuarias tienen de 1 a 2 hijos y poco mas de un cuarto tienen entre 3 y 4 hijos A su vez, las tres cuartas partes de las mujeres entrevistadas señalaron sus deseos de no tener otro hijo mas Las que han tenido un embarazo no deseado representan casi la mitad de la muestra y entre estas las que intentaron detener su ultimo embarazo no deseado constituyen el 34% (Tabla 2)



241

*Tabla 2 Porcentaje de usuarias segun algunos comportamientos reproductivos, por UTES*

| Comportamiento reproductivo | Total N=417 | La Caleta N=227 | EGB N=105 |
|---|---|---|---|
| *Numero de hijos* | | | |
| Ninguno | 4 | 4 | 3 |
| De 1 a 2 | 57 | 57 | 57 |
| De 3 a 4 | 28 | 28 | 28 |
| de 5 a mas | 11 | 11 | 12 |
| *Intencion reproductiva* | | | |
| No desean hijo | 75 | 78 | 72 |
| Desean a largo plazo | 23 | 20 | 26 |
| Desean a corto plazo (12 meses/menos) | 2 | 2 | 2 |
| *Embarazo no deseado* | | | |
| Si | 46 | 48 | 45 |
| No | 54 | 52 | 55 |
| *Actitud frente al embarazo no deseado* | N=198 | N=108 | N=81 |
| Continuar | 66 | 66 | 67 |
| Intentar detenerlo | 34 | 34 | 33 |

A modo de resumen señalaremos que las usuarias entrevistadas representan un grupo de mujeres relativamente joven la mayoria de ellas en union consensual y/o casadas, con un numero relativamente bajo de hijos, e ideales reproductivos cumplidos por cuanto la mayoria no desean tener otro hijo Ademas hubo un importante porcentaje de mujeres que frente a su ultimo embarazo intento detenerlo

## 3.2 Tipo de usuarias y método anticonceptivo empleado.

Cerca a la mitad de usuarias entrevistadas eran continuadoras sin problemas con MAC en tanto las continuadoras con problemas con MAC representaban el 23% (las tres cuartas partes de estas eran por efectos colaterales) las nuevas usuarias de MAC el 17% y las que recibieron solo informacion el 12% Se encontro ciertas diferencias por UTES, en la Caleta fue mayor el porcentaje de continuadoras con problemas, mientras en EGB fue mayor las continuadoras sin problemas(Tabla 3)



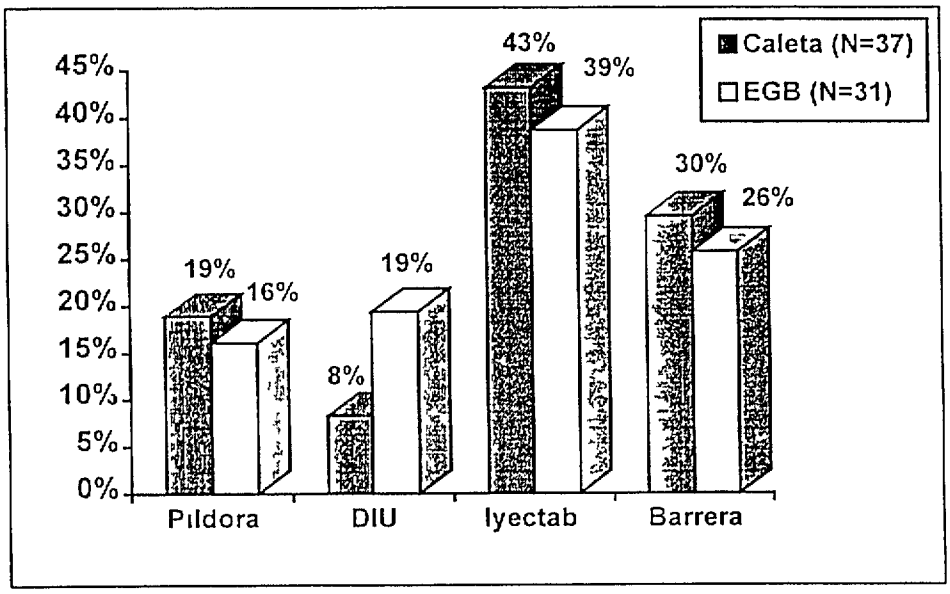
242

*Tabla 3 Porcentaje de usuarias segun tipo, por UTES*

| Tipo de usuarias | Total N=[illegible] | La Caleta N=[illegible] | EGB N=185 |
|---|---|---|---|
| Nuevas de informacion en PF | 12 | 14 | 10 |
| Nuevas usuarias de MAC | 17 | 18 | 16 |
| Continuadoras sin problemas con MAC | 48 | 41 | 55 |
| Continuadoras con problemas con MAC | 23 | 27 | 19 |
| Total | 100% | 100% | 100% |

Entre las usuarias nuevas que recibieron un MAC, el metodos mas empleado es el inyectable (41%) seguido por los de barrera (28%), las pildoras (18%) y el DIU (8%) Al comparar por UTES llama la atencion que en EGB las usuarias nuevas de DIU duplica a las de la Caleta (Grafico 1)

*Grafico 1 Usuarias nuevas segun metodo, por UTES*




En las usuarias nuevas, debe destacarse que alrededor del 45% de estas, ademas del metodo entregado habrian preferido otros metodos Entre las