Análisis situacional del cuidado de la salud reproductiva en el estado de Ceará, Brasil: evaluación del impacto de las intervenciones realizadas entre los años 1993 y 1997

Jeanne Noble[1]
Dirlene Silveira[2]
Loren Galvão[1]
Luciano Correia[3]

1. Population Council.
2. Secretaría de Salud del estado de Ceará.
3. Universidad Federal de Ceará.

EL POPULATION COUNCIL busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo, y ayudar a alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales; realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad en investigación en países menos desarrollados. El Council es una organización no lucrativa que fue fundada en 1952. Se dedica a la investigación y está dirigida por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas en regiones y países, entre ellas la Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Las direcciones de estas oficinas son:

Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.
Tel.: (212) 339-0500
Fax: (212) 755-6052
Correo electrónico: pubinfo@popcouncil.org
http://www.popcouncil.org

Population Council
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Escondida 110 Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.
Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;
Correo electrónico: inopalmx@mpsnet.com.mx

Esta publicación fue financiada por el Proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con la Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno
Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
©1998 Population Council/INOPAL III

Cualquier parte de este documento podrá reproducirse sin permiso de los autores, siempre y cuando se reconozca la fuente y la información no se utilice con fines de lucro. Agradeceremos cualquier comentario o sugerencia de los lectores. Para solicitar más copias de este documento, materiales de difusión o requerir más información, por favor solicitarla a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Análisis situacional del cuidado de la salud reproductiva en el estado de Ceará, Brasil: evaluación del impacto de las intervenciones realizadas entre los años 1993 y 1997

Resumen

El presente estudio buscó comparar los resultados de dos análisis situacionales de la calidad de los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en puestos y centros de la Secretaría de Salud del estado de Ceará, en Brasil. Los análisis situacionales consisten en la valoración de los servicios disponibles, capacitación de proveedores, presencia de equipo y medicamentos básicos, funcionamiento de sistemas logísticos y de supervisión, y satisfacción del paciente con el servicio recibido. El primer estudio se realizó en 1993 y el segundo en 1997. La comparación entre ambos permite valorar el impacto de las actividades realizadas por la Secretaría de Salud del estado de Ceará en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva en las unidades médicas estudiadas.

Los resultados muestran que la proporción de Puntos de Entrega de Servicios (PES), que ofrecen servicios de planificación familiar, se incrementó de 36% en 1993 a 48% en 1997. La fracción de unidades que ofrecen servicios ginecológicos y prenatales se mantuvo relativamente constante en 62 y 81%, respectivamente. El porcentaje de las instalaciones con existencias de condones, espermicidas y diafragmas muestran ligeros cambios, con una disponibilidad que oscila entre 7 y 20%. La disponibilidad de anticonceptivos orales se incrementó significativamente, de 23 a 42% en todos los PES. Los anticonceptivos inyectables entraron al mercado durante el periodo de estudio y, en 1997, 9% del total de las unidades estudiadas contaba con existencias de este tipo de anticonceptivos. Menos de la tercera parte de los PES tenía DIUs en existencia, 18% contaba con los productos necesarios para ofrecer este método anticonceptivo sin haber experimentado cambios significativos durante los últimos cuatro años.

Los resultados indican que el punto débil de los PES, que afectó los servicios de salud reproductiva analizados, es el sistema logístico. El acceso a la planificación familiar está restringido por la falta de anticonceptivos, el servicio ginecológico tiene instrumentos y medicamentos insuficientes. Asimismo, existe desigualdad en la disponibilidad del equipo durable, como espejos, tenáculos y microscopios, entre las unidades estudiadas. En general, los PES de Fortaleza —la capital del estado— se encontraban mejor preparados para prestar servicios que los del interior; los *centros* de salud en ambas regiones fueron clasificados como los establecimientos mejor preparados para proporcionar servicios de salud reproductiva.

Introducción

El Nordeste: una región prioritaria

Las cinco regiones geográficas de Brasil muestran grandes diferencias socioeconómicas. Los estados del sur tienen mayor desarrollo que los del norte y, en particular, que los del nordeste. Mientras que en el sur sólo 6% de la población de seis años y más carece de enseñanza escolarizada, 21 % de los pobladores del nordeste no recibe educación formal (BEMFAM y Macro Internacional 1997: 23). La mortalidad infantil, calculada en 48 decesos por cada 1000 nacidos vivos en todo el país, desciende a 25 por cada 1000 en la región sureña; en cambio en el nordeste es el triple de fallecimientos: 74 por cada 1000 alumbramientos (*ibid.*, 98).

Las diferencias en la tasa de mortalidad reflejan parcialmente el resultado de las diferencias de acceso o uso de los servicios de salud. De acuerdo con un estudio realizado por BEMFAM y Macro Internacional, en el sur y sudeste, más de 60% de las mujeres que dieron a luz entre los años 1991 y 1996 reportaron siete o más consultas prenatales, en comparación con sólo 27% de las encuestadas en el nordeste. Un dato aún más preocupante es que 26% de las encuestadas en esta región afirmaron no haber recibido ningún cuidado prenatal durante su último embarazo, en comparación con menos de 7% de las encuestadas de los estados sureños de Río y São Paulo (*ibid.*,106). Del mismo modo, más de 90% de todos los nacimientos en ambas entidades se han llevado a cabo bajo supervisión médica, en comparación con sólo 57% de los nacimientos del nordeste (*ibid.*, 108).

A pesar de que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) nacional —2.5 hijos por mujer— experimenta una tendencia al cambio, las cifras regionales oscilan entre un mínimo de 2.1 (en el estado de Río) y un máximo de 3.1 hijos (en los estados del nordeste, *ibid.*, 40). Tales diferencias se reflejan en el uso de anticonceptivos: 76% de todas las mujeres de Río usa métodos anticonceptivos modernos, en comparación con 62% de las mujeres del nordeste (*ibid.*, 56). Las alternativas anticonceptivas son limitadas en todo el país. Los métodos más utilizados son: la esterilización femenina (52% de todas las usuarias) y los anticonceptivos orales (27% de los usuarios).

Finalmente, la incidencia del cáncer cérvico-uterino en el nordeste (36 de cada 100,000 mujeres) se encuentra entre los más altos del país (Ministerio de Salud de Brasil, 1996: 8). Esto se relaciona con el acceso limitado de las mujeres a los servicios ginecológicos.

Considerando estas desigualdades, la *US Agency for International Development* (USAID) designó al nordeste de Brasil como una región prioritaria y ha apoyado varias intervenciones en la salud reproductiva e infantil durante los últimos años. La mayor parte de dichas intervenciones se han concentrado en los estados de Ceará (con una población de 7 millones) y Bahía (13 millones).

Servicios de salud reproductiva

A principios de la década de los noventa, el Ministerio de Salud empezó a institucionalizar los servicios de planificación familiar en el sector público. Antes de que el gobierno desplegara esfuerzos por incrementar el acceso a la planificación familiar, las parejas que trataban de protegerse de futuros embarazos estaban limitadas a la compra de anticonceptivos orales o condones en las farmacias, o al uso de servicios de médicos particulares o de organismos no gubernamentales, como BEMFAM, afiliado de la International Planned Parenthood Federation (IPPF).

En 1992, la Secretaría de Salud del estado de Ceará (SESA) creó el programa *Viva Mulher*, cuya meta consiste en incrementar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva del sector público. Específicamente, el programa se encargó de ampliar la cobertura de servicios prenatales, reduciendo con ello la incidencia de los partos caseros en las zonas rurales, intensificar el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico y el expandir acceso a los métodos de planificación familiar.

Viva Mulher ha trabajado para mejorar la competencia técnica de los proveedores de salud reproductiva y proporcionar equipo y suministros necesarios para prestar servicios de planificación familiar, cuidado prenatal, de post-parto y ginecológico en los puntos de entrega de servicios (PES). Asimismo, este programa colabora con otros como el Programa para la Salud del Adolescente (PROSAD), con miras a lograr una mejor respuesta a los problemas relacionados con la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual (ETS). A través de la coordinación de las actividades de diferentes instituciones a lo largo del estado, Viva Mulher trabaja para garantizar que la totalidad de las 184 municipalidades de Ceará reciban asistencia técnica y el material necesario para mejorar los servicios de salud de las mujeres. Desde 1992, las actividades de *Viva Mulher* incluyen:

- 228 cursos de capacitación para más de 4,000 proveedores de servicios de salud;

• cinco talleres en gestión y administración dirigidos a los gerentes de todos los niveles y a 80% de las municipalidades;

• la publicación y distribución local de material educativo sobre salud reproductiva, y

• la entrega de métodos de planificación familiar y equipo ginecológico básico a 230 PES de todo el estado (incluyendo las mesas de exámenes ginecológicos, espéculos, fórceps de anillo y microscopios).

Objetivos

El presente estudio buscó comparar los resultados de dos estudios diagnósticos de la calidad de los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en puestos y centros de salud de Ceará. Esta comparación permitirá valorar el impacto de las actividades realizadas por Viva Mulher y otras intervenciones en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva en las unidades médicas estudiadas y en el estado en general.

Los análisis situacionales incluyen una valoración de los servicios disponibles, la capacitación de proveedores, presencia de equipo y medicamentos básicos, funcionamiento de los sistemas logísticos y de supervisión y la satisfacción del paciente con el servicio recibido.

Metodología

Selección de la muestra

Del análisis situacional de 1993 se tomaron PES de 23 municipalidades seleccionadas aleatoriamente para la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991-1992: *Pesquisa Sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil* (BEMFAM y Macro Internacional, 1991). En la región metropolitana de Fortaleza sólo se incluyeron las unidades que ofrecían o podían ofrecer servicios de salud reproductiva ambulatorios y un mínimo de 1,500 consultas médicas por mes. En el interior del estado, todas las unidades públicas o subvencionadas que podían ofrecer los servicios de salud reproductiva fueron visitadas. Se visitó cada PES durante una jornada de trabajo completa, durante la cual se realizaban las observaciones y entrevistas de salida, cuyo número variaba de acuerdo con el flujo de pacientes. Se visitaron 268 lugares uniformemente distribuidos entre el área metropolitana de Fortaleza y la zona rural del interior del estado.

En 1997, se visitaron nuevamente las 23 municipalidades utilizando los mismos criterios de muestreo que se emplearon en 1993 para la inclusión de PES. Se visitaron 274 PES, 230 de los cuales se habían visitado en 1993.[1] La presentación de los resultados de la investigación sobre inventarios se limita a los 230 PES visitados en ambos años. En cambio, los resultados de las observaciones clínicas y de los módulos de las entrevistas incluyen a todos los PES que ofrecían servicios de salud reproductiva durante alguno de los dos estudios.

La tabla 1 muestra la distribución de los PES visitados durante los estudios del análisis situacional, por región y nivel de PES. La tabla 2 muestra la distribución de 230 PES que se visitaron en dos oportunidades, en 1993 y 1997 (i.e. excluyendo las 38 instalaciones que cerraron durante el periodo de estudio, así como 44 nuevas instalaciones que abrieron después de 1993).

Tabla 1
Distribución de los PES visitados por región y nivel

	Fortaleza		*Interior*		*Ceará (Total)*	
	1993	*1997*	*1993*	*1997*	*1993*	*1997*
Hospitales	44	33	50	42	94	75
Centros de salud	49	56	25	28	74	84
Postas médicas	40	44	60	71	100	115
Total	133	133	135	141	268	274

Tabla 2
Distribución de los PES visitados en 1993 y 1997
por región y nivel

	Fortaleza		*Interior*		*Ceará (Total)*	
	1993	*1997*	*1993*	*1997*	*1993*	*1997*
Hospitales	35	30	45	37	80	67
Centros de salud	49	48	18	23	67	71
Postas médicas	34	40	52	52	83	92
Total	118	118	112	112	230	230

Recolección de datos

El trabajo de campo estuvo a cargo de nueve equipos capacitados en la recolección de datos de inventario, observación clínica y entrevistas estructuradas. Un equipo conformado por dos trabajadores de campo, por lo general una enfermera y una trabajadora social, visitó cada PES. Los trabajadores de campo recibieron 10 días de capacitación en 1993 y 15 días en 1997. En ambos estudios, se seleccionaron 18 entrevistadores y tres supervisores de campo. El trabajo de campo se completó en aproximadamente seis semanas.

Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

• *Inventario de los Recursos Humanos y Materiales*. Es un inventario de equipos, existencias de medicamentos y otros insumos para medir la capacidad de un PES para proporcionar servicios de salud reproductiva (SR).

• *Módulo de Entrevistas Estructuradas Dirigidas a los Proveedores de SR*. Evalúa el nivel de capacitación, conocimientos, aptitudes y prácticas de los prestadores de servicios.

• *Guía para la Observación de la Interacción entre los Pacientes de SR y los Proveedores de Servicio*. Registra el interrogatorio y los procedimientos y exámenes aplicados durante las consultas. Se observaron entre una y seis consultas por PES.

• *Entrevistas de Salida con los Pacientes de SR*. Identifica el grado de entendimiento de la información recibida por la paciente y su satisfacción con el servicio recibido.

• *Módulo de Entrevistas a los No-Usuarios de Servicios de Salud Reproductiva*. Se entrevistó a los pacientes que solicitaron servicios no relacionados con la salud reproductiva, y que no habían utilizado estos servicios durante los últimos 12 meses, con el fin de evaluar su percepción de la planificación familiar, los servicios ginecológicos y prenatales.

La tabla 3 presenta el número de observaciones clínicas y entrevistas realizadas por cada estudio. El mayor número de observaciones y entrevistas de salida en 1997 refleja el incremento en el flujo de pacientes en los PES de estudio.

Tabla 3
Número de observaciones y entrevistas realizadas durante el análisis situacional correspondiente a los años 1993 y 1997

	Observaciones de consultas de SR		*Entrevistas al proveedor*		*Entrevistas de salida con los pacientes SR*		*Entrevistas con los pacientes que no solicitaron servicios SR*	
	1993	*1997*	*1993*	*1997*	*1993*	*1997*	*1993*	*1997*
Fortaleza	432	682	109	117	432	676	285	505
Interior	199	407	59	62	199	405	194	437
Total	631	1087	168	179	631	1081	479	942

Resultados

Disponibilidad de los servicios de salud reproductiva

Se preguntó a los responsables de los PES sobre la disponibilidad de los diversos tipos de servicios de salud reproductiva en sus unidades. La tabla 4 presenta la proporción de los PES que ofrecieron servicios de planificación familiar, servicios ginecológicos, cuidado prenatal, o servicios PES por lo menos medio día a la semana.[2]

Los resultados muestran que en 1997 más PES prestaban servicios de planificación familiar y de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual; sin embargo, no se observaron cambios significativos en la prestación de servicios ginecológicos y de cuidado prenatal. La fracción de PES que ofrecía servicios de planificación famliar se incrementó de 33% en 1993 a 50% en 1997. Este aumento puede atribuirse a que en Fortaleza el número de hospitales, centros de salud y postas médicas que ofrecían este tipo de servicios se incrementó en 63, 72 y 46%, respectivamente. En el interior, se produjo un ligero incremento en el número de hospitales y centros en los que se ofrecen servicios de planificación familiar, pero la proporción de postas médicas que ofrecen estos servicios disminuyó en 50%. Entre las unidades que ofrecen métodos de planificación familiar, la frecuencia promedio de la disponibilidad de los servicios era de 2.5 días a la semana en 1993 y en 1997.[3]

Los anticonceptivos orales se ofrecían en casi la mitad de los PES encuestados y en tres cuartas partes de los centros de salud visitados, aunque se observan diferencias entre Fortaleza y el interior. Sin embargo, menos de la quinta parte de los hospitales y postas médicas del inte-

Tabla 4
Porcentaje de PES que ofrecen servicios de salud reproductiva, 1993-1997

	Fortaleza								*Interior*								*Ceará*							
	N = 118								*N = 112*								*N = 230*							
	H		*C*		*P*		*TOTAL*		*H*		*C*		*P*		*TOTAL*		*H*		*C*		*P*		*TOTAL*	
	93	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*93*	*97*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*
PF	43	70	39	67	41	60	41	65**	20	27	61	65	31	15	31	30	30	46	45	66	35	35	36	48**
GIN	77	87	88	90	71	63	80	80	51	54	56	65	27	25	41	43	63	69	79	82	45	41	61	62
Cuidado prenatal y servicios	89	90	92	92	100	78	93	86	76	73	72	91	53	71	66	76	81	81	87	92	72	74	80	81
PES	17	30	22	42	6	5	16	26*	9	16	33	35	4	6	11	15	13	22	25	39	5	5	14	21*

H = Hospital, C = Centro, P = Posta, GIN = Ginecología.

* p <. 05.

** p <. 01.

rior ofrecían anticonceptivos orales, en comparación con más de 60% de PES similares en Fortaleza. Las diferencias son aún mayores respecto a los inyectables: 45% de los centros de Fortaleza registraron la oferta del método, en comparación con sólo 4% de los centros del interior, donde ningún hospital o posta médica reportó ofrecer de inyectables. Cerca de la mitad de los hospitales y centros de Fortaleza informaron haber ofrecido DIUs en comparación con 35% de los centros y 14% de los hospitales en el interior.

La proporción de hospitales que ofrecen servicios ginecológicos en Fortaleza se incrementó de 77 a 87%, y entre los centros, de 56 a 65%. Sin embargo, la fracción de postas que ofrecía este servicio se redujo en el mismo periodo. Más de 80% de los hospitales y centros de salud, y más de 70% de las postas, ofrecían servicios prenatales en 1997. Finalmente, la proporción de PES que ofrecen servicios ETS se elevó 60% durante el periodo de referencia (de 13 a 21%), que es un cambio estadísticamente significativo, aunque insuficiente para satisfacer la demanda de este tipo de servicios.

Material IEC

La tabla 5 muestra la proporción de PES que cuenta con suficiente cantidad de rotafolios o folletos que cubren temas específicos sobre salud reproductiva.

Tabla 5
Porcentaje de PES con materiales IEC

	Fortaleza N=118		*Interior N=112*		*Ceará (Total) N=230*	
	1993	*1997*	*1993*	*1997*	*1993*	*1997*
Planificación familiar	40	61	27	35	34	48**
Prevención cáncer de cuello uterino/mama	36	46	19	24	27	35*
Cuidado prenatal	34	49	19	40	27	45**
ETS/SIDA	39	55	25	33	32	44**

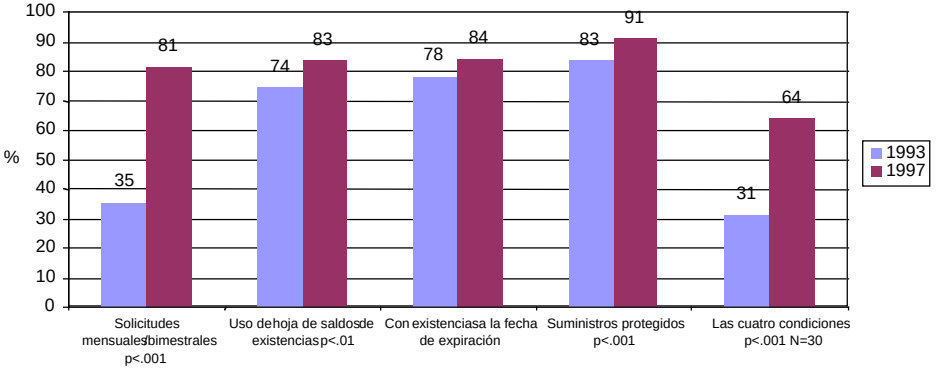
* p <. 05.
** p <. 01.
Nota: Materiales IEC = Portafolios y/o folletos en existencia al momento de la encuesta.

Los resultados muestran que el porcentaje de PES con material de IEC se incrementó significativamente en las cuatro áreas evaluadas. El porcentaje de PES con material IEC sobre planificación familiar se incrementó en 53% en Fortaleza en comparación con 30% de ganancia en el interior. Por el contrario, la proporción de PES con material prenatal fue más del doble en el interior (elevándose de 19% a 40%). Considerando el estado en conjunto, cerca de la mitad de los PES cuentan, en la actualidad, con material sobre planificación familiar, cuidado prenatal y ETS/SIDA, y una tercera parte con rotafolios o folletos sobre el Papanicolaou y cómo hacerse un autoexamen de mama.

Logística

Se analizó el funcionamiento de los sistemas logísticos en términos de proceso y de indicadores de resultados. Se realizaron mejoras en los indicadores del proceso entre 1993 y 1997, como se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1
Porcentaje de PES con componentes básicos de sistemas logísticos, 1993-1997



La mejora más importante se registró en el porcentaje de PES que reportaron suministros que se ordenaron en lapsos de tiempo regulares (mensual o bimestral), aumentando de 35 a 81% de las instalaciones durante el periodo de estudio. Al final del periodo de intervención, los suministros se protegieron de la humedad y la luz directa en más de

90% de las unidades, en comparación con 83% correspondiente al año 1993. La proporción de los PES que cumplieron con las condiciones logísticas ideales se incrementó de menos de la tercera parte en 1993 a más de la mitad (64%) en 1997.

La tabla 6 muestra el porcentaje de PES que informan sobre carencias de métodos anticonceptivos, suplementos de hierro, toxoide tetánico y solución antiséptica en los dos meses previos a la encuesta en 1993 y en 1997.

El desabastecimiento reportado por los PES se incrementó prácticamente para todos los productos, con excepción del toxoide tetánico. Los medicamentos en los que se registró mayor desabasto son los suplementos de hierro (incremento de 48% en la incidencia de desabasto) y los condones (incremento de 30%). En el interior, cerca de 90% de PES informó sobre desabastecimiento de condones en los dos meses previos a la encuesta, porcentaje superior al 80% de 1993. El único método que no muestra indicios de desabasto es el DIU, probablemente debido a la limitada capacidad de algunas unidades para insertar el método.

Los resultados ponen de manifiesto serios problemas logísticos y de abastecimiento de medicamentos. Las diferencias observadas entre zonas urbanas y rurales sugieren que los problemas de suministro se originan desde el centro. Mientras que la frecuencia del desabastecimiento de existencias se explica parcialmente por una creciente demanda de servicios de salud reproductiva, se requiere hacer mayores esfuerzos para sensibilizar a los administradores del sistema logístico a los cambios en el consumo con el transcurso del tiempo.

Mantenimiento de registros y sistemas de supervisión de PES

Se llevaron a cabo mejoras significativas en cuanto al mantenimiento de registros entre 1993 y 1997. En Fortaleza, la proporción de PES que mantiene registros para los servicios de planificación familiar y ginecología se duplicó, y el porcentaje que mantiene registros organizados con fines de seguimiento del paciente y control de calidad se incrementó de 34% en 1993 a 82% en 1997. En el interior, la proporción de PES que mantiene registros para pacientes de salud reproductiva aumentó de 58 a 70% y el porcentaje de PES que utiliza sus registros para realizar un seguimiento a los pacientes y certificar la calidad se incrementó de 14 a 68%. Considerando el estado, tres de cada cuatro PES mantenían registros de SR con fines de seguimiento y certificación de calidad en 1997.

Tabla 6
Porcentaje de PES que reportaron desabasto de insumos durante los dos meses previos a la encuesta 1993 y 1997

	Fortaleza								*Interior*								*Ceará*							
	H		*C*		*P*		*TOTAL*		*H*		*C*		*P*		*TOTAL*		*H*		*C*		*P*		*TOTAL*	
	93	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*	*93*	*97*
Píldoras	29	50	53	41	43	42	43	43	67	70	36	47	67	100	57	67	44	57	47	43	55	56	49	51
Condones	21	70	42	58	57	79	40	68	78	90	82	80	80	100	80	88	44	77	57	65	69	84	57	74
Espermicidas	43	68	37	56	57	83	45	68	78	70	64	73	93	100	80	79	57	69	47	62	76	87	60	71
Diafragmas	50	79	63	56	71	87	62	72	89	80	46	67	93	88	77	76	65	79	57	60	83	87	68	73
DIU	43	60	47	41	—	—	45	48	67	60	55	47	—	—	60	52	52	60	50	43	—	—	52	49
Inyectables	—	80	—	53	—	87	—	71	—	80	—	87	—	88	—	84	—	80	—	64	—	87	—	75
Píldoras de hierro	42	50	20	75	53	84	36	71	59	52	46	67	73	70	62	64	51	51	26	72	62	77	46	68
Toxoide tetánico	26	23	13	10	27	3	21	11	59	48	8	19	35	22	41	29	43	36	12	13	30	13	29	20
Solución anticéptica	ND	21	ND	21	ND	30	ND	24	ND	30	ND	35	ND	64	ND	46	ND	26	ND	26	ND	49	ND	35

— = No aplica; ND = Datos no disponibles.

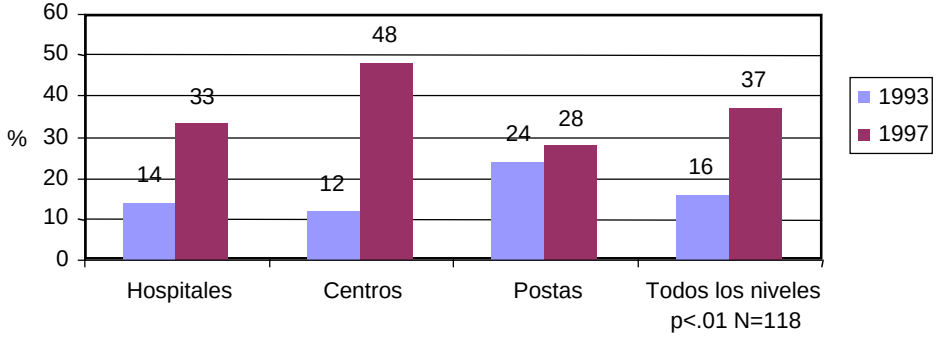
* El desabastecimiento de anticonceptivos se calculó para los PES que ofrecen servicios de planificación familiar (83 en 1993 y 110 en 1997). El desabastecimiento de suplementos de hierro y toxoide tetánico se presenta para los PES que ofrecen atención prenatal (183 en 1993 y 186 en 1997). El desabastecimiento de solución antiséptica se calculó para los 228 PES que contaban con datos disponibles.

Se utilizaron dos criterios para evaluar la idoneidad de la supervisión: *1)* la frecuencia de visitas por parte de los supervisores, y *2)* los tipos de actividades que se llevaron a cabo durante las visitas de supervisión. Considerando las unidades en conjunto, 38% de PES realiza visitas de supervisión regulares y no se observa ningún cambio durante el periodo de estudio. Sin embargo, los resultados muestran que la fracción de postas médicas que realizan visitas regulares se incrementó de 19 a 27%. En cambio, la supervisión que realizan las unidades urbanas se redujo de 79 a 40 por ciento.

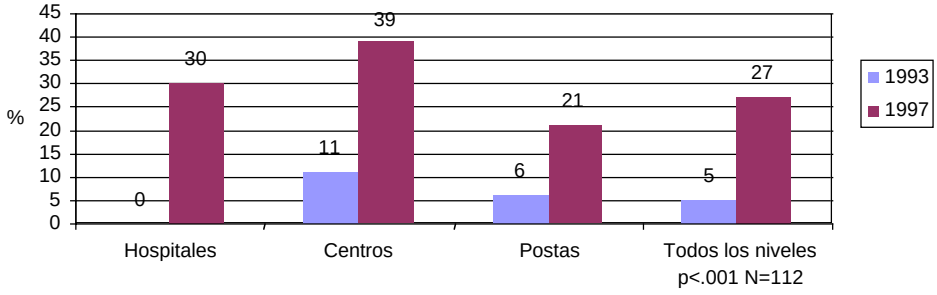
Se consideró adecuada una visita de supervisión cuando se cumplían, al menos, tres de las cinco actividades que se indican a continuación: observación de la prestación del servicio, formulación de preguntas sobre problemas en el funcionamiento de los PES, presentación de sugerencias para resolver los problemas, examen de registros clínicos y reconocimiento de mejoras. Las gráficas 2 y 3 muestran el porcentaje de PES que reciben visitas de supervisión regulares con contenido adecuado según nivel de PES y región.

Los resultados muestran un mejoramiento generalizado de la supervisión tanto en Fortaleza como en el interior del estado. En 1993, en el interior del estado, prácticamente no se hacía supervisión. En 1997, casi una tercera parte de las unidades realizan estas actividades.

Gráfica 2
Porcentaje de PES con visitas de supervisión adecuadas.
Fortaleza



Gráfica 3
Porcentaje de PES con visitas de supervisión adecuadas.
Interior



Actitudes y prácticas del proveedor

Los siguientes resultados se basan en entrevistas individuales estructuradas hechas a proveedores que atendieron a pacientes de SR el día que visitaron sus instalaciones.

D1. Planificación familiar

Casi todos los proveedores de servicios de planificación familiar encontraban difícil recomendar determinados métodos de anticoncepción a los pacientes. Aproximadamente un tercio de los proveedores informó que le sería difícil recomendar métodos naturales de planificación familiar debido a su "baja efectividad" y/o debido a que eran "difíciles de usar". El 16% indicó que le sería difícil recomendar el diafragma por las mismas razones y 12% afirmó que le sería difícil recomendar la ligadura de trompas, principalmente debido a sus "efectos secundarios perjudiciales" (mencionados por 7 de 12). El 10% de los proveedores de servicios de planificación familiar indicó que le sería difícil recomendar espermicidas, nuevamente debido a la "baja efectividad" y/o debido a que el método era "difícil de usar". En contraste, pocos proveedores (menos de 10%) informaron que les sería difícil recomendar anticonceptivos orales, inyectables, condones, DIU o la vasectomía.

D2. El hombre y la salud reproductiva

Para desarrollar estrategias dirigidas a promover la intervención masculina en la salud reproductiva, es necesario considerar las actitudes de los proveedores de servicios hacia la participación masculina en la planificación familiar. Menos de la mitad de los proveedores de servicios de planificación familiar (46%) informaron que contaban con servicios anticonceptivos para hombres en sus instalaciones. De 59 proveedores que afirmaron brindar servicios ETS, 66% se ofrecían a hombres, reportándose mayor disponibilidad en el interior del estado (78%) que en Fortaleza (58%). Sólo con referencia al cuidado ambulatorio general, la mayoría de proveedores (89%) informó que tenía a disposición servicios para hombres.

Más de 90% de los proveedores entrevistados consideraron que serían útiles las citas de planificación familiar para parejas, y casi dos tercios (64%) afirmaron haber solicitado a los pacientes que trajeran a sus parejas a las citas. Un 32% de los proveedores de servicios de planificación familiar declararon haber atendido a uno o más pacientes con su pareja durante el mes pasado. No obstante, el respaldo prácticamente general a las citas de planificación familiar para parejas no significó que los proveedores consideraran la planificación familiar como responsabilidad de la pareja. Mientras la mayoría de proveedores (65%) declaró que la pareja compartía la responsabilidad de evitar los embarazos no deseados, casi una tercera parte de los proveedores indicó que evitar los embarazos no deseados era básicamente responsabilidad de la mujer.

La mayoría de los proveedores informó que la prevención de ETS es responsabilidad de la pareja (73%), con una pequeña variación por tipo de proveedor. Sin embargo, se observó una importante diferencia entre regiones: 27% de los proveedores en el interior consideró que la prevención de ETS correspondía principalmente a la mujer, en comparación con el 6% de proveedores en Fortaleza.

D3. Prevención del cáncer del cuello uterino

Se plantearon a los proveedores de servicios ginecológicos tres preguntas para evaluar sus recomendaciones respecto a la prevención del cáncer del cuello uterino: *1)* ¿A qué edad se deben someter las mujeres a exámenes de Papanicolaou? *2)* ¿Con qué frecuencia deben realizarse? y *3)* ¿A partir de qué edad aumenta el riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino?

En 1997, la respuesta más frecuente respecto a la edad para realizarse el Papanicolaou fue: "cuando una mujer se vuelva sexualmente activa" (77% de los encuestados). Incluso 12% indicó una edad entre 7 y 14 años, señalando la necesidad de cursos de actualización sobre la incidencia de cáncer del cuello uterino y sus antecedentes.

De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud, los dos primeros análisis de Papanicolaou de una mujer deberán realizarse con un intervalo de un año y, en caso de que ambos sean normales, los exámenes futuros deberán realizarse cada tres años. La mayor parte de proveedores de servicios ginecológicos indicaron que los frotis de Papanicolaou deberían realizarse anualmente, y uno de cada cuatro (28%) informó que la prueba debería realizarse cada seis meses. Este fue un aumento sustancial de la cifra registrada en 1993, cuando sólo 19% de los proveedores respondió que los frotis de Papanicolaou deberían realizarse, como mínimo, cada seis meses.

La mayor parte de proveedores fueron incapaces de identificar en qué circunstancias una mujer está expuesta a un mayor riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino. Sólo 36% de los proveedores informaron que las mujeres se encontraban en mayor riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino después de los 35 (considerada la respuesta correcta), mientras que 44% de los proveedores señalaban edades entre la adolescencia y los 30 años. Los 22 proveedores que informaron haber recibido capacitación ginecológica durante los tres últimos años no demostraron conocimientos superiores a los de la mayoría que no la había recibido.

Los resultados indican la necesidad de capacitación sobre cáncer cérvico-uterino y su detección oportuna.

D4. Prácticas prenatales

Se preguntó a los proveedores de servicios prenatales sobre sus prácticas respecto a la aplicación de toxoide tetánico y suplementos de hierro. Como estrategia para disminuir la incidencia de tétano entre recién nacidos, se espera que los proveedores recomienden la vacunación contra el tétano a todas las mujeres en edad reproductiva, en lugar de hacerlo sólo a las embarazadas. Se obtuvieron importantes logros durante el periodo de estudio: en 1997, 51% de los proveedores de servicios prenatales informaron haber prescrito toxoides tetánicos a las mujeres en edad reproductiva, en comparación con el 32% que hizo lo propio en 1993.

Se preguntó a los proveedores si prescribían suplementos de hierro a todas las embarazadas o sólo a las pacientes prenatales que parecían

sufrir de anemia. La proporción de proveedores que prescribió suplementos de hierro a todas las embarazadas (según se recomienda), se mantuvo invariable (36% en 1993 y 39% en 1997), aunque recientemente los proveedores capacitados habían informado haber prescrito suplementos de hierro a todas las pacientes prenatales en un porcentaje ligeramente mayor (44%). Se registró un gran cambio respecto al momento oportuno de recibir los suplementos de hierro. En 1993, sólo 39% de los proveedores reportaron que la administración de suplementos de hierro debería iniciarse durante el primer trimestre, en comparación con 60% de proveedores en 1997.

Satisfacción del paciente con los servicios de salud reproductiva

La gráfica 4 presenta la distribución de respuestas afirmativas a los siguientes cuatro rubros relacionados con la satisfacción del paciente: *1)* ¿recibió el servicio que deseaba?, *2)* ¿considera haber sido tratado cortésmente por el proveedor?, *3)* ¿entendió usted la explicación del proveedor sobre su problema o situación?, y *4)* ¿recomendaría usted los servicios brindados en esta instalación a una amistad o pariente?

Más de 90% de los clientes respondieron afirmativamente a todos los puntos en ambos años, 1993 y 1997, lo que muestra un alto nivel de satisfacción con el servicio recibido. Considerando los cuatro factores de satisfacción del cliente, se observa que más de 80% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente. Esto quiere decir que existe un 15% de clientes que otorgan calificaciones inadecuadas al servicio recibido.

También se preguntó a los pacientes cuánto tiempo habían esperado para ser atendidos por el proveedor y si el tiempo de espera les parecía razonable.

En 1997, 38% de los pacientes esperaron más de dos horas para ser atendidos, comparado con 46% en 1993. Sin embargo, la proporción de pacientes que consideran razonable el periodo de espera disminuyó de 68% en 1993 a 59% en 1997. Este cambio inesperado podría reflejar el aumento de expectativas de calidad de servicio entre la población de los pacientes (véase tabla 7).

A partir de las observaciones de consultas se calculó que la duración promedio de las visitas de planificación familiar disminuyó ligeramente de 8.5 minutos en 1993 a 8 minutos en 1997, mientras que el promedio del tiempo dedicado a las pacientes de ginecología y cuidados prenatales aumentó de 9 a 10 minutos.

Gráfica 4
Satisfacción del paciente: porcentaje de pacientes que respondieron afirmativamente a preguntas seleccionadas sobre la calidad de los servicios

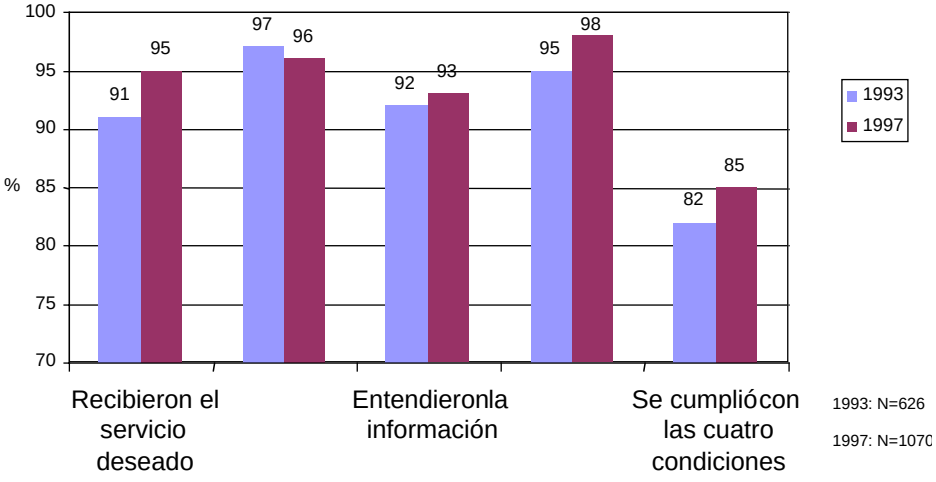


Tabla 7
Distribución de pacientes por tiempo de espera y porcentaje que reportó tiempo de espera razonable

	Distribución de pacientes por tiempo esperado para recibir atención %		*Distribución de pacientes que consideraron que el tiempo de espera fue razonable %*	
Tiempo de espera	*1993*	*1997*	*1993*	*1997*
Menos de 1 hora	26	40	95	83
De 1 a 2 horas	28	22	80	63
Más de 2 horas	46	38	46	37
Total	100	100	68	59

Aproximadamente un tercio de los pacientes de SR en los años 1993 y 1997 informaron que el PES al que asistieron no era el más cercano a su domicilio. Durante ambos estudios, la razón más frecuente proporcionada para solicitar los servicios de un PES más distante fue la percepción de que ofrecía servicios de más alta calidad. Esta determinación parecería confirmar que la calidad del servicio constituye un ele-

mento importante para muchos pacientes de SR. No obstante, en 1997 la segunda razón más frecuente para solicitar los servicios de un PES más distante (nombrada por 40% de los encuestados), era que no se ofrecía el servicio deseado o no había citas disponibles en las instalaciones más cercanas. Esta respuesta era considerablemente más frecuente entre pacientes de planificación familiar y pacientes de ginecología que entre mujeres que buscaban cuidado prenatal, lo que reflejó que existía una mayor disponibilidad de servicios prenatales.

En 1997, se preguntó a los pacientes si tenían algún problema en recibir los servicios en su PES. Más de un tercio (36%) respondió que sí. De los 387 pacientes de SR con quejas sobre los servicios del PES, 76% proporcionó razones relacionadas con el prolongado periodo de espera (muy pocos proveedores o insuficiente disponibilidad de citas). El 15% tuvo quejas relacionadas con problemas de suministros de los PES (no había disponibilidad de métodos anticonceptivos o medicamentos).

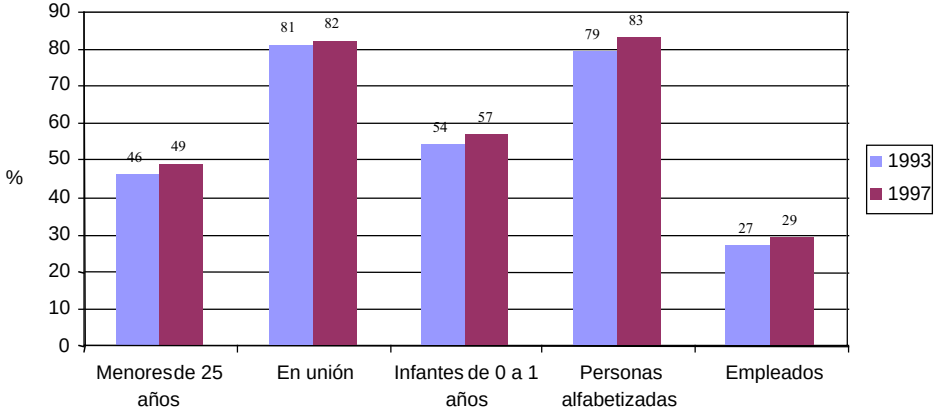
Las clientes que buscan cuidados ginecológicos eran las más propensas a tener quejas respecto a los servicios de los PES (41%), seguidas de las interesadas en cuidados prenatales (35%) y los interesados en planificación familiar (29%). Existe evidencia de que los PES se encuentran menos preparados para ofrecer servicios ginecológicos curativos que cuidados prenatales o servicios de planificación familiar. Sin embargo, la mayoría de pacientes informaron que algunos o todos sus servicios habían mejorado desde su primera visita al PES, sin variación por tipo de paciente.

De igual forma, se preguntó a los pacientes que acudían por servicios de planificación familiar si habían recibido el método de su elección: 27% de los encuestados en 1993 y 25% de 1997 informaron no haber recibido el método de su elección. En 1993, 65% de las mujeres que no habían recibido el método de su elección solicitaron anticonceptivos orales (51%) o un DIU (14%). En 1997, el DIU y los anticonceptivos orales fueron los métodos mencionados con mayor frecuencia, aunque en orden inverso (39% solicitó el DIU y 34% anticonceptivos orales). Las razones para no recibir el DIU eran variadas: 6 de cada 24 mujeres (25%) afirmaron no haber recibido el método debido a contraindicaciones y 4 (17%) informaron no tener a disposición el método. La razón más común para no recibir anticonceptivos orales radicaba en las contraindicaciones o en que la paciente estaba lactando (10 a 21 mujeres), seguido por la no disponibilidad del método (5 de 21 encuestadas). De los 60 pacientes que acudieron a recibir servicios de planificación familiar, 14 (23%) no recibió el método deseado al no encontrarse disponible en la fecha de su visita.

Características de los pacientes de salud reproductiva y fecundidad no deseada

Los resultados de las entrevistas de salida muestran que casi 40% de los clientes solicitan servicios prenatales, una tercera parte, servicios ginecológicos y 22%, servicios de planificación familiar. Esta distribución es similar en los estudios de 1993 y 1997. Las características socio-demográficas de los clientes son las que se muestran en la gráfica 5.

Gráfica 5
Características socio-demográficas de los pacientes de SR, 1993-1997



Aproximadamente 80% de las pacientes de SR estaban casadas o viviendo en uniones consensuales en ambos años. Menos de la mitad eran menores de 25 años y la mayoría de las entrevistadas eran o bien nulíparas (28% en ambos años), o sólo tenía un hijo vivo (29% en 1993 y 27% en 1997). En ambos años, casi una quinta parte de las encuestadas era funcionalmente analfabeta,[4] con cifras que se duplicaban en áreas del interior como, por ejemplo, en Fortaleza. Menos de un tercio de las pacientes tenía un empleo remunerado en la fecha de la entrevista.

Durante ambos estudios también se hizo evidente una fuerte demanda de servicios anticonceptivos: aproximadamente 60% de las encuestadas declaró no desear hijos adicionales y menos de 10% (5% en 1993 y 7% en 1997) expresó el deseo de embarazarse durante los 12 meses siguientes.

En 1993, la proporción de pacientes que recibían servicios de planificación familiar e informaron haber tenido un embarazo no deseado anterior fue de 48%, disminuyendo a 39% en 1997. En 1993, 17% de todas las pacientes entrevistadas que recibían servicios de planificación familiar informaron haberse inducido un aborto en el pasado, en comparación con apenas 9% de las encuestadas en 1997.[5]

Conclusiones

Durante los últimos cuatro años se realizaron avances en la prestación de servicios integrales de salud reproductiva en todas las unidades médicas del sector público en el estado de Ceará. En particular, se incrementó el número de PES que ofrecen servicios de planificación familiar. En 1997 casi la mitad de todas las unidades brindaba servicios anticonceptivos, lo que representó un aumento de 36% respecto a 1993, cuando se iniciaron las actividades de mejoramiento del servicio a través del programa Viva Mulher.

Se mejoró sustantivamente la disponibilidad de material de IEC, particularmente respecto al cuidado prenatal. Los resultados indican que el componente más débil en la cadena de prestación del servicio es el sistema logístico. La disponibilidad de servicios de planificación familiar está limitada por el desabastecimiento de anticonceptivos. Los PES carecen frecuentemente de insumos básicos para las consultas ginecológicas, como láminas y ácido acético. También se observó desabasto de medicamentos, como suplementos de hierro y toxoide tetánico, necesarios en la consulta prenatal.

Se hicieron evidentes las graves deficiencias en la gestión de logística en el estado: gran parte de los PES de todos los niveles en Fortaleza y en el interior informaron el desabastecimiento de existencias de la mayoría de anticonceptivos, así como de suplementos de hierro. La frecuencia de desabastecimiento de condones es también un serio obstáculo para la expansión de servicios significativos dirigidos a prevenir las ETS. Durante los últimos diez años, el estado de Ceará ha llevado a cabo acciones para descentralizar la asistencia en salud pública del nivel estatal al municipal. Las municipalidades que ahora son responsables de la administración de sus propios sistemas logísticos deberán orientarse para intervenciones adicionales destinadas a mejorar la gestión logística. Mientras la frecuencia del desabasto de existencias puede explicarse parcialmente por una creciente demanda de servicios de salud reproductiva, se requiere desplegar mayores esfuerzos para sensibilizar a los administradores del sis-

tema logístico ante los cambios en el consumo con el transcurso del tiempo.

Existe una variación considerable entre los niveles de preparación del programa por región y nivel de PES, aunque son evidentes dos patrones claros: las instalaciones en Fortaleza se encuentran significativamente mejor preparadas para brindar servicios que las del interior (un margen que no parece disminuir con el tiempo); los centros médicos en ambas regiones son las instalaciones mejor preparadas para brindar cuidados de salud reproductiva. Debido a que es más eficaz, desde el punto de vista de costos, satisfacer las necesidades primarias de cuidados de salud de los pacientes, incluyendo planificación familiar, cuidado ginecológico y prenatal, al nivel de centros médicos y postas de salud, los esfuerzos futuros del programa deberán dirigirse a mejorar las condiciones de los puestos de salud, convirtiéndolos en alternativas de servicio.

Los resultados muestran un mejoramiento en las interacciones entre proveedores y sus pacientes, aunque es necesario mejorar la información proporcionada a los clientes. Es particularmente importante informar a los nuevos usuarios sobre efectos colaterales que pueden experimentar con el uso de métodos anticonceptivos y de qué forma manejarlos. La información obtenida de la Encuesta Demográfica y de Salud en el nordeste del Brasil de 1991 indica que 52% de las usuarias de la píldora, y 73% de inyectables, descontinuaron sus métodos en el plazo de un año de iniciado su uso, principalmente debido a los efectos colaterales (Anhel Ferraz, 1994: 11). También se ha demostrado que las nuevas usuarias, que reciben información sobre los efectos colaterales posibles, propenden más a utilizar los métodos durante un periodo más prolongado que las mujeres que recibieron poca o ninguna información (Cotten y colaboradores, 1992: 148; Bruce, 1990: 68). Para que los proveedores de servicios de planificación familiar tengan éxito en la promoción y mayor continuidad en el uso de métodos, requieren brindar mayor información específica sobre el método que ofrecen.

Recomendaciones

1) Disminuir la brecha en la disponibilidad de servicios ginecológicos, de planificación familiar y ETS, separando el área metropolitana de Fortaleza y el interior rural del estado. Deberán desplegarse esfuerzos especiales para aumentar la disponibilidad de planificación familiar y servicios ginecológicos básicos en postas de salud rurales.

2) Aumentar el material IEC distribuido a todos los PES, asignándose prioridad a los PES en el interior. El contenido de los materiales y actividades IEC deberá ampliarse para incluir el papel del hombre en la planificación familiar y la salud reproductiva.
3) Llenar las brechas restantes en las necesidades básicas de equipo de los PES. Específicamente, más de 40% de los hospitales y centros de salud no tienen tenáculos y más de 20% no tienen fórceps de anillo, lo que impide la prestación de servicios de DIU en todas las instalaciones que carecen de alguno de ellos. Más de la mitad de las postas de salud no tienen espejos, y casi una cuarta parte no tienen equipo de esterilización, lo que las inhabilita para ofrecer servicios ginecológicos básicos. Tres cuartas partes de todos los PES (y aproximadamente 60% de todos los hospitales y centros de salud) carecen de microscopios, limitando en forma severa su capacidad para diagnosticar y tratar ITR.
4) Mejorar la contabilidad de los PES respecto a los movimientos de existencias para aumentar con exactitud la cantidad de suministros que se mantiene en cada PES hasta el equivalente de dos meses de consumo, posibilitando así contar con un respaldo razonable contra la falta de medicamentos. Las instalaciones deberán recalcular rutinariamente su consumo mensual promedio (es decir, cada 6 a 8 meses) para integrar los cambios a la demanda con el transcurso del tiempo.
5) Instituir el monitoreo mensual de sistemas de logística estatales y municipales para determinar las principales fuentes y frecuencia de desabastecimiento y para hacer un seguimiento cuantitativo de los cambios que se produjeron en el transcurso del tiempo. Una reducción en la incidencia de desabastecimiento de anticonceptivos deberá resultar de inmediato en una combinación más amplia de métodos anticonceptivos en los PES que brindan servicios de planificación familiar.
6) Aumentar la frecuencia de supervisión de los PES de todos los niveles en Fortaleza y en el interior. Los supervisores deberán centrar su atención en la corrección de problemas en la gerencia logística.
7) Brindar mayor énfasis a la importancia del intercambio de información entre el proveedor y el paciente durante la capacitación de los proveedores. En forma específica, deberá capacitarse a los proveedores para que pregunten a los pacientes si tienen alguna pregunta antes de finalizar la consulta; proporcionar información específica sobre los posibles efectos colaterales y manejo de problemas inherentes al método anticonceptivo seleccionado por los nuevos

usuarios y elaborar historias médicas completas de todos los pacientes que reciben servicios de SR, especialmente durante las visitas iniciales de las pacientes prenatales. La capacitación futura a los proveedores deberá incluir también modelos que les permitan entablar discusiones sobre comportamiento sexual con clientes en alto riesgo de contraer ETS.

8) Reforzar la capacitación de proveedores de servicios ginecológicos. Específicamente, los proveedores requieren cursos de actualización en cáncer ginecológico y su prevención, así como capacitación básica en la administración de cuidados ginecológicos curativos, incluyendo evaluación de riesgos de ETS, microscopia y diagnóstico sindrómico de ITR cuando no se cuenta con pruebas de laboratorio.

9) Alentar a los PES a experimentar con formas para disminuir y/o realizar un mejor uso del tiempo de espera del paciente (como, por ejemplo, permitir que los pacientes programen sus citas con anticipación, cambiar el número de proveedores de salud durante el día para brindar mejor atención en las horas de mayor demanda, ofrecer sesiones de consejería en las áreas de espera, aumentar el uso de personal auxiliar para procedimientos no técnicos).

Referencias

Anhel Ferraz, Elisabeth. Dinâmica do Uso da Anticoncepção na Região Nordeste do Brasil: Uma Análise de Descontinuação, Falha e Mudança de Métodos com Tabelas de Mortalidade. Documento de Trabajo de Macro International "Seminário sobre a Dinâmica da Anticoncepção na América Latina", Maryland, junio 1994.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) y Macro International. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Programa de Encuestas Demográficas y de Salud, Calverton: 1997.

BEMFAM y Macro International. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil. Programa de Encuestas Demográficas y de Salud, Calverton: 1991.

Bruce, Judith. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework" Studies in Family Planning, 21.2 (1990): 61-91.

Cotten, Niki, John Stanback, Halima Maidouka, y colaboradores. "Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and The Gambia". International Family Planning Perspectives, 18.4 (1992):145-149.

Fonseca W., Misago C., Correia L., y colaboradores. "Determinantes do Aborto Provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da Região Nordeste do Brasil". Revista de Saúde Pública, 30.Y (1996): 13-18.

Hollander, D. “Many Brazilian Women Hospitalized for Incomplete Abortion Report Using Ulcer Drug as Abortifacient”. International Family Planning Perspectives, 19.4 (1993): 156-157.

Koenig, Michael, Mian Bazle Hossain y Maxine Whittaker. “The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh”. Studies in Family Planning, 28.4 (1997): 278-289.

Ministerio de Salud del Brasil/Viva Mulher. Programa Nacional de Controle de Cancer do Colo Uterino: Análise da Situação. São Paulo: 1996, 8-12.

Simmons, Ruth y Christopher Elias. “The Study of Client-Provider Interactions: A Review of Methodological Issues”. Studies in Family Planning, 25.1 (1994): 1-17.

Vera, Hernán. “The Client’s View of High Quality Care in Santiago, Chile”. Studies in Family Planning, 24.1 (1993): 40-49.

World Bank. “O Sistema de Saúde e a Saúde Reprodutiva da Mulher” en Saúde Reprodutiva da Mulher , 8215-BR, (1992): 1-9.

Vera Hernán. “The Client´s View of High Quality Care in Santiago, Chile”. Studies in Family Planning, 24.1 (1993): 40-49.

Notas

[1] De los 268 PES visitados en 1993, habían dejado de funcionar 38 en 1997. Además, 44 nuevos PES, que no existían en 1993, se encontraban en funcionamiento en las municipalidades seleccionadas.

[2] Todos los valores p se basan en el *McNemar Test for Significance of Change*, a menos que se señale lo contrario.

[3] El porcentaje de las instalaciones que ofrecen servicios SR por lo menos la mitad del tiempo (2.5 días por semana) se consigna en la tabla A.1 del Apéndice.

[4] Se solicitó a los entrevistados leer un simple mensaje de salud pública durante la entrevista. Aquéllos que no pudieron hacerlo fueron considerados funcionalmente analfabetos.

[5] De las 21 pacientes que recibían servicios de planificación familiar e informaron haberse inducido un aborto en el estudio de 1997, 13 (o 62%) declaró haber utilizado misoprostol. Las cifras son consistentes con un estudio realizado entre 1992 y 1993, en Fortaleza, que determinó que 66% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos habían usado misoprostol solo o en combinación con otro abortivo (Fonseca, 1996: 14).

Otros títulos de la serie

Documento de trabajo núm. 1. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*

Ricardo Vernon, Raffaela Schiavon, Silvia E. Llaguno

Documento de trabajo núm. 2. *Educación sobre salud sexual y reproductiva en áreas indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües*

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

Documento de trabajo núm. 3. *Oferta sistemática de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Guatemala*

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 4. *Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima*

Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Rechkemer, María E. Planas, Federico R. León, Rubén Durand, Alicia Calderón

Documento de trabajo núm. 5. *Estrategias de información sobre anticoncepción de emergencia*

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

Documento de trabajo núm. 6. *Encuesta de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre salud reproductiva en seis etnias en México*

Javier Cabral, Ángel Flores, Francisco Huerta, Carmen Baltazar, Fabiola García, Concepción Orozco, Carlos Brambila

Documento de trabajo núm. 7. *Costos de las consultas de atención integral en salud reproductiva en Guatemala*

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 8. *Uso de listados para detectar y referir mujeres a los servicios de salud reproductiva*

Luis Améndola, Delmy Euceda, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Norma Alí

Documento de trabajo núm. 9. *La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva*

Teresa de Vargas, John H. Bratt, Varuni Dayaratna, James R. Foreit, Daniel H. Kress

Documento de trabajo núm. 10. *Estrategias para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva: de la administración de la granja a la administración de la familia*

James Foreit, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Dolores María Valmaña, Judy Canahuati

Documento de trabajo núm. 11. *Sí, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México*

Ana Langer, Cecilia García-Barrios, Angela Heimburger, Lourdes Campero, Olivia Ortiz, Carmen Díaz, Vilma Barahona, Francisca Ramírez, Beatriz Casas, Beverly Winikoff, Karen Stein

Documento de trabajo núm. 12. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*

Federico R. León

Documento de trabajo núm. 13. *Tres estrategias para promover el sostenimiento de las clínicas de CEMOPLAF en Ecuador*

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas

Se terminó de imprimir en
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
Tel.: 515 1657.
El tiraje consta de 2,200 ejemplares.