
Reproductive Health

Social and Behavioral Science Research (SBSR)

2002

Honduras: Mejorar la salud reproductiva, Investigación operativa, 2002

Frontiers in Reproductive Health

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh

How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation


"Honduras: Mejorar la salud reproductiva, Investigación operativa," FRONTERAS Reporte. Ciudad de México: Population Council, 2002.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.

Investigación Operativa

Honduras

Mejorar la salud
reproductiva

50 AÑOS
1952-2002
 Population Council



 **Fronteras**
DE LA SALUD REPRODUCTIVA

El Population Council es una organización internacional, no lucrativa y no gubernamental, que busca mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras en el mundo y ayudar a alcanzar un equilibrio entre la población y los recursos. El Council realiza investigación biomédica, en ciencias sociales y salud pública, y ayuda a fortalecer la capacidad de investigación en países en vías de desarrollo. El Council fue fundado en 1952 y está dirigido por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas regionales y nacionales.

Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017 USA
<http://www.popcouncil.org>

Honduras

Mejorar la salud reproductiva

Population Council
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Panzacola 62
Villa Coyoacán
México, DF 04000
Tel.: (55) 5659-8541
Fax: (55) 5554-1226
E-mail: disemina@popcouncil.org.mx

Programa Fronteras de la Salud Reproductiva
Ricardo Vernon, Director Regional
Antonieta Martín, Oficial Regional de Comunicación

© 2002 The Population Council, Inc.

Cualquier parte de esta publicación podrá reproducirse sin autorización de los editores, siempre y cuando se reconozca la fuente y se utilice sin fines de lucro. Para solicitar mayor información, por favor diríjase al Programa Fronteras del Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.



Fronteras de la Salud Reproductiva (FRONTERAS) es un programa global que utiliza la investigación operativa (IO) para poner a prueba enfoques alternativos en la prestación de servicios de planificación familiar y salud reproductiva, con el fin de mejorar los sistemas de prestación, o bien para influir sobre las políticas relacionadas. Financiado por USAID, e implementado por el Population Council en colaboración con Family Health International (FHI) y la Universidad de Tulane, FRONTERAS trabaja en 29 países del mundo, apoyando de manera activa la investigación innovadora y el uso de resultados de la misma en temas que incluyen atención prenatal, servicios comunitarios, comunicación, introducción de anticonceptivos, prácticas de protección dual, economía doméstica, VIH/SIDA, atención post-aborto y post-parto, calidad de la atención, infecciones de transmisión sexual (ITS) y jóvenes. FRONTERAS también fomenta la capacidad institucional en países en vías de desarrollo, tanto para realizar investigación operativa, como para utilizar los resultados. Para mayor información por favor visite nuestra página en Internet en <http://www.popcouncil.org/frontiers/>

Fronteras de la Salud Reproductiva
Population Council
4301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 280
Washington, DC 20008 USA



Esta publicación fue posible gracias al financiamiento de la Oficina de Población, Buró de Programas Globales, Apoyo al Campo e Investigación, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) conforme a los términos del Acuerdo de Cooperación No. HRN-A-00-98-00012-00. Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las de USAID.

Contenido

- 5 Fortalecimiento de los servicios de anticoncepción en el posparto y posaborto en hospitales de Honduras
Ruth Medina, Ricardo Vernon, Irma Mendoza y Claudia Aguilar
- 13 ¿Pueden las Auxiliares de Enfermería en áreas rurales de Honduras prestar servicios de inserción de DIU, DepoProvera y citología vaginal?
Yanira Villanueva, Irma Mendoza, Claudia Aguilar, Suyapa María Rodríguez, Ricardo Vernon
- 23 ¿En qué grado se pierden oportunidades para dar servicios de planificación familiar en los centros de salud de Honduras?
Claudia Aguilar, Irma Mendoza y Ricardo Vernon
- 33 Impacto del descartarte apropiado de los embarazos para incrementar el acceso a los centros rurales de planificación familiar
Irma Mendoza, Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi y Claudia Aguilar



Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Jorge Meléndez, Jefe del Departamento Materno Infantil, y al Dr. Ivo Flores, Jefe de Atención a la Mujer de la Secretaría de Salud, su invaluable apoyo y magnífica orientación para poder desarrollar estos proyectos.

Resultó de particular importancia la ayuda de los Jefes Regionales y del Departamento Materno Infantil: Nerza Paz, Regina Sierra, Julio César Arita, Behula Carolina Aguilar, Arturo Gutierrez, Carlos Alfonso Bennaton, Martha Elena Paz, Efraín Aguilar, Olga Portillo, Rafael Mejía Borjas Melby Castro.

A Mirta Ponce, Alonso Pintor, Rommel Carrasco, Abel de Jesús Cerrato César Banegas, directores de los hospitales Atlántida, Occidente, Dr. Enrique Aguilar Cerrato, San Francisco y Maternidad del Hospital General San Felipe respectivamente. De manera especial, se agradece la participación en el proyecto de los enlaces técnicos en cada hospital: Luz Barahona, Teresa Núñez, Gloria Fiallos, Gloria Fajardo, Sara Yáñez, Argelia Gallo y Nolvía Rodríguez.

Fernández Fortín, Bográn y Asociados facilitaron la movilización del personal de la Secretaría de Salud. Janet Lezama realizó los trámites administrativos y contables para coordinar las acciones de Fronteras con esta firma.

También agradecemos el apoyo de John Rogosh, Richad Montieth, Meri Sinnit y Angel Coca, de la misión de USAID en Honduras, y al Dr. Álvaro González, coordinador de las actividades de salud reproductiva de AID en la Región 3, el seguimiento de muchas de las actividades necesarias para llevar por buen cauce el proyecto.

Finalmente, agradecemos a Ashonplafa y a todos los capacitadores del proyecto, así como a los proveedores de salud de las salas de labor y parto, emergencia, puerperio, ginecología y sala de operaciones, a todas las auxiliares, enfermeras profesionales y médicos que participaron en sus unidades prestando los servicios e informando sus actividades: gracias por su valiosa colaboración, sus aportes y su incansable trabajo para bien de la población hondureña.



Fortalecimiento de los servicios de anticoncepción en posparto y posaborto en hospitales de Honduras

Resumen

Problema

Las encuestas en hospitales entre mujeres que acaban de tener un parto o un aborto muestran que una gran proporción de ellas desean adoptar un método anticonceptivo antes de salir del hospital. Sin embargo, una gran proporción de hospitales no prestan servicios de anticoncepción posparto/posaborto o, cuando los prestan, estos no atienden completamente la demanda existente. ¿Cómo se puede fortalecer el proceso de introducción o fortalecimiento de los programas de anticoncepción posparto/posaborto?

¿Cómo solucionarlo?

En este proyecto, además de capacitar a los prestadores de servicios y entregar a los hospitales el equipo y materiales educativos para llevar a cabo las actividades, se llevó a cabo un diagnóstico inicial para identificar los hospitales en los que más fácilmente se podrían incorporar o fortalecer los servicios. Además, se establecieron cuatro indicadores básicos que permitían observar el avance, un sistema para recabar los datos rutinariamente y reuniones trimestrales de discusión para identificar y solucionar los problemas que estuvieran impidiendo el avance deseado de las actividades.

Resultados

Los datos del diagnóstico mostraron que existía gran demanda de métodos anticonceptivos antes del alta hospitalaria. Sólo 35% de las mujeres que habían dado a luz habían planeado su embarazo y casi la mitad de ellas dijeron que hubieran preferido esperar más tiempo o no embarazarse. Diecisiete por ciento estaba usando un método cuando quedó embarazada, el 44% hubiera deseado embarazarse en el futuro y el 92% deseaban espaciar el siguiente embarazo por más de dos años. Se obtuvieron mejoras importantes en los cuatro indicadores que se usaron para evaluar el proyecto:

- 1) la proporción de mujeres que recibieron información sobre métodos anticonceptivos durante la estancia en el hospital se incrementó del 43 al 87 por ciento;
- 2) la proporción de mujeres a quienes se les ofreció un método aumentó del 42 al 82 por ciento;
- 3) la proporción de mujeres que recibieron un método durante su estancia se incrementó de un 10 a un 33 por ciento; y finalmente,
- 4) la proporción de mujeres que tuvieron un parto y deseaban un método antes de salir del hospital, pero no lo había recibido, cayó de 41 a 7 por ciento.

Entre las mujeres que fueron tratadas por un aborto, cerca del 10 por ciento de las que habían dado a luz, los resultados fueron mejores aún, pues las mujeres informadas se incrementaron del 17 al 85 por ciento; a quienes se les ofreció un método incrementó en la misma proporción, la aceptación de métodos aumentó de 13 a 54 por ciento y la demanda insatisfecha cayó de un 48 a un 21 por ciento. En ambos casos la demanda que quedó insatisfecha fue por la falta de servicios de esterilización.

Recomendaciones

En los procesos de incorporación o fortalecimiento de los servicios de anticoncepción posparto/posaborto se recomienda:

- Asegurar la participación de los gerentes de la Secretaría de Salud en la planeación de las actividades.
- Establecer indicadores claros que permitan evaluar el progreso de las actividades y un sistema de recolección de datos que proporcione la información deseada.
- Tener reuniones trimestrales para revisar los resultados obtenidos y buscar solución a los factores que impidan el progreso deseado. Esto permite que el equipo de trabajo mantenga enfocada su atención en el proceso de introducción y fortalecimiento de los servicios, que tiende a ser prolongado.
- Finalmente, en el caso particular de Honduras, capacitar a las auxiliares de enfermería en la inserción de dispositivos intrauterinos en el posparto/posaborto, pues estos agentes atienden una gran proporción de los partos en hospitales.

Planificación familiar, una necesidad en la atención del posparto y posaborto

Los proyectos de investigación operativa realizados en Honduras y en otros países de América Latina han demostrado que la oferta de métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico es un servicio que las mujeres quieren y necesitan (Foreit et al, 1993; López Canales et al, 1992; Medina et al, 1998). Sin embargo, este servicio se encuentra ausente o poco utilizado en la mayoría de los hospitales de la región.

En Honduras, cada año mueren alrededor de 108 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Los embarazos no planeados o no deseados elevan el riesgo para la salud: una de cada ocho muertes maternas se debe a problemas de salud relacionados con el aborto. Si no hubiera embarazos no deseados, se podrían evitar hasta 25% de las muertes maternas (SSH, 1998). La planificación familiar también puede prevenir muertes infantiles: un niño que nace con un espacio intergenésico menor de dos años, tiene el doble de probabilidades de morir que un niño que nace con un intervalo de dos o más años. De esta manera, se podrían evitar hasta 25 % de las muertes infantiles (Shane, 1997).

En Honduras, más de la mitad de los partos son atendidos en hospitales y centros de salud de la Secretaría de Salud y se prevé que esta proporción aumente rápidamente en el futuro. Por otra parte, diversas investigaciones han mostrado que cuando hay métodos anticonceptivos en los hospitales y centros de salud, una proporción importante de mujeres eligen un método antes de ser dadas de alta del hospital y, que la prevalencia de uso de anticonceptivos seis meses después del parto es más elevada entre las mujeres que dan a luz en hospitales que cuentan con servicios de anticoncepción posparto/posaborto, que entre las mujeres que dan a luz en hospitales que no cuentan con estos servicios (Foreit et al, 1993). También se han observado otros impactos positivos de la oferta de estos servicios sobre la salud de las madres (FHI, 1995).

A pesar de los beneficios observados de la anticoncepción posparto/ posaborto, en Honduras pocos hospitales tienen este servicio disponible. El Hospital Escuela, que atiende alrededor de 30,000

eventos obstétricos cada año, probó entre 1996 y 1999 la aceptación de métodos anticonceptivos en el posparto y posaborto. Al final del proyecto, 30% de las mujeres solicitaban y obtenían un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria (Medina et al, 1998). En una investigación operativa anterior también se habían observado resultados similares en el Hospital Materno-Infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social (López Canales et al, 1992). Sin embargo, la extensión de estos servicios al resto de unidades de la red hospitalaria hondureña había sido menos rápida de lo deseado por la Secretaría de Salud de Honduras, por lo que se decidió llevar a cabo un proyecto de investigación operativa que probara una estrategia de incorporación y/o fortalecimiento de los servicios de anticoncepción posparto/posaborto al resto de hospitales del país. El proyecto se llevó a cabo en cinco hospitales de la Secretaría de Salud, los ubicados en La Ceiba, Juticalpa, Esperanza, San Felipe y Santa Rosa de Copán.

El modelo utilizado para extender los servicios

El modelo utilizado para extender los servicios incluyó los siguientes componentes:

Selección de indicadores y fuentes de información para medir el progreso de las actividades

Como punto de partida, se seleccionaron cuatro indicadores que permitirían observar el avance de las actividades de introducción o fortalecimiento de los servicios de anticoncepción posparto/posaborto. Estos cuatro indicadores, que reflejan tanto características del proceso como de los resultados de la prestación de los servicios fueron los siguientes:

- *Información:* proporción de mujeres que dicen haber recibido información sobre planificación familiar durante su estancia en el hospital.
- *Oferta:* proporción de mujeres en los periodos posparto o posaborto a las que se les ofreció un método de planificación familiar durante su estancia hospitalaria.
- *Cobertura:* proporción de mujeres que eligen y reciben un método anticonceptivo después de un parto o un aborto y antes del alta hospitalaria.



- D** *Demanda insatisfecha:* proporción de mujeres en el posparto o posaborto que deseaban un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria pero no lo recibieron.

Asimismo, se estableció que esta información se recolectaría en forma trimestral. Durante el transcurso del proyecto, se llevaron a cabo seis encuestas trimestrales. En cada una de las encuestas inicial, intermedia y final, se entrevistaron en promedio un total de 600 mujeres en el posparto y posaborto. En las otras tres encuestas trimestrales se entrevistaron un promedio de 260 mujeres en total, en los cinco hospitales participantes.

Además de estas fuentes, para evaluar el avance de las actividades se utilizaron las estadísticas de servicio producidas por los hospitales participantes.

Encuesta inicial y selección de hospitales

La encuesta inicial se llevó a cabo en siete hospitales y tuvo el propósito de dar información de base sobre los cuatro indicadores de progreso y de obtener información para determinar cinco hospitales, en los que sería más factible introducir o fortalecer los servicios existentes. En esta encuesta, además de entrevistar a mujeres en el posparto y posaborto, se entrevistaron a los directivos y prestadores de servicios, además de hacerse un inventario sobre los recursos existentes para prestar los servicios de anticoncepción posparto y posaborto.

Con base en los resultados de este diagnóstico inicial se decidió no incluir en el proyecto a los hospitales de Danlí y de Choluteca. Sin embargo, los resultados del estudio inicial fueron presentados al personal y directivos en cada uno de los hospitales participantes.

Cabe mencionar que por motivos de espacio, en este informe sólo presentamos los resultados de las tres encuestas más grandes. Sin embargo, los resultados de las otras encuestas trimestrales son consistentes con las tendencias observadas en ellas.

Capacitación del personal

En los cinco hospitales participantes se capacitó a todo el personal relacionado con la entrega de servicios a mujeres en el posparto y posaborto. A estas sesiones de capacitación también asistieron los prestadores de servicios de atención prenatal en los centros de salud en el área de influencia del hospital.

La capacitación incluyó un taller de 30 horas sobre promoción del servicio, metodología anticonceptiva y consejería en planificación familiar. Además, se capacitó a 65 médicos y enfermeras en técnicas de inserción del DIU en posparto/posaborto. Finalmente, un proveedor de cada hospital fue capacitado en técnicas de minilap con sedación y anestesia local.

Equipamiento y entrega de materiales educativos

Cada hospital recibió cinco equipos para inserción de DIU, una mesa de exploración ginecológica y algunos otros insumos necesarios para prestar el servicio de anticoncepción posparto/posaborto. Además, se proporcionaron a cada hospital 15 rotafolios sobre métodos anticonceptivos, 6000 ejemplares de cada uno de cuatro folletos sobre esterilización, atención posparto, atención posaborto y métodos para después del parto, y 30 ejemplares de las Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Mujer de la Secretaría de Salud de Honduras.

Establecimiento de un sistema de referencia

Se invitó a todos los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de los centros de salud en el área de influencia de cada hospital, a participar en los talleres de planificación familiar que se dieron en cada hospital. También se proporcionó a cada centro un rotafolios sobre anticoncepción posparto, para que lo pudieran utilizar en la consejería durante la atención prenatal y las mujeres que llegaran al hospital a tener un parto, estuvieran preparadas para decidir si desean o no usar un método determinado.

Supervisión y discusión de resultados

La coordinadora del proyecto tuvo reuniones trimestrales en cada hospital participante. En estas reuniones se revisaron los resultados de las encuestas, las estadísticas de servicios y las observaciones hechas

durante la supervisión, y se comentaron los problemas y obstáculos para llevar a cabo las actividades del proyecto. La coordinadora fungió como enlace con las autoridades centrales, lo que permitió la solución expedita de los problemas observados.

Resultados de la encuesta inicial

La encuesta inicial mostró que en sólo dos de los cinco hospitales seleccionados para participar en el proyecto se prestaban servicios de anticoncepción posparto/posaborto en mayor cantidad, en La Ceiba (en donde se proporcionaban anticonceptivos a 19% de las mujeres atendidas por parto o aborto) y en Esperanza (que tenía una cobertura del 30%). Aunque la mayoría de los prestadores querían recibir capacitación y pensaban que las mujeres deseaban estos servicios, muchos no estaban de acuerdo en ofrecer métodos posparto o posaborto, porque significaba una carga de trabajo adicional.

En casi todos los hospitales se encontró que poco más de la mitad de los prestadores de servicios habían sido capacitados en metodología anticonceptiva, consejería en planificación familiar, retiro e inserción de DIU y métodos naturales. Sin embargo, esta capacitación era más frecuente entre los prestadores que atendían la consulta externa que entre los que prestaban sus servicios en las salas de ginecología y obstetricia.

En lo que respecta a las mujeres que acababan de tener un parto, la encuesta inicial mostró que sólo un poco más de la tercera parte había deseado embarazarse cuando esto ocurrió. Al 56% le dio gusto enterarse de su estado, pero 38% dijo que hubiera preferido el embarazo más tarde y 5% dijo no haberlo deseado. Cuando ocurrió el embarazo, 17% de las mujeres dijo estar usando un método anticonceptivo (53% usaban pastillas y 18% métodos de abstinencia periódica). En todos los casos, la pareja sabía que la mujer estaba usando un método y el 90% estaba de acuerdo con su uso. El 56% de las mujeres no deseaba tener otro embarazo y de las que si lo deseaban (92%) quería esperar cuando menos dos años. Así pues, los datos mostraron una gran necesidad de los servicios de anticoncepción posparto/posaborto.

En cuanto a las mujeres que acababan de tener un aborto, casi una cuarta parte de las entrevistadas dijo que deseaba embarazarse cuando ocurrió el aborto. Aproximadamente 60% reportó que hubiera preferido no embarazarse y a una tercera parte le

pareció bien cuando supo que estaba embarazada. Un poco más del 20% dijo estar usando un método anticonceptivo cuando ocurrió el embarazo. Por estos datos se puede inferir que al menos una tercera parte de los casos eran de abortos espontáneos.

Finalmente, en cuanto a la participación de la pareja, más del 70% de las mujeres entrevistadas contaron que su pareja sabía que estaban hospitalizadas y de estos casos, más del 70% la acompañó al hospital. La misma proporción de mujeres expresó que les gustaría que su pareja recibiera información sobre su tratamiento, y más del 80% pidió que se les explicara sobre los cuidados que debían tener en las próximas semanas y sobre los métodos de planificación familiar que podían usar.

Resultados de la intervención sobre la entrega de servicios

El Cuadro 1 muestra los principales indicadores relacionados con la entrega de servicios de anticoncepción posparto en el transcurso del proyecto. El porcentaje de mujeres que recibió información sobre planificación familiar durante su estancia en el hospital aumentó del 43 al 87%. Más usuarias recibieron información sobre más métodos diferentes, y el porcentaje de mujeres a las que se les preguntó si querían un método prácticamente se duplicó, al pasar del 42 al 82%. La proporción de mujeres que recibió un método anticonceptivo antes de salir del hospital aumentó del 10 al 33% y la mezcla de métodos se diversificó, disminuyendo la cantidad relativa de mujeres esterilizadas y aumentando las usuarias de otros métodos temporales. Casi todas reportaron haber tomado ellas mismas la decisión de usar un método, solas o hablando con otra persona, principalmente el marido y el personal de salud.

La proporción de mujeres que dijeron querían usar un método después del parto permaneció igual a lo largo del proyecto; sin embargo, la proporción de mujeres que querían recibir el método antes del alta hospitalaria se dobló, pasando del 21 al 44%. La capacitación al personal de los centros de salud del área de influencia parece haber sido efectiva, pues la proporción de mujeres que decidió usar un método durante el embarazo aumentó del 55 al 64%.

La proporción de mujeres que deseaba un método antes del alta y no lo recibió (lo que se llama

Cuadro 1

Indicadores de demanda insatisfecha de acuerdo a la encuesta

Indicadores de demanda insatisfecha	Base (N = 426)	Encuesta Medio término (N = 493)	Final (N = 386)
% que le hubiera gustado recibir un método y no lo recibió	41 %	15 %	7 %
Método deseado pero no recibido:			
Anticonceptivos orales	14 %	7 %	–
Píldoras de progesterona solamente	1 %	3 %	–
DIU	23 %	8 %	25 %
AQV	31 %	68 %	75 %
Inyecciones	12 %	11 %	–
Otros	12 %	3 %	–
No sabe	7 %	1 %	–
% a quienes no se les informó por qué no se les había dado un método	74.9%	18.4%	7.7%

demanda insatisfecha en este documento) disminuyó del 41% al inicio del proyecto a solamente el 7% al final. La esterilización femenina, fue el método que no siempre pudo otorgarse debido a que los fines de semana los quirófanos no operan en varios hospitales y que entre semana, suelen estar ocupados en la atención a otro tipo de casos. No obstante esta situación, el

Cuadro 1 muestra un indicador de la mejora de la calidad de los servicios: la proporción de mujeres a las que no se les explicó las razones por las que no se les entregó el método disminuyó del 75 al 8%.

El Cuadro 2 muestra los resultados de los cuatro indicadores básicos de este proyecto por hospital. Los hospitales que tenían servicios establecidos de

Cuadro 2

Indicadores de servicios de planificación familiar y demanda insatisfecha, por hospital y encuesta

Indicadores de servicios de planificación familiar y demanda insatisfecha	Base Julio/99	Encuesta Medio término Sep/00	Final Marzo/01
% de mujeres que salen con un método de planificación familiar			
Juticalpa	5%	14%	25%
Santa Rosa	2.8%	18%	29%
Ceiba	18.9%	27%	41%
La Esperanza	30%	79%	72%
San Felipe	3.6%	30%	20%
% de mujeres que recibieron información sobre planificación familiar			
Juticalpa	23%	75%	96%
Santa Rosa	40%	60%	78%
Ceiba	76%	72%	92%
La Esperanza	55%	100%	97%
San Felipe	25%	58%	85%
% de mujeres a quienes se les ofreció un método de planificación familiar			
Juticalpa	2%	67%	90%
Santa Rosa	42%	62%	79%
Ceiba	69%	70%	92%
La Esperanza	60%	100%	95%
San Felipe	27%	56%	67%
Demanda insatisfecha (mujeres que deseaban un método de planificación familiar en el hospital pero no lo recibieron)			
Juticalpa	46%	10.1%	16%
Santa Rosa	34%	8%	0%
Ceiba	50%	28%	18%
La Esperanza	24%	0%	0%
San Felipe	42%	26%	4%

Indicadores de servicios anticonceptivos posaborto, de acuerdo a la encuesta

Indicadores de servicios anticonceptivos en el postaborto	Base (N = 24)	Encuesta Medio término (N = 59)	Final (N = 71)
% que recibió información sobre PF	17 %	80 %	85 %
% que recibió un método durante su estancia	13 %	34 %	54 %
Método que recibieron			
▶ DIU	–	25 %	3 %
▶ AQV	100 %	5 %	3 %
▶ Condón	–	–	5 %
▶ Pastillas	–	10 %	11 %
▶ Inyección	–	60 %	79 %
% que deseaba un método pero no lo obtuvo (demanda insatisfecha)	48 %	18 %	21 %

anticoncepción posparto, así como aquellos que los introdujeron durante el proyecto, tuvieron avances muy importantes en la información que dieron a las mujeres, la oferta del servicio, la entrega de métodos y la disminución de la demanda insatisfecha.

En el Cuadro 3 se observan los mismos indicadores para las mujeres que fueron atendidas por un aborto incompleto. La entrega de información fue generalizada y más de la mitad de las mujeres salieron del hospital con un método que habían solicitado, principalmente la inyección. La demanda insatisfecha disminuyó del 48 al 21 %, en gran medida debido a la poca capacidad de los hospitales para realizar esterilizaciones antes del alta hospitalaria.

Utilización de resultados

Este proyecto se diseñó con base en los resultados obtenidos en un proyecto previo, realizado en el Hospital Escuela, donde se estableció un modelo de atención posparto y posaborto. El modelo permitió incorporar o incrementar servicios de anticoncepción después de un evento obstétrico en cinco hospitales de Honduras.

Al finalizar el proyecto, con los resultados obtenidos, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) decidió otorgar un financiamiento adicional a la agencia EngenderHealth, para que continuara replicando el modelo de prestación de servicios de planificación familiar en el posparto y posaborto, en otros cinco hospitales más de la Secretaría de Salud de Honduras.

Conclusiones y recomendaciones

El objetivo de este proyecto fue mejorar la calidad y el acceso a los servicios anticonceptivos en el posparto y posaborto, y disminuir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Los resultados mostraron que el proyecto fue un éxito, tanto en términos de variables de proceso: entrega de información y oferta de servicios, como en la proporción de mujeres que adoptaron un método antes de salir del hospital y por ende la disminución de la demanda insatisfecha, entendida como el número de mujeres que salían del hospital sin haber recibido un método anticonceptivo que ellas mismas deseaban.

En gran parte, el éxito del proyecto se debió al enfoque participativo empleado en la planeación y revisión de las acciones, y del uso continuo de los datos de la investigación, lo que permitió a los trabajadores concentrarse en la introducción de los servicios de planificación familiar en el posparto y el posaborto.

En este proyecto no se contempló inicialmente la capacitación de las auxiliares de enfermería; sin embargo, estas profesionales atienden en algunos hospitales a más de la mitad de los partos, por lo que se recomienda que se les capacite en la entrega de todos los métodos anticonceptivos temporales, incluyendo el DIU.

Este texto fue elaborado con base en el informe final del proyecto “Expansión de la anticoncepción en el posparto y posaborto en Honduras”, elaborado por Ruth Medina, Ricardo Vernon, Irma Mendoza y Claudia Aguilar, Junio 2001. El estudio fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación número HRN-A-00-98-00012-00, subproyecto número 5801 13009 424. Las opiniones expresadas en el documento son las de los autores y no necesariamente reflejan las de USAID.

Bibliografía

- Family Health International. 1995. **“Postpartum Contraception: Update on Contraceptive Technology Series”**. [Anticoncepción posaborto, serie de actualización sobre tecnología anticonceptiva] Family Health International, Chapel Hill, N.C.
- Foreit, J., et al. 1993. **Acceptability and cost-effectiveness of postpartum contraception in Lima, Peru**. [Aceptabilidad y costo-efectividad de la anticoncepción posparto en Lima, Perú] International Family Planning Perspectives, Vol. 19, No. 1 (March 1993).
- López-Canales, J. R., A. Cárcamo, J. Galindo, R. Vernon y C. Brambila. 1992, **Salud Reproductiva y Atención Prenatal**. Informe final. INOPAL II/ Population Council e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras, abril.
- Medina, R; R. Lundgren, e I. Mendoza. 1998. **Fortalecimiento del Programa de Planificación Familiar Posparto y Posaborto en el Hospital Escuela**. Informe Final. Secretaría de Salud e INOPAL III/ Population Council, Tegucigalpa, Honduras, agosto.
- Secretaría de Salud de Honduras, ASHONPLAFA, USAID/Honduras y Centers for Disease Control. 1997. Honduras. **Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996 (ENESF 96)**. Centers for Disease Control, Atlanta, noviembre.
- Secretaría de Salud de Honduras. 1997. **Investigación en Mortalidad Materna**. Tegucigalpa, Honduras.
- Secretaría de Salud de Honduras. 1999 a. **Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Mujer**. Secretaría de Salud, Honduras, septiembre.
- Secretaría de Salud de Honduras. 1999. **Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria**. Departamento de Planeación y Estadística. Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.
- Secretaría de Salud de Honduras. 2000. **Estadísticas de Servicio del Año 2000**. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.
- Shane, B. **“Family Planning: Saving Women’s and Children’s Lives”**; [Planificación familiar: salvar la vida de mujeres y niños] Third Edition. Washington, D.C., Population Reference Bureau, January 1997.

Antonieta Martin



¿Pueden las Auxiliares de Enfermería en áreas rurales de Honduras prestar servicios de inserción de DIU, DepoProvera y citología vaginal?

Resumen

Problema

En las áreas rurales de Honduras, el acceso a la esterilización femenina es muy limitado. Aunque el inyectable DepoProvera y el DIU son dos métodos anticonceptivos de duración prolongada que pueden ser empleados por mujeres que ya tienen los hijos que desean o que desean espaciar su próximo embarazo por varios años, estos rara vez se encuentran disponibles en los centros y puestos de salud que atienden a la población rural. Esto resulta también cierto para la citología vaginal, un servicio de salud reproductiva que ha comprobado repetidamente su costo-beneficio. Así pues, el problema que esta investigación buscó resolver fue cómo ampliar el acceso a métodos de duración prolongada y a servicios de citología vaginal en las áreas rurales.

¿Cómo solucionarlo?

Capacitando a las Auxiliares de Enfermería para insertar DIU, ofrecer pastillas, inyecciones y condones y tomar muestras de citología vaginal. Las auxiliares de los centros de salud rurales de la Secretaría de Salud de Honduras (SSH) son casi la única fuente de servicios de salud reproductiva en las comunidades que atienden.

Para probar esta solución, se capacitaron 183 auxiliares, 56 enfermeras y 24 médicos en consejería y metodología anticonceptiva, incluyendo la inserción supervisada de DIU. En las sesiones de práctica, los capacitadores certificaron si la proveedora de servicios podía insertar DIU cuando regresara a su Unidad Productora de Servicios (UPS). En total, 62% de las auxiliares, 89% de las enfermeras y 100% de los médicos fueron certificados para ofrecer estos servicios. La razón más frecuente para no certificar a un(a) proveedor(a) fue que no hubiera suficientes usuarias para realizar el número requerido de inserciones supervisadas en el centro de capacitación. Todos los participantes fueron autorizados a ofrecer los otros servicios (toma de citología, prescripción de pastillas, inyectables y condones) al regresar a su UPS.

Resultados

Las estadísticas de los servicios en el año 2000 mostraron que las auxiliares capacitadas y certificadas para insertar el DIU atendieron un promedio de 7.3 usuarias nuevas de planificación familiar (2.2 usuarias de píldora, 0.6 de DIU, 3.7 de inyectables y 0.8 de condones) y tomaron un promedio de 5.2 citologías al mes. El promedio mensual de atenciones otorgadas por las auxiliares de enfermería que trabajan en Centros de Salud Rurales (CESARES) fue menor que el las auxiliares que trabajan en Centros de Salud con Médicos y Odontólogos (CESAMOS), situados en poblaciones más grandes. En la Región 3, sin embargo, donde fue necesario hacer un análisis de datos por separado, las auxiliares de los CESARES insertaron un promedio de 1.3 DIU al mes y pusieron 9 inyecciones de DepoProvera.

Otros análisis mostraron que 47% de las auxiliares capacitadas y 64% de las que fueron certificadas, informaron haber insertado al menos un DIU después de la capacitación, en contraste con más del 80% de auxiliares que informaron al menos una usuaria nueva de píldora, inyectable o condón y con 84% que dijeron haber tomado al menos una muestra de citología vaginal. En los CESARES, la proporción de auxiliares capacitadas (43%) y certificadas (59%) que reportaron haber insertado al menos un DIU fue menor que en los CESAMOS (58 y 74%, respectivamente).

Recomendaciones

La estrategia se puede mejorar si se logra: 1) Incrementar la proporción de auxiliares capacitadas y certificadas, haciendo una selección más cuidadosa de las auxiliares y los lugares que sirven como centros de capacitación, tomando los que tienen mayor demanda de DIU para que la auxiliar tenga oportunidad de practicar y 2) Asegurar que las auxiliares certificadas realicen inserciones al regresar a sus UPS, apoyándolas en la promoción del servicio y dándoles seguridad mediante la supervisión en su propio centro de trabajo en sus primeras inserciones.

Además de recomendar que se amplíe la estrategia a otras regiones, se sugiere incorporar la capacitación en la prestación de estos servicios en la currícula de las escuelas de enfermería y su inclusión en las descripciones de los puestos de la SSH y ONG, así como en los requisitos para entrar en el servicio civil.

Los Centros de Salud Rurales y las Auxiliares de Enfermería



Antonieta Martín



Antonieta Martín



Antonieta Martín

La atención médica y paramédica del primer nivel de atención de la SSH está organizada territorialmente en 9 Regiones de Salud, que se subdividen en 40 Áreas, que a su vez se subdividen en Sectores (normalmente hay cuatro o cinco Sectores por cada Área). En cada área existe un Jefe de Área (un médico) y una Enfermera de Área, que supervisan los sectores y las UPS que hay en ellos (normalmente, entre cinco y diez centros de salud por sector). A su vez, cada sector cuenta con una Enfermera Supervisora de Sector, encargada de vigilar la prestación de servicios en los dos tipos de UPS del primer nivel de atención médica, que son los CESAMOS y los CESARES.

Los CESAMOS son UPS situadas en poblaciones mayores de 6,000 habitantes. Su personal mínimo consta de un médico, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, aunque la mayoría tiene más personal que el mínimo. En total, la SSH cuenta 241 CESAMOS en el país.

Los CESARES son los servicios de salud más accesibles para la mayoría de las mujeres que viven en el área rural. Aunque teóricamente los CESARES cubren poblaciones que oscilan entre 1,000 y 12,000 habitantes, la mayoría de los 867 CESARES con los que cuenta la SSH se localizan en comunidades con poblaciones entre 1,500 y 3,500 habitantes. Los CESARES son atendidos por auxiliares de enfermería, que estudian esta carrera técnica durante dos años, después de terminar la escuela secundaria. La mayor parte de las auxiliares de enfermería viven en el área donde trabajan y tienden a permanecer en el mismo CESAR durante periodos prolongados de tiempo. Los principales servicios que prestan las auxiliares incluyen vacunaciones, control de crecimiento y desarrollo, y prevención y tratamiento de enfermedades respiratorias y diarreicas. Como parte de su rutina, prescriben antibióticos para casos claramente descritos y refieren los casos complicados a los proveedores de salud equipados para manejar esos casos. En cuanto a salud reproductiva, atienden consultas de control prenatal y puerperal, y ocasionalmente atienden partos y proporcionan servicios de planificación familiar.

Una investigación anterior muestra la capacidad de las Auxiliares de Enfermería

Hasta 1997, las auxiliares de enfermería sólo estaban autorizadas a distribuir condones y pastillas anticonceptivas a usuarias subsecuentes de este método, pero no a usuarias nuevas de pastillas, quienes tenían que recibir el método de un médico o una enfermera profesional. A pesar de que la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos era más alta en el área rural que en el área urbana, en los CESARES no se insertaban DIU ni se aplicaban inyecciones de DepoProvera. Tampoco se tomaban muestras de citología vaginal. De esta manera, las mujeres del área rural enfrentaban serias dificultades para acceder a métodos anticonceptivos de larga duración y a métodos para prevenir el cáncer cervicouterino. En 1997 y 1998, la SSH, con apoyo del Proyecto INOPAL III del Population Council, evaluó si las auxiliares de enfermería podían insertar DIU y tomar muestras de citología vaginal con la calidad y la seguridad debida para las usuarias. En el experimento participaron 60 auxiliares de enfermería de 16 áreas de salud. Además, se capacitaron a 11 médicos y 23 enfermeras profesionales que trabajaban en los CESAMOs encargados de supervisar a los CESARES. Los resultados del proyecto mostraron que las auxiliares ofrecían servicios de calidad adecuada, en términos de la información ofrecida a la usuaria, acatamiento de las normas institucionales y seguimiento de los casos atendidos. También se observó que existía una gran demanda por estos servicios en las áreas rurales (Villanueva et al, 1998), por lo que la SSH modificó en 1999 las Normas de Atención Integral a la Mujer y autorizó expresamente que las auxiliares de enfermería insertaran DIU, aplicaran inyecciones de DepoProvera y tomaran citologías vaginales (SSH, 1998). Sin embargo, la SSH consideró apropiado llevar a cabo una prueba adicional para determinar si los resultados observados en este primer proyecto serían replicados en las condiciones normales del servicio, y si la productividad de las auxiliares capacitadas ameritaban extender a nivel nacional la estrategia.



Antonieta Martín

Objetivo de este proyecto

El objetivo de este proyecto fue evaluar una estrategia para incrementar el acceso de las mujeres que viven en áreas rurales de Honduras a dos métodos anticonceptivos de larga duración; DIU e inyectable DepoProvera, además la toma de muestras de citología vaginal.

Para lograr esta evaluación, se desarrolló un sistema para capacitar 220 auxiliares de enfermería, 44 médicos y 44 enfermeras profesionales de la Regiones Sanitarias 1, 2, 3, 5 y 6 en inserción de DIU, aplicación de inyecciones de DepoProvera y toma de citologías vaginales.

¿Cómo se evaluó la estrategia?

Para evaluar la efectividad, calidad y costo-efectividad de la estrategia se recopilaron los siguientes datos:

Competencia técnica adquirida por los proveedores.

Esta información se recabó mediante las *Hojas de certificación*, que son siete guías de observación que los capacitadores utilizan durante las prácticas supervisadas para evaluar la consejería a clientes y los procedimientos clínicos y técnicos seguidos al otorgar el servicio (incluyendo la inserción y retiro del DIU y la toma de citología vaginal). Estas observaciones sirven para certificar o no al proveedor de servicios.

Número mensual de servicios entregados. Estos datos se recaban en el formato de Producción Mensual de Métodos de Planificación Familiar y Citología, utilizado por los proveedores de servicios para registrar el número de consultas de usuarias nuevas y subsiguientes de los diferentes métodos de planificación familiar (pastillas, condones, DIU e inyectables) y de citologías vaginales.

Selección y supervisión de proveedores

Los criterios de selección de los participantes fueron los siguientes:

- a) trabajar en un CESAR o CESAMO con una población de más de 3,000 habitantes;
- b) tener contrato permanente de la SSH;
- c) tener una actitud positiva hacia la planificación familiar; y
- d) vivir en la comunidad donde trabajaban.

Para facilitar la organización y supervisión, se seleccionó un máximo de siete auxiliares por sector y se capacitó a los médicos y enfermeras de los CESAMOS encargados de supervisar a las auxiliares de los sectores seleccionados. Aunque se planeó que la supervisión sería mensual, en la práctica esta supervisión se hizo con una frecuencia menor.

Capacitación de capacitadores

La primera etapa consistió en identificar y habilitar a los capacitadores. Se seleccionaron UPS con suficiente demanda de DIU para poder capacitar a otros en un período razonablemente corto. Otros requisitos contemplados para fungir como centro de capacitación fueron que los médicos y enfermeras seleccionados como capacitadores tuvieran una actitud positiva hacia la planificación familiar, que estuvieran dispuestos a capacitar personal y, sobre todo, tener la aprobación de los directores de los centros donde trabajan para poder dedicarse a esta actividad.

Los capacitadores asistieron a talleres teórico-prácticos de cinco días donde se revisaron contenidos sobre metodología anticonceptiva, las Normas de Atención Integral a la Mujer, el uso de las guías de evaluación para certificar a los proveedores capacitados y el llenado de los instrumentos de recolección de datos que tendrían que usar ellos y sus alumnos cuando el proyecto estuviera en marcha.

En promedio, cada capacitador entrenó a uno o dos proveedores por UPS. El costo por persona capacitada fue de US \$ 142. Este costo incluye los gastos de transportación, alojamiento, viáticos y materiales. En total se formaron 30 capacitadores, de los cuales seis eran médicos y 24 eran enfermeras profesionales.

Capacitación y certificación de prestadores de servicios

La capacitación de los prestadores de servicio, comprendió la asistencia a un taller de consejería en planificación familiar y la capacitación en metodología anticonceptiva.

El objetivo de los *talleres de consejería en planificación familiar*, fue fortalecer el desarrollo de habilidades y destrezas para la orientación y consejería; por tanto, mejorar las posibilidades de que los clientes de estas proveedoras, puedan elegir de manera libre e informada un método anticonceptivo y posteriormente, utilizarlo de manera correcta durante el tiempo en el cual quieran evitar un embarazo.

En total se realizaron ocho talleres, cada uno con una asistencia de 25 a 30 participantes y una duración de cinco días hábiles. Para impartirlos se utilizaron las instalaciones de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA). Se utilizaron diversas técnicas participativas, tales como socio-dramas, juego de roles y dinámicas grupales, también hubo lecturas dirigidas y se dio a los participantes material de apoyo y un diploma de participación.

Los temas del taller fueron: sexualidad, salud reproductiva, calidad de la atención, actualización en metodología anticonceptiva, principios de la orientación en consejería, cualidades y características del orientador, comunicación verbal y no verbal, técnicas esenciales de la orientación y sentimientos del orientador consejero. Durante el taller, se llevan a cabo sesiones de práctica de las técnicas de orientación y consejería estudiadas.

Se aplicaron pruebas de conocimientos en: técnicas para una sesión de orientación, habilidades de comunicación y efectividad de los diferentes métodos de planificación familiar, al inicio y final de cada taller.

Entre las calificaciones del cuestionario previo a la capacitación comparadas con la aplicación posterior, las auxiliares aumentaron 30 puntos en su conocimiento, las enfermeras 23 y los médicos 24 (Cuadro 1).

Cuadro 1

Calificaciones promedio obtenidas antes y después de la capacitación
(calificaciones redondeadas al entero más próximo)

Tipo de capacitación	Pre capacitación			Post capacitación			Incremento		
	Méd	Enf	Aux	Méd	Enf	Aux	Méd	Enf	Aux
Consejería	65	64	51	89	87	81	24	23	30
Metodología anticonceptiva	82	82	67	97	96	88	15	14	21

Para certificar a los estudiantes como agentes autorizados para realizar las inserciones de DIU y la toma de citología se verificó que siguieran los procedimientos establecidos en las siete guías de observación que utilizó el maestro. Cabe subrayar que no se estableció un número mínimo de procedimientos a ser realizados por el alumno como requerimiento de la certificación, sino que ésta dependió únicamente de la observación que hizo el capacitador del manejo correcto de la técnica por parte del alumno. La observación con guías fue hecha después de que el capacitado ya había hecho algunas prácticas supervisadas, pero no evaluadas con las guías, y cuando el alumno ya se sentía confiado en obtener la certificación.

El análisis de las primeras guías de observación llenadas por los capacitadores para cada alumno mostraron que entre los requisitos poco aplicados por los alumnos (y que, por tanto, es importante subrayar en las capacitaciones) se encuentran los siguientes: en el caso de las consultas de planificación familiar, se enfatiza poco la doble protección del condón (prevención de embarazos y prevención de ITS/VIH); a las usuarias de DepoProvera, se da poca información

sobre efectos secundarios, lo que influye en la continuidad en el uso del método; en el caso de usuarias de DIU, la ausencia de exámenes pélvicos apropiados y de verificación de contraindicaciones importantes. La falta del examen pélvico también es notable en el caso de los estudios citológicos.

Resultados de la capacitación

El Cuadro 2 permite estimar que de las 183 auxiliares de enfermería que asistieron a la capacitación, sólo el 62% fue certificada para insertar DIU, comparado con el 89% de las enfermeras y el 100% de los médicos. Al separar las auxiliares según el tipo de unidad en el que trabajan, se observa que fueron certificadas 59% de las auxiliares que trabajan en CESARES y 70% de las que trabajan en CESAMOS. Resaltan algunas diferencias en el porcentaje de agentes certificados en cada región, especialmente en el caso de las auxiliares en las regiones 2 (donde se certificaron muy pocas auxiliares) y 3 (donde se certificaron casi todas). En el caso de la Región 2, el problema fue que la capacitación se realizó sin contar con la cantidad adecuada de usuarias

Cuadro 2

Número de personas capacitadas y certificadas en inserción de DIU,
por región de salud y tipo de prestador de servicios

Región	Capacitadas				Certificadas				% Certificadas			
	AR ¹	AU ²	ENF	MED	AR ¹	AU ²	ENF	MED	AR ¹	AU ²	ENF	MED
Metro	0	0	8	6	0	0	6	6	-	-	75	100
1	13	8	3	7	8	5	3	7	61	62	100	100
2	34	2	13	0	15	0	9	0	44	0	69	-
3	21	18	15	3	21	15	15	3	100	83	100	100
5	18	5	8	4	10	3	8	4	56	60	100	100
6	40	24	9	4	20	17	9	4	50	71	100	100
Total	126	57	56	24	74	40	50	24	59	70	89	100

¹Auxiliares de enfermería en CESARES.

²Auxiliares de enfermería en CESAMOS.



Grado en el que los prestadores de servicios informaron de sus actividades

El cuadro 3 muestra que (sin contar a la Región 3) 127 prestadores de servicios, enviaron informes de actividades de cuando menos un mes y que el total de meses informados fue de 1,122; es decir, un promedio de casi nueve meses de informes mensuales por cada prestador de servicios que informó. Todos los informes correspondieron al año 2000. Del total de agentes que informaron, 88 eran auxiliares de enfermería que trabajaban en CESARES, 33 auxiliares que trabajaban en CESAMOS, 3 médicos y 3 enfermeras. Llama la atención que del número de agentes capacitados, cerca del 66% de las auxiliares informaron cuando menos un mes de actividades, en contraste con sólo 5% de las enfermeras y 12% de los médicos, por lo que prácticamente las estadísticas presentadas se refieren a las auxiliares. El informe fue similar entre las diferentes regiones que participaron en el proyecto.

En el Cuadro 3 puede observarse que la información proporcionada por la Región Metropolitana y la Región 3 discrepa de la del resto de las regiones. Esto se debe a que la Región Metropolitana aceptó participar en las capacitaciones, siempre y cuando no tuvieran que recolectar o brindar ningún tipo de información. Asimismo, la Región 3 solicitó sólo reportar las estadísticas de servicios incluidos en los informes mensuales del sistema de información de la SSH. Por esa razón, en el caso de la Región 3 sólo se tienen las estadísticas del servicio

para llevar a cabo las capacitaciones. Ante esta situación, las capacitadoras buscaron habilitar a las auxiliares en sus mismos CESARES, sin lograrse solucionar el problema. En cambio, el éxito observado en la Región 3, tiene relación con dos factores: una mayor participación de los niveles regionales y de área en las actividades de organización, coordinación y seguimiento del proceso; así como, el apoyo brindado en estas labores por el asesor permanente que la USAID contrató para esta región, apoyo que no existió en las otras áreas.

A los trabajadores de la salud que fueron certificados en inserción de DIU, se les entregó un diploma de certificación y un equipo de inserción de DIU, para que al regresar a su centro de trabajo realizaran los procedimientos aprendidos. Todos las personas que recibieron la capacitación, quedaron habilitadas para entregar los demás métodos anticonceptivos y tomar muestras de citología vaginal.

El proceso de capacitación tuvo un costo de 2,748 lempiras (aproximadamente US \$183) por persona capacitada.

Cuadro 3

Proveedores que Informaron y meses informados

Región	Proveedores que informaron					Meses-proveedor informados				
	AR	AU	ENF	MED	TOT	AR	AU	ENF	MED	TOT
Metro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	12	8	1	0	21	127	85	10	0	222
2	32	2	1	0	35	235	14	5	0	254
3	21	19 (UPS)			-	208	172 (meses UPS)			380
5	16	5	1	3	25	160	41	12	34	247
6	28	18	0	0	46	260	139	0	0	399
Total¹	109				990					
Total²	88	33	3	3	127	782	279	27	34	1122

¹ Includa la Región 3 en el Caso de Auxiliares de CESARES;

² Sin incluir las Auxiliares de CESARES de la Región 3.

según tipo de unidad (CESAMO o CESAR) y no por tipo de proveedor de servicio. Dada esta circunstancia, en el caso de los CESARES, los cuales cuentan con un sólo agente de servicio, podemos asegurar que los servicios informados fueron brindados por la auxiliar de salud capacitada en el proyecto, pero en el caso de los CESAMOS, donde existen varios agentes de servicio, no es posible hacer esto. Por esta razón, en los análisis que se presentan a continuación, está separada la Región 3 de las demás regiones.

Servicios entregados

El Cuadro 4 muestra que en los meses que informaron sus actividades (sin contar la Región 3), el personal capacitado por el proyecto atendió a 2,585 usuarias nuevas de pastillas, 586 de DIU, 4,038 de inyectables y 901 de condones. Además, se tomaron 6,005 muestras para citología vaginal. Por el mayor número, las auxiliares de enfermería son, en casi todos los casos, las principales proveedoras de servicios.

A estos resultados cabe agregar los servicios entregados en las UPS de la Región 3 que participaron en el proyecto, incluyendo 14,603 ciclos distribuidos, 1,565 DIU insertados, 6,245 inyecciones aplicadas y 183,746 condones distribuidos. De estos totales, las auxiliares de salud capacitadas en el proyecto y que trabajan en CESARES distribuyeron 5,435 ciclos de pastillas, insertaron 279 DIU, aplicaron 1,924 inyecciones y distribuyeron 42,897 condones.

Promedios mensuales de servicios

Para poder comparar el desempeño de los diferentes proveedores en la entrega de servicios y para poder generalizar los resultados a los agentes sobre los cuales no tenemos información, el Cuadro 5 muestra el promedio mensual de atenciones brindadas por las auxiliares de enfermería capacitadas en el proyecto (sin contar la Región 3) y además, compara los resultados obtenidos por las auxiliares que trabajan en CESARES y CESAMOS. Durante el año 2000, las auxiliares de enfermería capacitadas y certificadas en inserción de DIU atendieron un promedio mensual de 7.3 usuarias nuevas de planificación familiar (2.2 de pastillas, 0.6 de DIU, 3.7 de inyectables y 0.8 de condones) y tomaron un promedio mensual de 5.2 citologías vaginales. Si tomamos como denominador el número de auxiliares capacitadas (y no el de las certificadas), los promedios del total de usuarias nuevas mensuales y de inserciones de DIU disminuyen en 0.2 usuarias, es decir, a 7.0 y 0.4, respectivamente. El Cuadro 5 muestra que, en promedio, las auxiliares que trabajan en CESARES proporcionaron menos inserciones de DIU e inyecciones de DepoProvera y tomaron menos muestras para estudios de citología, que las auxiliares que trabajan en los CESAMOS. Los resultados de pruebas *t* mostraron que todas estas diferencias eran estadísticamente significativas, excepto en el caso de consultas de control de usuarias de inyectables.

Cuadro 4

Servicios entregados en el año 2000

Tipo de Servicio	Total de Servicios Entregados en el 2000*			ENF	MED	TOTAL
	CESAR	AUXILIARES CESAMO	TOTAL			
Oral nueva	1908	399	2307	7	271	2585
Oral control	2418	431	2849	14	249	3112
DIU nueva	268	147	415	84	87	586
DIU control	449	347	796	65	139	1000
Inyectable nueva	2878	953	3831	86	121	4038
Inyectable control	2554	739	3293	58	200	3551
Condón nueva	714	119	833	4	64	901
Condón control	425	68	493	0	42	535
Citología	3692	1765	5457	405	143	6005

* Excluye Región 3

Tabla 5

Promedio de atenciones ¹

Tipo de Atención	Promedio mensual de atenciones			Auxiliares que han realizado cuando menos una atención por tipo de UPS			Proporción de auxiliares informando que han realizado cuando menos una atención		
	TIPO DE UPS			TIPO DE UPS			TIPO DE UPS		
	CSR	CSMO	TOT	CSR	CSMO	TOT	CSR	CSMO	TOT
Oral nueva	2.33	1.75	2.20*	83	29	112	94.3	87.9	92.6
Oral control	2.95	1.89	2.72*	75	28	103	85.2	84.8	85.1
DIU nueva ²	0.32	0.64	0.39*	38	19	57	43.2	57.6	47.1
DIU control ²	0.54	1.52	0.76*	35	24	59	39.8	72.7	48.8
DIU nueva ³	0.50	0.95	0.61*	27	17	44	58.7	73.9	63.8
DIU control ³	0.78	1.67	1.01*	23	17	40	50.0	73.9	58.0
Inyectable nueva	3.51	4.19	3.66*	85	33	118	96.6	100.0	97.5
Inyectable control	3.12	3.25	3.15	73	27	100	83.0	81.8	82.6
Condón nueva	0.87	0.52	0.79*	78	26	104	88.6	78.8	86.0
Condón control	0.52	0.3	0.47*	56	16	72	63.6	48.5	59.5
Citología	4.51	7.77	5.22*	73	29	102	83.0	87.9	84.3

¹ Excluye personal de la región 3.

² Auxiliares capacitadas.

³ Auxiliares certificadas

* p< .05, prueba t.

Si extrapolamos estos resultados a un escenario donde se capacitaran las auxiliares de enfermería de los 867 CESARES del país, podríamos esperar un total de 3,300 nuevas usuarias de DIU y 36,500 nuevas usuarias de inyectables, además de que también deberíamos considerar que el aumento de usuarias en los CESAMOS, se debe al mejoramiento en el acceso permanente a los métodos, al existir un mayor número de agentes capacitados.

Por otra parte, el Cuadro 5 responde a una pregunta clave sobre la efectividad y el funcionamiento de la estrategia de capacitación de auxiliares para la prestación de servicios de DIU, inyectables y citologías, que es: ¿Cuál es el porcentaje de auxiliares capacitadas y certificadas que después de la capacitación, informan haber puesto en práctica sus nuevas habilidades?

Como puede verse, sólo 47% de las auxiliares *capacitadas* y 64% de las auxiliares *certificadas* informaron haber insertado un DIU después de la capacitación. Sólo 43% de las auxiliares capacitadas y 58% de las auxiliares certificadas que trabajan en CESARES, reportaron haber realizado una inserción de DIU después de la capacitación, promedios substancialmente menores que los informados por las

auxiliares que trabajan en CESAMOS (58% de las capacitadas y 74% de las certificadas). Así pues, es de primordial importancia buscar mecanismos que aseguren que las auxiliares capacitadas, en especial aquellas de los CESARES, apliquen sus habilidades al regresar a su UPS. En lo que respecta a otros servicios, más del 80% de las auxiliares informaron haber atendido usuarias nuevas de otros métodos de planificación familiar y haber tomado muestras de citología.

A estos resultados se podrían agregar los de la Región 3. Dividiendo los métodos distribuidos entre el número de auxiliares de CESARES que reportaron información, encontramos un promedio mensual de 1.34 DIU colocados por auxiliar que trabaja en un CESAR, 9.25 inyecciones aplicadas, 26.1 pastillas distribuidas y 206 condones distribuidos al mes. Para los CESAMOS, los promedios mensuales por unidad fueron 24.12 ciclos de pastillas distribuidos, 3.38 DIU insertados, 11.37 inyecciones de DepoProvera aplicadas de y 370.6 condones distribuidos. Por lo menos en el caso de las auxiliares de CESARES, estos rendimientos parecen ser superiores a los observados en las otras regiones.

Como puede verse en el Cuadro 3, únicamente tres médicos y tres enfermeras entregaron informes de actividades. A pesar de que el alto grado de auto-selección de esta muestra, hace muy poco confiables los datos, hicimos el mismo análisis de productividad con fines ilustrativos. Los datos muestran que los tres médicos atendieron un promedio mensual de 15.7 usuarias nuevas de planificación familiar (7.9 de orales, 2.5 de DIU, 3.5 de inyectables y 1.8 de condón), 18.4 consultas de control de los diferentes métodos de planificación familiar y 4.2 tomas mensuales de citología. Los promedios mensuales reportados por las tres enfermeras fueron de 8.7 usuarias nuevas de planificación familiar (0.3 de pastillas, 3.8 de DIU, 3.9 de inyectable y 0.1 de condón), 6.2 consultas de control de planificación familiar y 18.4 tomas mensuales de citología. Todos los médicos y enfermeras que informaron actividades habían insertado DIU y aplicado inyecciones. Sólo un médico y una enfermera no reportaron haber tomado muestras para estudios de citología vaginal.

Difusión y utilización de los resultados

Los avances de este proyecto se compartieron en reuniones periódicas con los equipos técnicos de las regiones de salud 1, 2, 3, 5 y 6, y los equipos de sus áreas y sectores, con el Departamento de Salud Materno Infantil de la Secretaría de Salud, y con el equipo de salud de USAID. También se han presentado los resultados a los equipos de Save the Children y de PRODIM (que participó en este proyecto en la Región 2 capacitando con sus propios recursos al personal de la Secretaría de Salud), y con la Escuela Formadora de Auxiliares de Enfermería de Tegucigalpa.

Con los resultados de este proyecto, USAID otorgó financiamiento adicional a EngenderHealth para que continuara con la capacitación a todas las auxiliares de enfermería de las regiones 2 y 5 que cumplan con los requisitos de selección y que no hayan sido capacitadas todavía.

Conclusiones y recomendaciones

El propósito de este proyecto fue evaluar la efectividad y eficiencia de la estrategia de capacitación a auxiliares de enfermería en inserción de DIU, aplicación del inyectable DepoProvera y toma de muestras para citologías.

La aplicación de inyectables y la toma de citologías por auxiliares de enfermería mostraron ser estrategias plenamente aceptables tanto en el contexto de los CESARES como de los CESAMOS. Más del 80% de las auxiliares que fueron capacitadas reportaron haber entregado estos servicios al regresar a su UPS y los promedios de atención fueron bastante altos, de más de seis inyecciones mensuales y más de cinco citologías por mes. Aun las auxiliares de los CESARES alcanzaron promedios mensuales de más de seis inyecciones (3.5 a usuarias nuevas) y más de cuatro citologías, logros importantes considerando el tipo de poblaciones que atienden.

El caso de la capacitación en inserción del DIU requiere más discusión. En este proyecto se observó que menos de la mitad de las auxiliares capacitadas reportaron haber hecho inserciones en sus unidades y que el promedio de inserciones mensuales era sólo 0.4 %. Aunque estos resultados parezcan ser bastante bajos, si se considera que el DIU es un método que tiene una tasa de continuidad muy elevada y que una inserción prácticamente puede sustituir una esterilización, entonces los resultados son muy aceptables, tanto en términos de efectividad como de costo-efectividad. Simplemente atendiendo a las tablas de conversión de APP, nos damos cuenta que el promedio alcanzado de DIU es similar a la aplicación de cuatro inyectables. Extrapolando los resultados al total de CESARES, el número de DIU aplicados en áreas rurales sería superior a 4,000 por año. Estos resultados no parecen exagerados si observamos que en los CESARES de la Región 3, las auxiliares alcanzaron un promedio 3 veces superior al del resto de las participantes en el estudio.

Los datos parecen indicar que la estrategia puede mejorarse sustancialmente mediante dos tipos de acciones: 1) aumentar el porcentaje de auxiliares certificadas para insertar DIU al final de su capacitación. Esto puede lograrse tanto seleccionando de manera más cuidadosa a las auxiliares que participan en la capacitación (evaluando su actitud positiva para realizar la actividad y un mínimo de

habilidades que le permitirían aplicar el procedimiento), como asegurándose que la capacitación se realice en lugares con el suficiente volumen de colocaciones de dispositivos, que garanticen que la auxiliar podrá realizar suficientes inserciones de práctica para alcanzar la certificación; y 2) aumentar el porcentaje de auxiliares certificadas que llevan a cabo inserciones una vez que regresen a sus CESAMOS y, especialmente, sus CESARES. Quizás esto puede lograrse exigiendo que las auxiliares identifiquen a un mínimo de mujeres en sus comunidades que deseen un DIU y realizar las primeras inserciones en su comunidad bajo la supervisión de la enfermera de área o de sector. Sería también importante, que se hicieran visitas de supervisión más frecuentes y que durante ellas se realizaran actividades de promoción de estos servicios o se verificara que la auxiliar haya hecho esta promoción en las semanas anteriores a la visita. Es conveniente pensar en mecanismos de promoción sencillos y de bajo costo para complementar la acción de las visitas domiciliarias y charlas en la comunidad de las auxiliares y los promotores, tales como el uso de folletos y volantes.

Finalmente, recomendamos que se agregue a la curricula de las escuelas que forman auxiliares de enfermería, los contenidos y prácticas de la planificación familiar y la prevención del cáncer cérvico-uterino, para que las auxiliares puedan prestar estos servicios en cuanto inicien su vida profesional. Asimismo, recomendamos que estos conocimientos y habilidades se establezcan como requisitos en las descripciones del puesto y que se incluyan contenidos apropiados para medir estos conocimientos en los exámenes de admisión al servicio civil.

Este texto fue elaborado con base en el informe final del proyecto "Expansión del rol de las enfermeras auxiliares en la entrega de servicios de salud reproductiva en Honduras", elaborado por Yanira Villanueva, Irma Mendoza, Claudia Aguilar, Suyapa María Rodríguez y Ricardo Vernon, Junio 2001. El estudio fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación número HRN-A-00-98-00012-00, subproyecto número 5801 13008 424. Las opiniones expresadas en el documento son las de los autores y no necesariamente reflejan las de USAID.

REFERENCIAS

- 1 Secretaría de Salud de Honduras, 1999. **Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer**. SSH, Tegucigalpa, Honduras, septiembre 1999.
- 2 Villanueva, Yanira; L. Hernández, I. Mendoza y R. Lundgren. **Expansión del rol de las auxiliares de enfermería en el ofrecimiento de servicios de planificación familiar y en la toma de Citologías Vaginales**. INOPAL III Informe Final. Tegucigalpa, Honduras, Population Council. 1998

¿En qué grado se pierden oportunidades para dar servicios de planificación familiar en los centros de salud de Honduras?

Resumen

Problema

Muchos programas llevan a cabo actividades extramuros de promoción para captar nuevas usuarias de salud reproductiva. Estas actividades de promoción suelen ser costosas en términos de recursos humanos y financieros. Al mismo tiempo, es frecuente observar mujeres que acuden a un centro de salud a recibir un servicio determinado y que salen de la unidad médica sin haber satisfecho otras necesidades latentes que no expresaron durante su visita. El propósito de este estudio exploratorio fue estimar el grado en el que las mujeres que acuden a centros y puestos de salud cercanos a Tegucigalpa salen de la unidad médica sin haber recibido un servicio de planificación familiar que desean, es decir, el grado en el que se pierden oportunidades para prestar servicios de planificación familiar. Esta estimación permitiría calcular el impacto sobre la cobertura de servicios si se adoptara una estrategia de revisión sistemática de necesidades entre las mujeres que acuden a los centros de salud.

¿Cómo identificarlo?

Se entrevistaron 249 mujeres en edad reproductiva, casadas o unidas, que habían acudido a algún servicio en uno de los 20 centros de salud incluidos en la muestra. La selección se hizo con base en dos criterios: 1) que fueran accesibles por caminos pavimentados y 2) que estuvieran a menos de dos horas de Tegucigalpa. Todos los centros de salud están localizados en las Regiones 1 o 2, de los cuales dos eran CESARES y ocho eran CESAMOS. Dado el grado de urbanización de los centros incluidos en la muestra, los resultados de esta encuesta otorgan estimaciones conservadoras del grado en que se pierden oportunidades para prestar servicios de planificación familiar.

Resultados

Del total de 249 mujeres entrevistadas, 61 estaban embarazadas y 188 no. Entre las no embarazadas, 20% no querían más hijos en el futuro o en los próximos dos años, no usaban métodos de planificación familiar y querían usar uno. Si agregamos que el método estuviera disponible en el centro de salud, la proporción de oportunidades perdidas para prestar servicios de planificación familiar, decrece a 14.3% de todas las mujeres no embarazadas. Sesenta y cuatro por ciento de las mujeres no embarazadas estaban usando un método. De estas 120 mujeres, 8.5% no estaban satisfechas con el método que estaban usando y querían usar otro, y 6.4% querían usar un método que estaba disponible en el centro de salud que estaban visitando. Así pues, se estima que en los centros de salud se pierde la oportunidad de prestar un servicio de planificación familiar necesitado y deseado, a cerca del 20% de las mujeres que acuden a ellos.

En el caso de mujeres embarazadas, 50 por ciento no deseaba tener más hijos en el futuro o en los dos años siguientes, quería usar un método después del parto y no se le dio información sobre métodos de planificación familiar que podría usar en el futuro para tomar la decisión sobre el espaciamiento del nuevo embarazo durante su visita al centro de salud.

Del total de mujeres entrevistadas, 14 por ciento no sabía que había servicios de planificación familiar en el centro de salud que habían visitado, 13 por ciento no recibieron ninguna información y 10 por ciento no sabían que los servicios que les hubiera gustado recibir estaban disponibles en el centro de salud.

Recomendaciones

Debe informarse a las usuarias de los centros y puestos de salud sobre los servicios existentes en éstos. También deben revisarse sistemáticamente las necesidades de salud reproductiva que tienen las mujeres que los visitan y entregarles los servicios que requieran durante su visita. De esta manera podría incrementarse substancialmente la cobertura de servicios.



Planteamiento del problema de investigación

Muchos programas llevan a cabo actividades extramuros de promoción para captar nuevas usuarias de salud reproductiva. Estas actividades de promoción suelen ser costosas en términos de recursos humanos y financieros. Al mismo tiempo, es frecuente observar mujeres que acuden a un centro de salud a recibir un servicio determinado para ellas mismas o para sus hijos y que salen de la unidad médica sin haber satisfecho otras necesidades latentes que no expresaron durante su visita.

El propósito de este estudio exploratorio fue estimar el grado en el que las mujeres que acuden a centros y puestos de salud cercanos a Tegucigalpa salen de la unidad médica sin haber recibido un servicio de planificación familiar que desean, es decir, el grado en el que se pierden oportunidades para prestar servicios de planificación familiar en los centros y puestos de salud. Esta estimación permitiría calcular el impacto sobre la cobertura de servicios si se adoptara una estrategia de revisión sistemática de necesidades entre las mujeres que acuden a los centros de salud. El estudio también permitiría desarrollar la estrategia de oferta sistemática de servicios y los mecanismos para evaluar su impacto.

Participantes en el estudio

Para explorar el grado en que se pierden oportunidades para prestar servicios de planificación familiar en las UPS de la SSH, se entrevistó a mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y los 49 años de edad) que salían de una de las 10 UPS de las regiones sanitarias 1 y 2. Estas 10 UPS fueron seleccionadas a partir de dos criterios: 1) que tuvieran acceso por carretera pavimentada y 2) que estuvieran a menos de dos horas de Tegucigalpa. Así pues, la muestra utilizada es una muestra no representativa de los centros y puestos de salud hondureños. Sin embargo, dado que las UPS incluidas en el estudio están situadas en áreas más urbanas cuyas mujeres tienen una prevalencia de uso de anticonceptivos mayor a la observada en el resto del país, podemos asumir que los resultados obtenidos son subestimaciones de la realidad hondureña.

De las 10 UPS incluidas en la muestra, dos eran CESARES y ocho CESAMOS. Cinco CESAMOS pertenecían a la Región 1 de la SSH (los de Comayagua, Villa de San Antonio, Jesús de Otoro, Siguatepeque y La Esperanza) y tres a la Región 2 (los de Morocelí, Ojo de Agua, Yuscarán). De cada región se incluyó un CESAR (El Zamorano y Las Flores). Del total de entrevistas, 227 fueron hechas a mujeres que habían acudido a un CESAMO y 22 a mujeres que habían visitado un CESAR.

Todas las mujeres entrevistadas eran de edad reproductiva y activas sexualmente. Se entrevistaron a todas las mujeres independientemente del motivo de la visita al centro de salud o del motivo de su consulta. Los entrevistadores permanecieron dos días en cada centro de salud seleccionado y entrevistaron a todas las mujeres con estas características, después de haber resuelto el problema que las había llevado a la UPS.

El cuestionario utilizado para hacer las entrevistas se anexa al final del documento. El cuestionario consta con secciones que estudian las características, sociodemográficas de la entrevistada, las características del embarazo actual, el uso actual de métodos anticonceptivos y las características de la atención proporcionada durante su visita al centro de salud.

Características de la población estudiada

El siguiente cuadro muestra las principales características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Alrededor del 50% de las mujeres acudieron a la clínica por una enfermedad de su hijo y el resto acude por una enfermedad propia (17%), por control prenatal (21%) o por otros servicios (15%). Debido a que se buscó acudir a centros de salud con acceso fácil, sólo el 35% de las mujeres dijeron haber demorado más de una hora para llegar desde sus casas hasta el centro de salud. Las mujeres tenían un promedio de tres hijos vivos. Más del 60% tenían un hijo menor de tres años.

Ideales reproductivos y deseos de anticoncepción entre las mujeres embarazadas

De las 249 mujeres entrevistadas, 61 (24%) estaban embarazadas. Como puede verse en el Cuadro 1, excepto por el motivo de consulta, que en el 85% de los casos fue el control prenatal, las características sociodemográficas de las mujeres fueron similares a las de las mujeres no embarazadas.

Sólo el 26% de las mujeres embarazadas entrevistadas estaban buscando el embarazo cuando éste ocurrió. A 41% de ellas, les dio gusto saber del embarazo, una proporción igual dijo que hubiera preferido esperar más tiempo antes de embarazarse y 16% dijo que ya no quería más embarazos cuando ocurrió su embarazo actual. Casi 15% dijo estar usando un método cuando ocurrió el embarazo.

Cuadro 1

Características de las mujeres						
Características	Embarazadas		No embarazadas		Total	
		(%)		(%)		(%)
Edad						
Menos de 19 años	18	29.5	30	16.0	48	19.3
20-35 años	34	55.7	125	66.5	159	63.9
Más de 35 años	9	14.8	33	17.6	42	16.9
Estado civil						
Casada/ unión libre	54	88.5	169	89.9	223	89.6
Otros	7	11.5	19	10.1	26	10.4
Razón o motivo de la visita al centro						
Control prenatal	52	85.2	0	0	52	20.9
Por morbilidad de la madre	1	1.6	42	22.3	43	17.3
Por morbilidad del hijo	6	9.8	110	58.5	116	46.6
Otro	2	3.3	36	19.1	38	15.3
Número de embarazos						
0-1	13	21.3	43	22.9	56	22.5
de 2-3	22	36.1	69	36.7	91	36.6
4 y más	26	42.6	76	40.4	102	40.9
Edad del último hijo						
Menos de 2 años	32	52.5	118	62.8	150	60.2
Dos años o más	19	31.1	68	36.1	87	32.8
No ha tenido parto	10	16.4	2	1.1	12	7.0
Total de entrevistadas	61	100.0	188	100.0	249	100.0

Casi 70% de las mujeres embarazadas dijo que no quería tener más hijos después del que estaba esperando y 85% pensaba usar un método después del parto, el cual pensaba obtener en un 70% en el centro de salud o en el hospital de la SSH. Los métodos anticonceptivos más deseados fueron los inyectables (29%), la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV, 29%) y los anticonceptivos orales (19%).

Ideales reproductivos y uso de anticoncepción entre las mujeres no embarazadas

El 46% de las 188 mujeres no embarazadas deseaba tener más hijos en el futuro, y sólo 7% deseaba un embarazo en el transcurso de los próximos dos años. El 64% estaba usando un método de planificación familiar en el momento de la encuesta.

El 37% de las mujeres que usaba métodos anticonceptivos temporales dijo que le gustaría usar otro método, y el motivo de no haberlo hecho, fue porque no se lo habían ofrecido en su visita al centro de salud.

Del 37% de mujeres no embarazadas que no estaban usando un método anticonceptivo, 54% dijo que le gustaría usar alguno.

Interacción con los servicios de salud

El Cuadro 2 muestra el grado en que las UPS que atendieron a las 222 mujeres no esterilizadas, exploraron sus necesidades insatisfechas en planificación familiar. Como puede verse, 16% de las usuarias de los centros de salud no sabían que ahí se ofrecían métodos anticonceptivos. A 78% no se le habló de métodos de planificación familiar, aunque a dos terceras partes de las mujeres les hubiera gustado recibir información sobre éstos. Solamente una tercera parte de las mujeres había solicitado alguna vez un método en el centro de salud donde fueron entrevistadas, y a 20% de éstas no les dieron el método que solicitaron. Los métodos solicitados y no entregados con mayor frecuencia fueron el DIU y la AQV.

Cuadro 2

Interacción con los servicios de salud		
	N	Porcentaje (%)
¿Sabía que en este centro se ofrece PF?		
Si	185	83.7
No	36	16.3
¿Le han platicado hoy acerca de PF?		
Si	48	21.7
No	173	78.3
¿Le hubiera gustado que le hablaran de PF?		
Si	151	68.9
No	21	9.4
¿Alguna vez ha solicitado un método de PF en este centro?		
Si	70	32.0
¿Se lo dieron?		
Si	56	26.6
No	11	5.4
No	149	68.0
Usuaris potenciales	222	100.0

Grado en que se pierden oportunidades para prestar servicios de planificación familiar

En este estudio se definió como “oportunidad perdida”, cuando una usuaria que visita un centro de salud sale de éste, sin haber recibido información y servicios de planificación familiar que desea y necesita, aunque haya acudido al centro de salud por otro servicio. Si los servidores revisaran sistemáticamente estas necesidades, no se desaprovecharían las oportunidades de brindar los servicios y las coberturas podrían aumentar sustancialmente, sin incurrir en grandes costos o esfuerzos.

El Cuadro 3 presenta un resumen de las diferentes oportunidades perdidas con diferentes tipos de usuarias.

El primer grupo de análisis son las 188 mujeres casadas o unidas, en edad fértil y que no están embarazadas, a quienes se usa como denominador.

Nuestra primera medida de oportunidades perdidas entre estas mujeres es el total de 31% que no quiere tener más hijos o no lo quiere tener en los próximos dos años y que no usa un método de planificación familiar.



La segunda medida de oportunidad perdida agrega como condición a las anteriores que la mujer quiera usar un método. En este caso, el porcentaje de oportunidades perdidas disminuye a casi el 20%.

Finalmente, si añadimos la condición de que estas mujeres quieran usar un método disponible en el centro de salud, el porcentaje de oportunidades perdidas disminuye a 14% del total de las mujeres no embarazadas. Aproximadamente la mitad de las oportunidades se pierden con mujeres que ya no desean tener más hijos y la otra mitad con mujeres que desean espaciarlos por más de dos años.

Un segundo grupo de oportunidades perdidas para prestar servicios de anticoncepción incluye a las mujeres que ya están usando un método, pero no están satisfechas con éste y que quisieran usar otro. Entre las 120 mujeres que ya utilizan métodos anticonceptivos, 18% quisiera usar otro método y 10% no están satisfechas con el método usado. El total de mujeres que no está satisfecha con el método usado y quieren usar otro fue de 8.5%. Si a estas dos condiciones agregamos que el método deseado se encuentre disponible en el centro de salud, las oportunidades perdidas entre usuarias de métodos disminuyen al 6.4% .

Entre las 61 mujeres embarazadas que se entrevistaron, las oportunidades perdidas se refieren principalmente a no dar información sobre planificación familiar que podría ser útil en el futuro para tomar una decisión relacionada con el espaciamiento del siguiente embarazo. A 97% de estas mujeres le gustaría espaciar su próximo embarazo o no tener más embarazos en el futuro, y 85% quisiera usar un método anticonceptivo después del parto. Sin embargo, a tres cuartas partes de las mujeres no se les dio información sobre métodos de planificación familiar. Aun considerando una definición más estricta de *oportunidad perdida* en este grupo (mujeres embarazadas que no quieren tener más hijos o desean

tenerlos hasta después de dos años, que quieren usar métodos en el futuro y que no les dieron ninguna información al respecto), se perdieron el 59% de las oportunidades para brindar información que podría ser útil para tomar decisiones en el futuro próximo.

Finalmente, se estimó el número de oportunidades perdidas para informar a las mujeres que no sabían sobre la disponibilidad de los servicios de planificación familiar en la UPS. El 14% (36 mujeres) del total de mujeres entrevistadas no sabía que en el centro de salud se daban servicios de planificación familiar. De estas, 32 (12.9% del total de mujeres) no recibieron información sobre planificación familiar, y a 27 (10.8%) de ellas sí les hubiera gustado recibir la información.

Toma de decisiones con base en los resultados del proyecto

Los resultados de este estudio diagnóstico fueron presentados en reuniones técnicas al equipo de la Unidad de Atención a la Mujer del Departamento Materno Infantil de la SSH, quien incorporó al proceso de supervisión el concepto de atención integral. Esto se concretó, modificando las guías de supervisión de los servicios materno infantiles que se aplican en las clínicas de la SSH. Además, los resultados se presentaron en una reunión con los directivos de las regiones de salud de la SSH, con el propósito de que agregaran el mismo concepto a sus guías de supervisión locales.

Los resultados muestran que los prestadores de servicios deben revisar sistemáticamente las necesidades de salud reproductiva de sus usuarias, para que éstas empiecen a usar los servicios que necesitan y quieren. Si la SSH implementa estrategias para lograr esto, es posible que la cobertura de anticoncepción

entre las mujeres casadas o viviendo en unión libre, en edad fértil, no embarazadas, que visitan las UPS de la SSH aumente en cerca del 20%. Además, los datos sugieren que también sería factible, aumentar la continuidad en el uso de la anticoncepción entre aquellas mujeres que ya están usando un método de planificación familiar, si se revisa sistemáticamente el grado de satisfacción con el método usado y la forma de uso. Aunque no se estimó el grado en el que se pierden oportunidades para prestar otros servicios de salud reproductiva, por ejemplo, la citología vaginal, sería razonable esperar que una revisión sistemática de necesidades también identificaría un elevado número de oportunidades para prestar estos servicios.

Este fue un estudio exploratorio que se realizó en centros de salud cercanos a la capital y con buenas vías de acceso, no en una muestra representativa de las UPS de la SSH de todo el país. Sin embargo, difícilmente el carácter exploratorio del estudio podría afectar las conclusiones de éste, pues sería razonable esperar que una investigación con una muestra estadísticamente representativa del total de las UPS del país, encontraría porcentajes más altos de oportunidades perdidas, pues la muestra incluiría UPS en lugares con más dificultades de acceso y que atienden poblaciones de menor nivel socioeconómico.



Antonieta Martín

Este texto fue elaborado con base en el Informe Final del proyecto “Oportunidades perdidas para prestar servicios de planificación familiar”, elaborado por Claudia Aguilar, Irma Mendoza y Ricardo Vernon, mayo 2001. El estudio fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación número HRN-A-00-98-00012-00. Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente las de USAID.

Entrevista a mujeres en edad reproductiva en UPS

Introducción:

Buenos días, quería pedirle su colaboración para hacer una pequeña encuesta acerca del centro de salud del que usted acaba de salir. Esta información nos es de utilidad para determinar las necesidades de atención a la mujer y mejorar la calidad de los servicios que se le brindan. La información que usted me brinde será confidencial y por ello no necesito saber su nombre.

Fecha de la entrevista ____/____/____ Nombre del centro de salud _____

Entrevistadora _____

DATOS GENERALES	EMBARAZO	
<p>1. ¿Cuál es su edad? _____</p> <p>2. ¿Cuál es su estado civil?</p> <p>a. Casada</p> <p>b. Unión Libre</p> <p>c. Divorciada o separada*</p> <p>d. Soltera*</p> <p>e. Viuda*</p> <p><i>* Pregunte si tiene pareja, si no tiene, no siga la entrevista.</i></p> <p>3. ¿Cuál es el motivo de su visita?</p> <p>a. Control prenatal</p> <p>b. Consulta por morbilidad de ella</p> <p>c. Consulta por morbilidad de un hijo/a de ella</p> <p>d. Otro</p> <p>4. ¿Cuánto tarda de su casa al centro de salud?</p> <p>a. < de 5 min.</p> <p>b. Entre 5 y 15 min.</p> <p>c. Entre 15 y 30 min.</p> <p>d. Entre 30 min. Y 1 hora</p> <p>e. Entre 1 y 2 horas</p> <p>f. > de 2 horas</p> <p>5. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____</p> <p>6. ¿Cuántos hijos tiene vivos? _____</p> <p>7. ¿Qué edad tiene su último hijo en la actualidad? _____</p>	<p>8. ¿Está Ud. embarazada actualmente?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p><i>* Si el embarazo es obvio no haga esta pregunta</i></p> <p>9. Cuando usted se embarazó ¿Estaba buscando quedar embarazada, o sólo se embarazó?</p> <p>a. Estaba buscando</p> <p>b. Sólo se embarazó (pase a la pregunta # 11)</p> <p>10. Y su pareja ¿También quería que usted se embarazara?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>c. No sabe/no contestó</p> <p>11. Cuando usted se embarazó ¿Le dió gusto el embarazo o hubiera preferido embarazarse después?</p> <p>a. Le dió gusto</p> <p>b. Hubiera preferido embarazarse después</p> <p>c. No quería más embarazos</p> <p>d. No sabe/no contestó</p> <p>12. Cuando usted se embarazó ¿Estaba usando un método de planificación familiar?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No (pase a la pregunta #14)</p> <p>c. No sabe/no recuerda (pase a la pregunta #14)</p>	<p>13. ¿Cuál?</p> <p>a. Condón</p> <p>b. Cremas, óvulos o tabletas</p> <p>c. AOC</p> <p>d. Orales solo progestina</p> <p>e. Inyectables</p> <p>f. DIU</p> <p>g. Lactancia/amenorrea</p> <p>h. Abstinencia periódica</p> <p>i. Coitus interruptus</p> <p>j. Métodos tradicionales (yerbas)</p> <p>k. Otro _____</p> <p>l. No recuerda/no contestó</p> <p>14. Después de este parto ¿le gustaría tener otro hijo?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No (pase a la # 16)</p> <p>c. No sabe/no contestó</p> <p>15. ¿Cuándo planea tener ese próximo hijo?</p> <p>a. Antes de dos años</p> <p>b. Después de dos años</p> <p>16. Después de este parto ¿piensa usar algún método de planificación familiar?</p> <p>a. Si</p> <p>b. No (pase a la # 30)</p> <p>c. No sabe/no contestó (pase a la # 30)</p>

- 17. ¿Cuál?**
- Condón
 - Cremas, óvulos o tabletas
 - AOC
 - Orales solo progestina
 - Inyectables
 - DIU
 - Lactancia/amenorrea
 - Abstinencia periódica
 - Coitus interruptus
 - Métodos

- 18. ¿Dónde obtendría este método de planificación después de este parto?**
- Centro de Salud
 - Hospital
 - Farmacia
 - Clínica ASHONPLAFA
 - Clínica privada
 - No sabe
 - Otro lugar
 - No contestó

* Cualquier respuesta pase a la # 30

DESEO DE EMBARAZO

- 19. ¿Desea tener más hijos en el futuro?**
- Si
 - No (Pase a la 21)

- 20. ¿Cuándo?**
- En el próximo año
 - Después del próximos año

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 21. ¿Está usted usando algún método de planificación familiar en la actualidad?**

- Si (pase a la # 25)
- No

- 22. ¿Por qué no está usando algún método de planificación familiar en la actualidad?**

- Está intentando embarazarse
- Se lo prohíbe la religión
- No tiene acceso a métodos de planificación familiar
- Nadie le ha informado sobre MPF
- Otro

- 23. ¿Le gustaría usar algún método de planificación familiar?**

- Si
- No (pase a la # 30)

- 24. ¿Cuál?**
- Condón
 - Cremas, óvulos o tabletas
 - AOC
 - Orales solo progestina
 - Inyectables
 - DIU
 - Lactancia/amenorrea
 - Abstinencia periódica
 - Coitus interruptus
 - Métodos

- 25. ¿Qué método está utilizando?**
- Condón
 - Cremas, óvulos o tabletas
 - AOC
 - Orales solo progestina
 - Inyectables
 - DIU
 - Lactancia/amenorrea
 - Abstinencia periódica
 - Coitus interruptus
 - Métodos tradicionales (yerbas)
 - AQV (finalice la entrevista)
 - Otro _____
 - No recuerda/no contestó

- 26. ¿Está usted satisfecha con ese método?**

- Si
- No

- 27. ¿Le gustaría usar otro método?**
- Si
 - No *Agradezca y finalice*

- 28. ¿Cuál?**
- Condón
 - Cremas, óvulos o tabletas
 - AOC
 - Orales solo progestina
 - Inyectables
 - DIU
 - Lactancia/amenorrea
 - Abstinencia periódica
 - Coitus interruptus
 - Métodos Trad. (yerbas)
 - AQV
 - Otro _____

- 29. ¿Por qué no está usando el método de planificación familiar que le gustaría usar?**

- No hay de este método en el Centro de Salud
- Es muy caro
- No se lo ofrecieron
- Otra

INTERACCIÓN CON SERVICIOS DE SALUD

- 30. ¿Sabía Usted que en este centro de salud ofrecen métodos de planificación familiar?**

- Si
- No

- 31. ¿Le han platicado hoy acerca de planificación familiar durante su visita a este centro?**

- Si (pase a la pregunta # 33)
- No

- 32. ¿Le hubiera gustado que le hablaran sobre algún método de planificación familiar el día de hoy?**

- Si
- No

- 33. ¿Ha pedido alguna vez, métodos de planificación familiar en este centro?**

- Si
- No **Fin de la entrevista*

- 34. ¿Le dieron el método de planificación familiar que solicitó?**

- Si **Fin de la entrevista*
- No

- 35. ¿Cuál fue el método de planificación familiar que solicitó y que no le brindaron?**

- Condón
- Cremas, óvulos o tabletas
- AOC
- Orales solo progestina
- Inyectables
- DIU
- Lactancia/amenorrea
- Abstinencia periódica
- Coitus interruptus
- Métodos tradicionales (yerbas)
- AQV
- Otro _____
- No recuerda/no contestó

Antonietta Martin



Impacto del descarte apropiado de los embarazos para incrementar el acceso a los centros rurales de planificación familiar

Resumen

Problema

Las auxiliares de enfermería de los centros de salud rurales de Honduras suelen solicitar la presencia del sangrado menstrual para insertar el DIU y proporcionar otros métodos anticonceptivos. Si las auxiliares ampliaran las condiciones mediante las cuales descartan los embarazos para entregar los métodos anticonceptivos, las usuarias ahorrarían tiempo y dinero al evitar viajes innecesarios al Centro de Salud. Además, al disminuir estos costos para las usuarias, podría aumentar el número de usuarias nuevas de anticoncepción que se atienden en los centros de salud rurales.

¿Cómo solucionarlo?

Utilizando tres listas de verificación para descartar embarazos en mujeres que solicitan el DIU, pastillas anticonceptivas e inyectables. Para realizar esta investigación, se capacitó a 26 auxiliares de enfermería en el uso de listas de verificación. Este grupo fue comparado con 12 auxiliares de enfermería que no recibieron la capacitación.

Resultados y Recomendaciones

El empleo de las listas de verificación no dio por resultado un mayor número de usuarias en los centros de salud experimentales. Sin embargo, el uso de la lista de verificación ahorraría un viaje adicional a la clínica al 38% de las mujeres que solicitaban el DIU, cada uno con valor de 227 minutos en el tiempo de la usuaria y alrededor de 2.00 dólares americanos en costos directos y de oportunidad por cada viaje. En el caso de las mujeres que solicitaron el inyectable DepoProvera, el 64% de las mujeres ahorraría por lo menos un viaje adicional, cada uno con el costo de 185 minutos y 1.77 dólares. Por último, en el caso de las mujeres que solicitaban pastillas, 38% de las mujeres ahorraría 135 minutos de su tiempo y 1.15 dólares en costos directos y de oportunidad. Por esta razón, se recomienda usar los criterios usados para descartar embarazos entre solicitantes de DepoProvera y de pastillas anticonceptivas.

En el caso de las listas de verificación del DIU, se encontró que de los criterios utilizados para descartar el embarazo, la lactancia exclusiva en los primeros tres meses después del parto sin presencia de menstruación, tuvo un valor de predicción negativo perfecto, por lo que se recomienda usar este criterio, además de la presencia de la menstruación. En cambio, la declaración de la mujer de haber usado consistentemente un método anticonceptivo moderno desde la última menstruación mostró un valor de predicción negativo bajo, por lo que se recomienda no emplear este criterio para descartar embarazos entre las mujeres que solicitan el DIU en Honduras.

Antecedentes

Entre 1996 y 1998, la SSH efectuó una investigación operativa para comprobar si las auxiliares de enfermería que trabajan en los CESARES, podían colocar el DIU, ofrecer el inyectable DepoProvera y tomar muestras de citología vaginal para ser analizadas posteriormente. Los resultados de este estudio influyeron para que la SSH modificara las normas de prestación de servicios de planificación familiar, permitiendo que las auxiliares de enfermería proporcionaran estos servicios. Por lo general, las auxiliares de enfermería descartan el embarazo entre las solicitantes del DIU y de métodos hormonales mediante la presencia del sangrado menstrual.

Según Hatcher et al (1997), es muy posible que una mujer no esté embarazada si cumple con cualquiera de estas condiciones:

- ▶ Su periodo menstrual empezó en los últimos 7 días, o
- ▶ dio a luz en las últimas cuatro semanas, o
- ▶ tuvo un aborto o malparto en los últimos siete días, o
- ▶ dio a luz en los últimos seis meses, está amamantando de manera exclusiva y no ha tenido todavía un periodo menstrual.

Si una mujer no se ajusta en ninguna de estas categorías, todavía es razonablemente seguro que no esté embarazada, sí:

- ▶ No ha tenido relaciones sexuales vaginales desde su último periodo menstrual, o
- ▶ Si ha tenido relaciones sexuales después de su último periodo menstrual, pero utilizó correctamente un método de planificación familiar, y su último periodo menstrual se presentó hace menos de 5 semanas.

Preocupados por el hallazgo de que en Kenia se niega el servicio de anticoncepción al 35% de las solicitantes de métodos por presentarse sin sangrado menstrual, Stanbach et al. (1999) desarrollaron la lista de verificación presentada en la Figura 1 y la probaron en siete clínicas de ese país, para descartar embarazos en 1,852 usuarias de planificación familiar que no estaban menstruando. Para comprobar la eficiencia de los criterios utilizados, después de utilizar la lista de verificación, se usó una prueba comercial de detección de embarazo y se cotejaron los resultados usando como parámetro la prueba comercial.

Figura 1

Lista de verificación probada por Stanbach y colaboradores		NO	SI
PREGUNTA			
1.	¿Dio a luz en las últimas cuatro semanas?		
2.	¿Tiene usted menos de seis meses de haber dado a luz?		
	¿Está amamantando de manera exclusiva?		
	¿No se ha presentado su sangrado menstrual?		
3.	¿Empezó su periodo menstrual en los últimos siete días?		
4.	¿Tuvo un malparto o un aborto en los últimos siete días?		
5.	¿No ha tenido relaciones sexuales desde su última regla?		
6.	¿Ha estado usando un método anticonceptivo correctamente?		

Los resultados de esta investigación mostraron que la lista de verificación descartó el embarazo para el 88% de las mujeres, mientras que la prueba de embarazo detectó embarazos en el 1% de las mujeres (Cuadro 1). Utilizando la prueba comercial de embarazo como referencia, la sensibilidad a la prueba fue de 64%; su especificidad fue de 89%; el valor de predicción positivo fue de 6% y el valor de predicción negativo fue mayor que el 99%.

Estos resultados muestran que los métodos hormonales pueden otorgarse a cualquier mujer a la que se le descarte el embarazo empleando los criterios utilizados en la lista de verificación, pues menos del uno por ciento de las mujeres podría correr el riesgo de haberse descartado el embarazo por error y, en este caso, el riesgo que correría el producto sería mínimo (ver Bracken, 1990). En el caso de las solicitantes de métodos hormonales, el verdadero riesgo es negar los servicios de anticoncepción a una proporción muy grande de mujeres no embarazadas.

Sin embargo, en el caso del DIU, el valor de predicción negativo de la lista de verificación superior al 99% no es suficientemente elevado, pues de llevarse a cabo la inserción en estas pocas mujeres podría ponerse en riesgo su salud y la viabilidad del embarazo, por lo que se recomienda usar criterios más conservadores para descartar los embarazos.

Preguntas que este proyecto trató de responder

Si se requiere que las solicitantes de métodos anticonceptivos tengan la presencia del sangrado menstrual para proporcionarles el DIU y los métodos hormonales, es probable que muchas de ellas no serán atendidas en su primera visita y necesitarán regresar al centro de salud para obtener el servicio solicitado. En este caso, podría ser que muchas de estas mujeres no regresen al servicio, ya sea por un embarazo o por no contar con los medios o la oportunidad para regresar al centro de salud. Aún si regresan, estas usuarias de escasos recursos habrán gastado más de lo que hubieran hecho si el embarazo se hubiera descartado más apropiadamente durante su primera visita.

Así pues, este proyecto buscó responder a tres preguntas:

Cuadro 1: Validez de la lista de verificación

		Prueba comercial (Dipstick)		
		Embarazada	No Embarazada	
Lista de Verificación	Embarazada	14	209	223
	No Embarazada	8	1621	1629
		22	1830	1852

- ¿En qué medida disminuirían los costos para las usuarias si se adoptan criterios ampliados para descartar el embarazo entre solicitantes de anticoncepción?
- ¿Existen criterios de descarte de embarazo que tengan un valor de predicción negativo perfecto que puedan usarse en el caso de las solicitantes del DIU?
- ¿Cuál sería el impacto sobre el número de nuevas usuarias de planificación familiar en los centros de salud, si se amplían los criterios para descartar embarazos entre solicitantes de anticoncepción?

¿Cómo se trató de responder a las preguntas de investigación?

Para responder a las preguntas de investigación, se capacitaron 26 auxiliares de enfermería en el uso de tres listas de verificación para descartar embarazos entre mujeres que solicitaban un método hormonal o el DIU. Además, las auxiliares de enfermería recibieron pruebas comerciales de embarazo para confirmar el resultado si descartaban un embarazo con cualquier otro criterio diferente a la presencia del sangrado menstrual, entre mujeres que solicitaban el DIU.

La prueba comercial de embarazo utilizada fue la Coontrol Combo, una prueba de Dipstick que detecta la gonadotropina coriónica (hCG) en el suero y en la orina, que tiene una sensibilidad de 25 mIU/ml de hCG, probablemente suficiente para detectar sin riesgo un embarazo desde el día siete y varias semanas después. En los cuatro estudios que el fabricante reporta en el folleto informativo, aparece una correlación del 100% entre los resultados obtenidos con el Coontrol Combo y pruebas de reactividad

cruzada con la hormona luteinizante, y se observó el folículo que estimula la hormona y la hormona que estimula la tiroides.

Las auxiliares de enfermería que participaron en el proyecto llenaron una ficha para cada nueva usuaria de anticoncepción, que proporcionó información sobre sus características socioeconómicas, el tiempo y dinero empleado para acudir al centro de salud, y otros datos que permitieron evaluar el proyecto.

La productividad de las 26 auxiliares capacitadas (medida en términos del número de usuarias nuevas de anticoncepción atendidas), se comparó con la productividad de 12 auxiliares de enfermería que no recibieron la capacitación y prestaban los mismos servicios.

Listas de verificación usadas para descartar el embarazo

Aunque inicialmente se pensó que la misma lista de verificación podría utilizarse para descartar el embarazo de todas las solicitantes de métodos, diferentes expertos recomendaron utilizar condiciones más conservadoras para las solicitantes del DIU. Las figuras 2, 3 y 4 presentan las listas de verificación que se usaron en el proyecto (con algunas modificaciones prácticas para aprovechar el espacio disponible). Como podrá notarse, la lista de descarte de embarazo empleada entre solicitantes del DIU limita el uso de la lactancia exclusiva a sólo tres meses y no incluye como condiciones, la ausencia de relaciones sexuales desde la última menstruación, ni haber tenido un aborto en los últimos siete días. Asimismo, la lista de verificación para solicitantes de pastillas no incluye como criterio de descarte la lactancia exclusiva, pues en este caso las pastillas estarían contraindicadas.



Antonietta Martín

Resultados

Perfil de las usuarias

Las mujeres que recibieron un método durante el experimento tenían una edad promedio de 24.3 años y un número promedio de 2.6 hijos vivos. Las usuarias del DIU fueron en promedio las más jóvenes, y las que usaban DepoProvera, las de mayor edad. Más de un tercio de todas las mujeres ya no deseaban embarazarse, y dos tercios de las que querían más hijos en el futuro querían espaciar el siguiente embarazo por dos o más años.

Costos para las usuarias

Las mujeres calcularon que les tomaría un poco más de tres horas venir a la clínica, recibir sus servicios y regresar a sus casas. Las usuarias de pastillas anticonceptivas parecían vivir más cerca o emplear menos tiempo en ser atendidas, en vista de que esperaban que les tomaría sólo 135 minutos; en comparación con los 185 minutos esperados por las usuarias de DepoProvera y los 227 minutos que esperaban las usuarias del DIU. De esta manera, una de las cualidades que hacen atractivo al DIU para estas mujeres es que requiere menos visitas frecuentes al centro de salud.

El promedio de gastos para llegar y regresar de la clínica, se calcularon en US \$1.33. Pero una vez más, hubo diferencias interesantes en los desembolsos de las usuarias según el método usado. Las usuarias de pastillas anticonceptivas gastaron casi la mitad de lo que gastaron las del DIU (US \$0.84 contra \$1.49, respectivamente), lo que confirma que las usuarias de pastillas anticonceptivas recorren una distancia más corta a la clínica que las de DepoProvera o DIU.

Por último, para estimar los costos de oportunidad, se preguntó a las mujeres si habían sacrificado algún ingreso para venir a la clínica. El 12% dijo que sí, y el gasto promedio fue de casi US \$3.33. Nuevamente las usuarias de pastillas anticonceptivas invertían menos ingresos (\$2.33) que las de DepoProvera (\$3.33) o las del DIU (\$3.67). Si multiplicamos el ingreso promedio gastado por la proporción de mujeres que informaron que no iban a trabajar y/o a sacrificar ingresos para ir a la clínica, se obtiene un promedio del gasto por usuaria por método. Para todas las mujeres, esto sería $12.4\% \times \$3.33 = \0.41 .

Figura 2

¿Cómo tener cierta certeza de que una usuaria que quiere un DIU, no está embarazada?

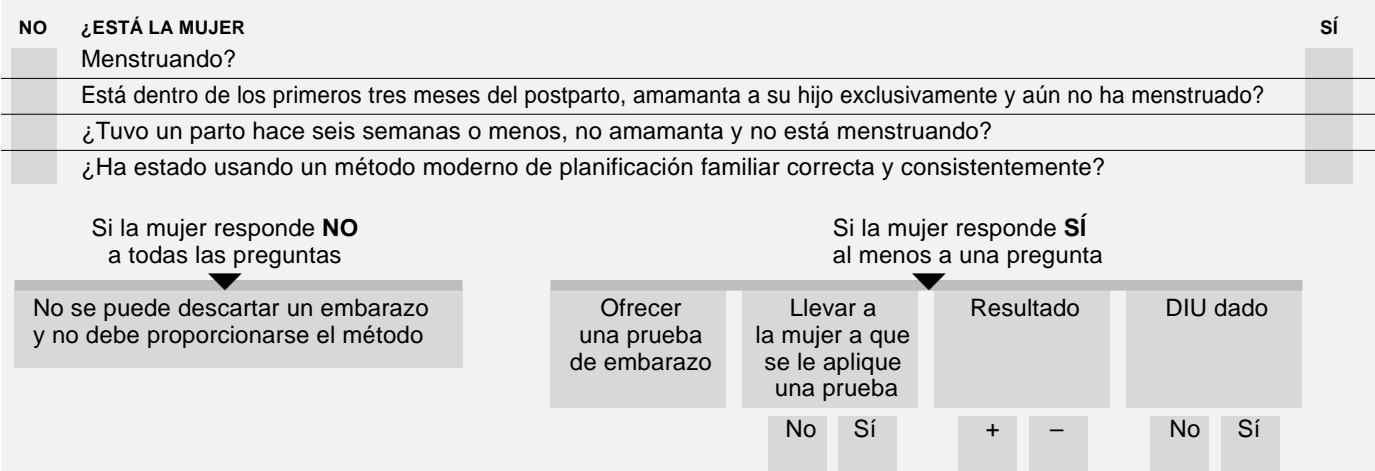


Figura 3

¿Cómo tener cierta certeza de que la usuaria que quiere una pastilla anticonceptiva no está embarazada?

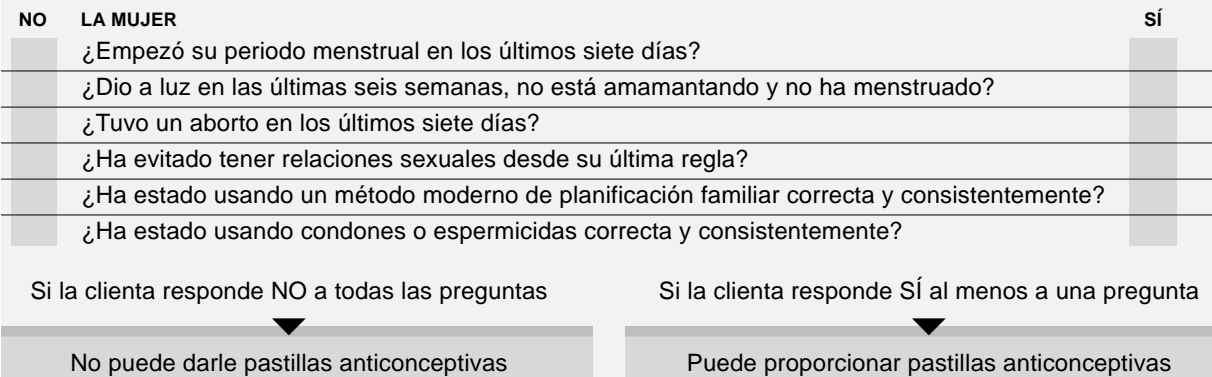
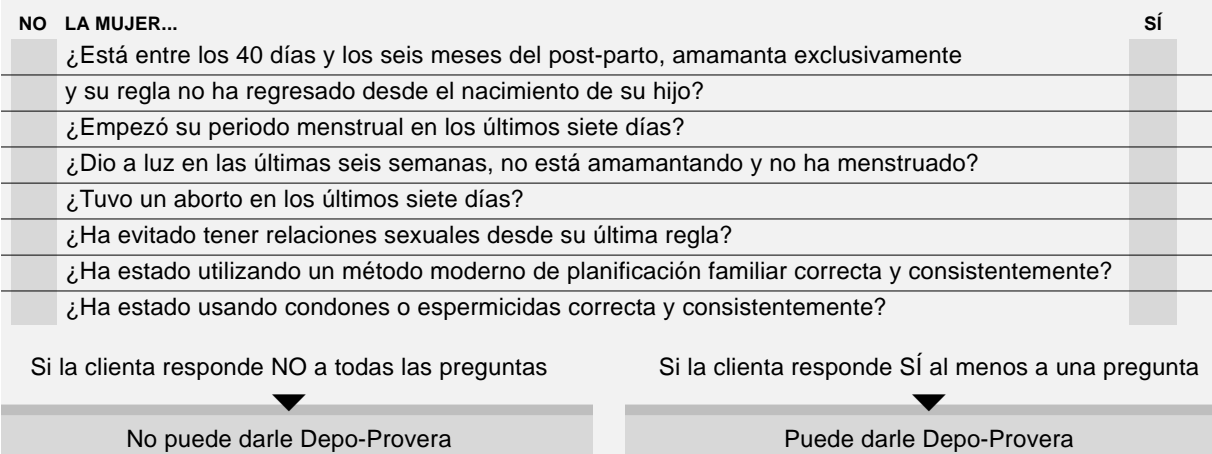


Figura 4

¿Cómo estar razonablemente seguros de que una mujer que quiere Depo-Provera no está embarazada?





En promedio una mujer tarda un poco más de tres horas y gasta alrededor de \$1.74 en costos directos y de oportunidad para asistir a la clínica, con diferencias considerables entre las usuarias de los diferentes métodos: \$2.00 para las usuarias del DIU, \$1.77 para las que usan Depo-Provera y \$1.15 para las que emplean pastillas anticonceptivas. Este es el tiempo y dinero que se ahorran las mujeres cuando tienen que hacer una visita menos a la clínica. Considerando que el salario mínimo en Honduras cuando se llevaron a cabo las actividades del proyecto eran de \$8.13 por día, y que poco menos de la mitad de los hombres en la fuerza de trabajo tienen este nivel de ingresos (e incluso menos en las zonas rurales), entonces se observa que el gasto para ir a la clínica es significativo para la familia hondureña en las áreas rurales.

Descarte de embarazo y entrega de métodos anticonceptivos

El Cuadro 3 muestra que el 72% de las mujeres que llenó la forma eran usuarias nuevas (mujeres que no habían usado un método con anterioridad) y el 28% eran usuarias subsecuentes que querían cambiar de método. De éstas, cerca del 94% sí recibió el método que deseaba. Casi la mitad del seis por ciento restante no recibió el método que deseaba a causa de que no podía descartarse el embarazo. Esto era más frecuente entre las usuarias de pastillas anticonceptivas y menos frecuente entre las usuarias del DIU. Cerca de la mitad de las que no recibieron el método que querían,

recibieron otro método de respaldo, y alrededor del 89% se le dio una cita a futuro para recibir el método en el centro de salud.

Un total de 210 mujeres pidieron el DIU. El cuadro 4 muestra que el 12.9% de dichas mujeres no se ajustan a ninguno de los criterios para descartar un embarazo, y el 81.4% cumplió con uno, con mayor frecuencia amenorrea por lactancia en los primeros tres meses después del parto (35.2%), menstruación (26.7%) y el uso consistente y correcto de un método (16.2%). En el 2.4% de los casos podía descartarse un embarazo porque la mujer cumplía con dos condiciones, las más frecuentes, la amenorrea por lactancia y el uso de un método moderno (1.9%). Debe hacerse notar que hubo 11 casos en los que se reportaron la menstruación y el uso de un método moderno. No obstante, tales casos se incorporaron en la categoría única de la menstruación.

El Cuadro 3 muestra que aunque las auxiliares no debían usar las pruebas comerciales de embarazo con las mujeres menstruantes, se emplearon 25 pruebas comerciales y todas dieron resultados negativos. Como se puede observar, hubo predicciones negativas perfectas en el caso de todos los demás criterios para descartar los embarazos, a excepción del caso en que se usó consistentemente un método de planificación familiar. En el caso de las mujeres que estaban en los primeros tres meses del posparto, amamantaban de manera exclusiva y su regla no había regresado, se hicieron 62 pruebas comerciales, y todas arrojaron resultados negativos. Sólo se hicieron cinco pruebas en mujeres que no estaban amamantando y que habían dado a luz en las últimas seis semanas, todas con resultados negativos. Por último, se hicieron 32 pruebas en mujeres que reportaban el uso correcto y consistente de un método anticonceptivo desde la última menstruación, y hubo siete (22%) con resultados positivos. En los cuatro casos en que se descartó un embarazo por dos condiciones, las pruebas comerciales daban resultados negativos. De este modo, los resultados muestran que LAM en los primeros tres meses del posparto debe considerarse un criterio de exclusión, y que el uso consistente de un método, no. Hubo muy pocas mujeres en otras condiciones para valorar los resultados.

Finalmente, el Cuadro 3 muestra que 177 mujeres recibieron un DIU. De éstas, debemos restar 21 inserciones que se hicieron en mujeres que no se ajustaban a ninguno de los criterios para descartar un embarazo. Si sólo la menstruación se hubiera usado

Resultados de la visita de planificación familiar por el método recibido

VARIABLES	MÉTODO DESEADO / RECIBIDO							
	DIU		DEPO		PASTILLA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo de usuaria								
Nueva	156	79.6	476	71.3	98	67.6	730	72.3
Subsecuentes que deseaban otro método	40	20.4	192	28.7	47	32.4	279	27.7
SU: método usado								
Pastilla	18	45.0	59	31.6	11	23.9	88	32.2
Inyectable	14	35.0	15	8.0	16	34.8	45	16.5
DIU	0	0.0	56	29.9	7	15.2	63	23.1
Condón	6	15.0	31	16.6	10	21.7	47	17.2
LAM y natural	2	5.0	26	13.9	2	4.3	30	11.0
Total	40	100.0	187	100.0	46	100.0	273	100.0
¿Se le dio el método deseado?								
No	34	16.3	20	2.9	9	6.1	63	6.1
Sí	174	83.7	663	97.1	138	93.9	975	93.9
Total	208	100.0	683	100.0	147	100.0	1038	100.0
¿Por qué no?								
Método agotado	4	12.1	6	37.5	0	0.0	10	17.9
Embarazo no descartado	13	39.4	8	50.0	6	85.7	27	48.2
Contraindicación	5	15.2	1	6.3	1	14.3	7	12.5
Referida	1	3.0	0	0.0	0	0.0	1	1.8
Otra	10	30.3	1	6.3	0	0.0	11	19.6
Total	33	100.0	16	100.0	7	100.0	56	100.0
¿Se le dio otro método?								
No	12	36.4	6	50.0	5	71.4	23	44.2
Sí	21	63.6	6	50.0	2	28.6	29	55.8
Total	33	100.0	12	100.0	7	100.0	52	100.0
¿Qué método se dio?								
Pastilla	5	2.5	1	0.1	138	97.9	144	14.3
Inyectable	12	6.1	663	99.1	0	0.0	675	67.0
DIU	177	89.8	0	0.0	0	0.0	177	17.6
Condón	1	0.5	4	0.6	3	2.1	8	0.8
LAM y Natural	2	1.0	1	0.1	0	0.0	3	0.2
Total	197	100.0	669	100.0	141	100.0	1007	100.0
Seguimiento								
Cita para algún método	8	72.7	11	100.0	6	100.0	25	89.3
Referida a otro servicio	1	9.1	0	0.0	0	0.0	1	3.6
Sin cita/ referencia	2	18.2	0	0.0	0	0.0	2	7.1
Total	11	100.0	11	100.0	6	100.0	28	100.0

Mujeres que solicitaron DIU

CRITERIOS PARA DESCARTAR EMBARAZOS	LISTA DE VERIFICACIÓN		PRUEBAS DE EMBARAZO			DIU DADO
	N	%	N	Positivo	Negativo	
No cumple con ninguno de los criterios para descartar el embarazo	27	12.9	24	2	22	21
Cumple con uno de los criterios para descartar el embarazo:	171	81.4	124	7	117	149
Menstruación	56	26.7	25	0	25	55
Dentro de los tres meses del postparto, amamanta exclusivamente y su regla no ha regresado	74	35.2	62	0	62	69
Parto en las últimas seis semanas, no está amamantando y la regla no ha regresado	7	3.3	5	0	5	6
Ha estado usando un método de planificación familiar de manera consistente	34	16.2	32	7	25	19
Cumple con dos criterios para descartar el embarazo:	5	2.4	9	0	9	4
3 meses pp y uso de un método moderno	4	1.9	4	0	4	3
6 semanas pp y uso de un método moderno	1	0.5	1	0	1	1
Cumple con tres criterios para descartar el embarazo (2, 3 y 4)	1	0.5	0	-	-	1
Faltan criterios pero solicita el DIU	6	2.9	2	0	2	2
Total de las que solicitaron el DIU	210	100.0	159	9	150	177

como el criterio para descartar un embarazo, entonces sólo 55 inserciones (26.2% de todas las mujeres que pidieron un DIU) se hubieran hecho en mujeres que solicitaran un método. Si añadimos a éstas, las 73 inserciones realizadas en mujeres que estaban en sus tres primeros meses del postparto, amamantando de manera exclusiva y que observaron el regreso de su regla (incluyendo a las que también reportaron uno o dos criterios adicionales más de descarte), entonces se incrementa la proporción de usuarias atendidas al 61% de las que pidieron un método. Si añadimos las 7 mujeres que habían dado a luz en las últimas seis semanas, que no estaban amamantando y cuya regla no había regresado, entonces esta proporción aumenta al 64 y 38% de todas las mujeres que ahorrarían por lo menos un viaje más a la clínica para obtener su método, si se usaran los criterios de descarte de embarazo además de la presencia de la menstruación. En estos cálculos no se incluye a las mujeres que reportaron un uso consistente de algún método, porque este criterio probó tener un valor de predicción negativo muy bajo (78%).

El Cuadro 4 muestra que en el caso de DepoProvera, sólo el 2.9% de las mujeres que pidieron el método, no cumplían con ninguno de los criterios extendidos para descartar embarazos, y sólo el 16.1%

del total de las mujeres estaban menstruando. La amenorrea por lactancia exclusiva en los primeros seis meses del postparto, fue el criterio más común (19.4% como criterio único, pero daba cuenta también de una gran proporción de los casos en los que se reportaron dos o más criterios). La menstruación fue el segundo criterio más común, seguido por la ausencia de relaciones sexuales y el uso de un método anticonceptivo. Las mujeres que cumplían con dos de los criterios para descartar embarazos alcanzaron el 36.5%, mientras que el 10.5% cumplió con tres criterios. En 16% de los casos que tenían más de un criterio para descartar embarazos, la menstruación fue uno de ellos; así que en total, cerca del 32% de todas las mujeres podían recibir el método con base en este criterio. El Cuadro 4 también muestra que casi el 98% de las mujeres que solicitaron el método lo obtuvieron, de modo que cerca del 64% de todas las mujeres recibieron un método que no habrían usado, si no se hubiera manejado un criterio extendido para descartar embarazos.

El Cuadro 5 presenta los resultados del uso de la lista de verificación extendida para las usuarias de las pastillas anticonceptivas. En este caso, el 16.7% no cumplió con ninguno de los criterios para descartar un embarazo, el 44.4% cumplió por lo menos con un

Cuadro 4

Mujeres que solicitaron DepoProvera

CRITERIOS	LISTA DE VERIFICACIÓN		DEPO RECIBIDO	
	N	%	N	%
No cumple con ninguno de los criterios para descartar un embarazo	20	2.9	13	65
Cumple con un criterio para descartar un embarazo:	330	48.2	325	98.8
Dentro de los primeros seis meses del post parto, amamanta exclusivamente y su regla no ha regresado	133	19.4	132	99.2
Hace 3 y 6 semanas que tuvo un parto, no está amamantando y su regla no ha regresado	4	0.6	4	100.0
Tuvo un aborto en los 7 días anteriores	2	0.3	2	100.0
Su menstruación comenzó en los últimos 7 días	110	16.1	108	98.2
No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación	35	5.1	33	97.1
Ha estado usando un método moderno de planificación familiar correcta y consistentemente	31	4.5	31	100.0
Ha estado usando condones y espermicidas correcta y consistentemente	15	2.2	15	100.0
Cumple con dos criterios	250	36.5	247	98.8
Cumple con tres criterios	72	10.5	72	100.0
Cumple con cuatro o más criterios	9	1.3	9	100.0
Falta descartar criterios	3	0.4	3	100.0
Número total de las que solicitaron Depo-Provera	684	100.0	669	97.8

Cuadro 5

Distribución de las mujeres que solicitaron la pastilla anticonceptiva según criterios para descartar embarazos

CRITERIOS	LISTA DE VERIFICACIÓN		PASTILLA RECIBIDA	
	N	%	N	%
No se ajusta a ninguno de los criterios para descartar un embarazo	12	7.9	2	16.7
Se ajusta a uno de los criterios para descartar un embarazo:	67	44.4	65	97.0
Su menstruación se inició en los últimos 7 días	33	21.8	33	100.0
Tuvo un aborto en los últimos siete días	1	0.7	1	100.0
Parto en las últimas seis semanas, no está amamantando y la regla no ha regresado	3	2.0	3	100.0
No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación	15	9.9	13	86.7
Ha estado usando un método moderno de planificación familiar correcta y consistentemente	12	7.9	12	100.0
Ha estado usando condones o espermicidas correcta y consistentemente	3	2.0	3	100.0
Se ajusta a dos de los criterios	61	40.4	60	98.4
Se ajusta a tres criterios	9	6.0	9	100.0
Cumple con cuatro o más criterios	1	0.7	1	100.0
Criterios faltantes	1	0.7	1	100.0
Total de las que solicitaron la pastilla	151	100.0	138	25.2

criterio y más del 47% se ajustó a dos o más criterios. El criterio aislado más común para descartar embarazos fue la presencia de la menstruación (21.8%), seguido de la falta de relaciones sexuales (9.9%) y el uso de un método moderno (7.9%). En total, casi el 45% de todas las mujeres que solicitaron la pastilla anticonceptiva habían tenido la regla en los últimos siete días, y en casi el 23% de estos casos, tal condición se vio acompañada de otro criterio de descarte. En 38% de los casos, la pastilla anticonceptiva podía darse basándose en otros criterios de descarte.

Impacto del uso de criterios ampliados para descartar el embarazo sobre el número de usuarias nuevas

En cuanto al impacto de usar un criterio extendido para descartar embarazos en el número de nuevas usuarias de planificación familiar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales y de control, antes y después de la intervención. Se llevó a cabo este análisis en forma independiente para CESARES y CESAMOS, pero una vez más no se logró encontrar diferencias significativas entre el número de nuevas usuarias, entre periodos o grupos. Este análisis demostró que en CESARES la mezcla de métodos cambió durante el periodo del proyecto, habiendo un número mayor de mujeres que eligieron DepoProvera, condición encontrada tanto en el grupo de control como en el experimental.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de este estudio muestran que descartar embarazos por medio de otros criterios, además de la presencia de la menstruación, puede tener un efecto positivo en el número de mujeres que reciben el método deseado en su primera visita al centro de salud, y en los costos en que incurren estas mujeres para obtener su método. En el caso de este proyecto, se utilizaron tres listas diferentes de verificación para descartar el embarazo en mujeres que pidieron el DIU, las pastillas anticonceptivas y el inyectable DepoProvera, siendo la lista para cada uno de estos métodos un poco más conservadora que la siguiente.

En el caso del DIU, el uso de la lista de verificación conservadora ahorraría un viaje adicional a la clínica al 38% de las mujeres que solicitaban el método. Cada uno de los viajes representaba 227 minutos en el tiempo de la usuaria y alrededor de 30 lempiras (US \$2.00) en costos directos y de oportunidad por cada viaje. En el caso de DepoProvera, el 64% de las mujeres ahorrarían por lo menos un viaje adicional, siendo el costo de cada uno de 185 minutos y 26.6 lempiras (US\$1.77). Finalmente, en el caso de las pastillas anticonceptivas, el 38% de las mujeres ahorraría 135 minutos de su tiempo y 17.3 lempiras en costos directos y de oportunidad.

Si se presenta una demanda mayor de los bienes y servicios cuando los precios disminuyen, habría que esperar que los centros de salud que utilicen listados extendidos para descartar embarazos tengan un mayor número de nuevas usuarias que los Centros que no los usen. No obstante, no se pudo confirmar tal hipótesis, por varias razones:

1. Se dio como supuesto que los proveedores de servicios en los grupos control de los centros de salud, no usaban las definiciones extendidas porque no habían recibido capacitación en las nuevas normas de prestación de los servicios, pero nunca se comprobó el hecho.
2. Las estadísticas se siguieron revisando durante seis meses más, tiempo que puede no haber sido suficiente para marcar una diferencia.
3. La función puede ser relativamente inelástica.

Por último, había interés en encontrar otros criterios adicionales a la menstruación para poder descartar el embarazo en mujeres que solicitan DIU. Estos fueron lactancia exclusiva en los primeros tres meses después del parto sin retorno de la regla; haber dado a luz en las últimas seis semanas, no estar amamantando y tener amenorrea; y tercero, haber reportado el uso correcto de un método de planificación familiar. Los resultados mostraron un valor de predicción negativo alto para el primer criterio y un valor de predicción negativo muy bajo para el último de estos criterios. En el segundo criterio hubo muy pocas usuarias para poder llegar a una conclusión, aun si esta fuera tentativa.

Con base en los resultados del estudio, se recomienda que los criterios sometidos a prueba para descartar embarazos en el caso de métodos hormonales sean empleados consistentemente por todos los proveedores de servicios, y que en el caso del DIU, el personal auxiliar de enfermería esté capacitado para proporcionar el método tanto en presencia de la menstruación como durante los primeros tres meses posparto, cuando la madre amamanta de manera exclusiva y su regla no ha regresado. También se recomienda que no se utilice el reporte de la mujer de estar usando un método moderno, como criterio para descartar embarazos en mujeres que solicitan DIU.

Este texto fue elaborado con base en el informe final del proyecto "Impacto del descarte apropiado de los embarazos para incrementar el acceso a la planificación familiar en centros de salud rural", elaborado por Irma Mendoza, Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi y Claudia Aguilar. Este estudio fue realizado como parte del proyecto "Expansión del rol de las enfermeras auxiliares en la entrega de servicios de planificación familiar: Fase II" en el periodo abril 1999 a junio de 2001. Ambos estudios fueron financiados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo de Cooperación número HRN-A-00-98-00012-00 y el subproyecto número 5801 13008 424. Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no reflejan necesariamente las de USAID.

Bibliografía

- Bracken MB. 1990. "Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies". *Obstet Gynecol* 1990 Sep;76(3 Pt 2):552-7.
- Hatcher R, R. Rinehart, R. Blackburn y J. Geller, "The Essentials of Contraceptive Technology" [*Elementos Esenciales de la Tecnología Anticonceptiva*]. Population Information Program. Center for Communication Programs. The Johns Hopkins School of Public Health, 1997.
- Secretaría de Salud, "Manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer", Secretaría de Salud, Unidad de Atención a la Mujer, Tegucigalpa, Honduras, septiembre de 1998.
- Stanbach, J; Z Qureshi, C. Sekadde-Kigundu, B. Gonzalez and T. Nutley. 1999. "A Checklist For Ruling Out Pregnancy Among Family Planning Clients in Primary Care Settings" [*Una lista de verificación para descartar embarazos en clientes de planificación familiar en el primer nivel de atención*]. Research letter to *The Lancet*, in press
- Villanueva, Y; L. Hernández, I. Mendoza y R. Lundgren. 1998. "Expansión del Rol del Personal Auxiliar de Enfermería en la Prestación de Servicios de Planificación Familiar y Toma de Citología Vaginal". Informe final del Proyecto INOPAL III, Population Council, Tegucigalpa, Honduras, Septiembre 1998.

Antonieta Martín



**Honduras.
Mejorar la salud reproductiva.**

Impreso en el mes de febrero de 2002
Se tiraron 1,000 ejemplares.

El apoyo editorial fue de Francisco Rosas;
el diseño estuvo a cargo de Arroyo+Cerda
y la producción fue realizada por
Editorial Sestante, SA. de CV.