

Estudio: introducción de métodos anticonceptivos en la oferta de servicios públicos.

La demanda potencial



Estudio realizado por María Rosa Gárate, Consultora en Salud Sexual y Reproductiva, bajo el auspicio de UNFPA y PATHFINDER

Lima, octubre 2012

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	3
Introducción	5
Objetivos	7
Metodología	7
Características de las usuarias	9
El uso anticonceptivo: hablan las mujeres	10
Nuevos métodos en la mezcla: las dudas más frecuentes	17
Las expectativas del personal de salud	24
Discusión	28
Conclusiones	29
Recomendaciones	30

ESTUDIO: INTRODUCCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA OFERTA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

RESUMEN EJECUTIVO.-

El Ministerio de Salud a través de la ESSR y con apoyo técnico-financiero de UNFPA Perú, ha iniciado un progresivo proceso para ampliar la gama de métodos anticonceptivos en la oferta de sus establecimientos de salud, en el entendido que una mayor oferta facilita la elección de los y las usuarias y posibilita el aumento de la prevalencia anticonceptiva, disminuyendo la demanda insatisfecha.

Bajo estas evidencias, se han seleccionado cuatro Direcciones Regionales de Salud (2 hospitales y 5 establecimientos de salud por cada DIRESA) y el Instituto Materno Perinatal, en los cuales se incluirán implantes e inyectables mensuales donados por el UNFPA. Esta incorporación de nuevos métodos requiere actividades de capacitación, difusión y asistencia técnica para el suministro logístico de los dos métodos, todo lo cual será entregado, con presupuesto de UNFPA, por Pathfinder. Las regiones que han sido priorizadas son: La Libertad, Ayacucho, Ucayali y en Lima, las DISAS Lima Sur y Lima Ciudad.

Asimismo como cualquier otro producto que entra al mercado, el Plan de Trabajo para la introducción de estos métodos, requiere explorar cuál es la percepción a priori de la demanda viable de utilizar estos métodos. Para esto se ha programado un estudio eminentemente cualitativo en tres de las cuatro regiones: Lima, Ucayali y La Libertad, en ámbitos de hasta nueve establecimientos de salud considerados representativos de un total de 28 seleccionados.

El estudio consideró recoger información a partir de la conformación de grupos focales que reunieran mujeres entre 20 a 35 años que sean usuarias de métodos anticonceptivos abastecidos por los establecimientos de salud y otro grupo de mujeres que no siendo usuarias se encuentren utilizando los servicios de salud de los establecimientos seleccionados. De esta manera se realizaron 34 grupos focales con un total de 244 mujeres de las cuales 102 se encontraban utilizando métodos anticonceptivos, en su mayoría inyectables seguido por la píldora y en mucho menor medida el DIU.

Los resultados sugieren que existe, todavía, un profundo desconocimiento acerca del funcionamiento de los métodos que se encuentran usando, sin embargo, es mucho más inquietante la posibilidad de tener un nuevo embarazo sin desearlo, más aun, cuando la gran mayoría no quería el embarazo del último hijo o hija, razón por la cual el uso se hace imperativo, a pesar de las interrogantes que las perturban y que, en algunos casos, las colocan al borde del abandono del método o de una continua búsqueda por el “método perfecto”.

En estas precarias condiciones, se configura una insatisfacción con el uso actual del método supuestamente escogido. Esta insatisfacción también se observa en el grupo de las no usuarias, cuya mayoría ha transitado por la práctica anticonceptiva, desde la más básica y “casera”, como podría representar el uso de lavados vaginales y la toma de hierbas, hasta los inyectables, el DIU, pasando por

la píldora del día siguiente y hasta las prácticas abortivas con Citotec o cualquier otro preparado de yerbas.

Se encuentra, entonces, que las mujeres trasladan sus temores y dudas que tienen a partir de la práctica anticonceptiva, a las nuevas alternativas que le son ofertadas, como el condón femenino, el inyectable mensual, pero sobre todo al implante. A todos ellos les adscriben características que pueden tener otros métodos que se encuentran en el mercado. Un ejemplo es la posibilidad que el implante se “encarne como la T de cobre” y “produzca cáncer”. Aunque muchas de ellas manifestaron complacencia e interés por la ampliación de la oferta de métodos, parece que es el inyectable mensual el que podría ser más rápidamente aceptado, porque les permite “ver la regla”, consideración que se erige como muy importante para las mujeres, aunque contradictoriamente, el sangrado es calificado también como un proceso molesto.

El estudio concluye que a pesar de las condiciones en las que se puede encontrar la demanda, ésta es bastante elástica y que favorece a la introducción y aceptación de nuevas alternativas anticonceptivas, sobre todo para aquellas mujeres que encuentran que el método actual no responde a sus expectativas. Una particularidad importante de la demanda es que le agrada la posibilidad de tener mayores oportunidades para escoger y probar, son “noveleras”, como tal también pueden, rápidamente, modificar su decisión volviendo a colocarse en una situación de riesgo. Esta aproximación de análisis, alerta sobre la necesidad de trabajar con las mujeres y hombres, no solo para mejorar su información, sino la asertividad para el ejercicio de sus derechos a la búsqueda de esta condición. Ellas reconocen que son muy pasivas, y que se conforman con lo que les dicen los profesionales de la salud, pero refieren que se debe al temor de ser rechazadas en sus demandas.

Finalmente, la opinión de los prestadores es prometedora en relación a su disposición a la posibilidad de ser capacitados en la inserción del nuevo implante y consideran que no solo es una oportunidad de ampliar su conocimiento, sino de poder ofertar este método, lo que podría implicar alguna contingencia si se confundieran el objetivo de enriquecer la gama de métodos del sector público con metas programáticas inexistentes. Cabe recordar que información provista por la última ENDES 2011, indica que las mujeres que, al momento de la encuesta, no se encontraban usando método alguno, informaron que el inyectable y el implante serían sus opciones anticonceptivas de preferencia.

La información recolectada será muy útil para incidir en la etapa de capacitación de prestadores, en aquellos aspectos en los cuales las usuarias tienen mayores dudas, disipadas éstas y si así lo desearan, pueden encontrarse en mejores condiciones de hacer una elección realmente informada. Empero, es importante indicar que el éxito de la aceptación de un método no radica tan solo en quien lo ofrece, sino en las condiciones de las personas que lo reciben, dado que esta aceptación puede ser bastante efímera o inconsistente, si es que no se eliminan verdaderamente las barreras que representan los temores a los efectos secundarios producidos por cualquier método.

INTRODUCCIÓN.-

Hace doce años, líderes mundiales se reunieron para firmar una Declaración que pudiera garantizar un trabajo sostenido para alcanzar objetivos de desarrollo integral para los pueblos. Durante todos estos años, se ha trabajado para lograr la reducción de la pobreza, el empoderamiento de la mujer y un adecuado acceso a la educación, salud, agua y otros servicios. Los Objetivos del Milenio son un reconocimiento a la integralidad de acciones para conseguir un desarrollo humano sostenible, en donde la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer son objetivos importantes para alcanzar también reducir la mortalidad materna, utilizando recursos estratégicos intermedios como el adecuado uso de anticoncepción. A pesar que la educación es uno de los principales componentes del desarrollo humano, ésta debe alcanzar estándares de buena calidad y no tan solo cumplir con la formalidad. Algunos datos de las últimas encuestas de salud, muestran que las brechas de indicadores importantes, se han estrechado entre las mujeres con mayor y las de menor nivel educativo, lo que puede llegar a invalidar esta razón. En el Perú, por ejemplo, la ENDES 2011, muestra que el 19.2% de adolescentes con secundaria y con estudios superiores habían estado alguna vez embarazadas, frente a un 19.7% sin educación¹.

Si bien los indicadores del Milenio señalan que el uso de anticonceptivos es cuatro veces mayor entre las mujeres que cursaron educación secundaria, que entre aquellas sin educación², se puede ver que los datos de la última ENDES 2011, no reflejan diferencias entre estas dos categorías: el uso total de métodos en las mujeres con primaria es de 73.5% mientras que en las que tienen educación superior es de 74%. Aunque se hallan diferencias entre el uso de métodos modernos y tradicionales, de aproximadamente 9 puntos entre ellas, la mezcla de métodos podría ser menos efectiva en el grupo de mujeres con mayor nivel educativo, dado que el método más usado es el condón masculino, mientras que las que tienen educación primaria, un 21.6% usan inyectable.³ Estos datos pueden ser ejemplo que la educación formal para el uso anticonceptivo, por lo menos en el Perú, no sería una variable necesariamente explicativa, sin embargo las cifras pueden también revelar que aquellas mujeres con mayor nivel educativo tienen mejores condiciones para la negociación y uso de condón con sus parejas.

Según la ENDES 2011, en el período de 25 años, entre 1986 al 2011, la fecundidad disminuyó en casi 40%, desde 4,3 hijos por mujer a 2,6. Pero con esta tendencia, se prevé que las mujeres sin educación tendrían 3,8 hijos frente a 1,8 de aquellas con educación superior, aun con uso anticonceptivo similar, otras variables, como el inicio de las relaciones sexuales, intervienen de forma importante marcando las diferencias.

Para la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, es importante conocer cuál es la proporción de mujeres que quieren espaciar o limitar los embarazos y por tanto regular la fecundidad, este dato que ofrece la ENDES, adicionado al uso o no de anticoncepción permite medir la necesidad insatisfecha y la demanda por métodos anticonceptivos. Preguntadas el total de mujeres unidas en edad fértil (MUEF), el 53% dijo no querer más hijos, mientras que 22% indicó que lo deseaba pero pasados

¹ Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuadro Nro. 3.10, página 96.

² PNUD. Objetivos del Desarrollo del Milenio 2010.

³ Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuadro Nro. 4.4A, página 105.

dos años. La tercera parte de éste último grupo no tenía hijos y 56% de este mismo grupo tenía solo uno. Estos datos evidencian ya una demanda por uso anticonceptivo para evitar embarazos no deseados por lo menos en los siguientes dos años después de la encuesta.

Importante es relevar que del total de mujeres que no desean más, 61% es del área rural, sin duda porque es donde existe un promedio de hijos más alto.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción se calcula solo con las MUEF, y para el 2011 la ENDES arrojó un 6.1%, de los cuales 2.1% era para espaciar y 4% para limitar. Sin embargo las regiones de La Libertad y de Ucayali están por encima del promedio nacional, con 8.9% y 8.6% respectivamente de necesidad insatisfecha.

La oferta de métodos es también un factor importante para cumplir con las necesidades de las personas que los demandan: entre el 2000 y el 2011, los métodos modernos tuvieron un incremento de 0.7%, de 50.4% a 51.1%; mientras que los denominados tradicionales (abstinencia o basados en el ciclo menstrual, retiro, folklóricos), se incrementaron en 5.8%, siendo los basados en el ciclo menstrual los más usados, aunque paradójicamente, solo 64.5% del total de usuarias de abstinencia periódica, dijeron que el tiempo fértil era “a la mitad del ciclo menstrual”⁴. Probablemente es por esa razón que aparece con una tasa de falla del 15% y con una tasa del 36% de discontinuación de su uso al año de usarlo.

El método más usado entre las MUEF, en el año 2011 fue la inyección, 18% y el menos usado el DIU⁵, 2.6%. Este método, por estar bajo el control del profesional de salud para retirarlo, tuvo la menor tasa de discontinuación. La píldora, el condón y la inyección anticonceptiva, en ese orden, tuvieron tasas de abandono durante el año de uso de 62%, 56% y 45% respectivamente, siendo las razones para abandonar la píldora y la inyección, los efectos secundarios que producían. En el caso del inyectable fue del 58%, en el DIU 49% y en la píldora reportaron 45% de efectos secundarios como razón de discontinuidad.

Finalmente, siempre con los datos de la última ENDES 2011, la gran mayoría de aquellas mujeres que no estaban usando método alguno en el momento que fueron entrevistadas, manifestaron que usarían algún método moderno, mencionando en primer lugar la inyección y luego el implante. Todo este breve análisis de características y deseos de las mujeres entrevistadas que es delineada por la ENDES, permite tener un acercamiento descriptivo de la demanda potencial que ellas representan y que resultan congruentes con algunos hallazgos de la exploración cualitativa objeto de este estudio.

Parte de esta relación encontrada lo representan los servicios de salud y lo que las personas que participaron en el estudio refieren y lo que encuentra la Encuesta Nacional para esta cuestión. Por ejemplo, el 95% del total de mujeres que fueran entrevistadas por ENDES manifestaron algún problema en relación a la atención en los servicios de salud. Para aquellos que son referidos al Sector Salud, por lo menos ocho de cada diez mujeres dijeron que “pensaban que puede que no haya nadie para atender”

⁴ Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuadro Nro. 4.9, página 111.

⁵ El inyectable subió entre el 2000 al 2011 de 14.8% a 18%, mientras que el DIU descendió de 9.1% a 2.6%. El condón fue el método que más subió para ese mismo período: de 5.6% a 12%

y/o “que no haya medicinas (insumos)”. En La Libertad y en Ucayali, la relación fue de nueve de cada diez mujeres entrevistadas para estas categorías.⁶

Finalmente, si en el mundo, las mujeres tuvieran solo la cantidad de embarazos que realmente desean, en intervalos planificados, la mortalidad materna se reduciría en alrededor de un tercio. La demanda insatisfecha en planificación familiar es una de las principales causas de embarazos no deseados y esta a su vez es la principal causa de aborto. De los 210 millones de embarazos que ocurren al año a nivel mundial, 80 millones son embarazos no deseados y al menos 42 millones de mujeres recurren al aborto. De este total, 20 millones tienen abortos inseguros, que producen aproximadamente 67 mil muertes al año.⁷ Una forma de responder a esta necesidad insatisfecha, es tener una amplia oferta de métodos anticonceptivos no solo disponibles sino accesibles a la demanda.

OBJETIVOS.-

1. Contar con un estudio que permita identificar las percepciones de potenciales usuarias de los métodos a introducir en establecimientos del sector público.
2. Conocer, a través del mismo estudio, las opiniones de prestadores de salud acerca de los insumos a ser incorporados en la oferta anticonceptiva de establecimientos del sector público.

METODOLOGÍA.-

Por las características de la información requerida, la metodología empleada ha sido cualitativa. La búsqueda requirió el diseño de un cuestionario de preguntas que fueron guía para la conducción de un total de 34 grupos focales, 17 con usuarias de algún método anticonceptivo y otros 17 con mujeres, que al momento de su participación no se encontraban usando método alguno, estaban usando algún método basado en la regla o se encontraban en periodo de lactancia. Otro criterio de inclusión fue que las participantes estuvieran en el rango de 20 a 35 años de edad.

Para el caso de los funcionarios y/o prestadores de servicios, se usó una guía de preguntas y buscándose espacios de entrevista para aplicarlas.

De la muestra: La selección de los establecimientos, así como de las mujeres fue deliberada, tomando en cuenta tan solo la importancia del establecimiento en la zona, el número de atenciones en planificación familiar (PF) y las facilidades brindadas por el personal a cargo, sobre todo, para la etapa de reclutamiento de las integrantes de los grupos. Cabe anotar que en las regiones de Ucayali y de La Libertad, se obtuvo un excelente apoyo por parte de las responsables del servicio de PF de las DIRESA y por los prestadores de servicios de cada establecimiento visitado, las coordinaciones previas realizadas por Pathfinder, aparentemente, predispuso las facilidades encontradas, lo que hizo que la programación de los grupos se cumpliera en la semana previamente señalada.

No ocurrió de la misma forma en Lima. Hasta la redacción de este reporte preliminar, los establecimientos de la capital, Lima, han mostrado muchas dificultades para la tarea de reclutamiento, encontrándose poco o ningún compromiso con el estudio y teniendo que, en varias oportunidades,

⁶ Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuadro Nro. 8.9B, página 207.

⁷ Chávez, Susana y Távora, Luis. “El Derecho a la Planificación Familiar. Una Agenda Inconclusa en el Perú” PROMSEX, Lima, 2010.

postergar la realización de los grupos por ausencia de participantes. Esto también hizo que se cambiara uno de los establecimientos inicialmente seleccionado⁸.

Aun así, dado que se había recogido la mayor parte de la información y alcanzado el punto de saturación, se tiene la certidumbre de no haber afectado las conclusiones finales de este estudio.

De los instrumentos: La guía de preguntas utilizada con las mujeres en los grupos focales, exploró los siguientes temas:

- Inicio de uso anticonceptivo. Razones. Tipo de anticonceptivo. Abandono
- Experiencia anticonceptiva con métodos modernos y con métodos tradicionales
- Conocimiento real⁹ del método en uso o de los que ha usado (se incluye los basados en la regla y lactancia amenorreica). Búsqueda de información.
- Conocimiento de otros métodos. Fuentes de información: servicios de salud, farmacia, externa (familia, amigos, vecinos, otros).
- Introducción de métodos nuevos. Percepción de los mismos. Disposición y barreras para el uso.
- Calidad ofrecida en el servicio en planificación familiar.

Mientras que para los funcionarios y/o prestadores de servicios, las preguntas fueron orientadas a:

- Situación del uso anticonceptivo en la zona. Preferencias anticonceptivas. Razones.
- Percepción de aceptación de nuevos métodos por parte de la demanda.
- El servicio de consejería y sus limitaciones: tiempo, espacios que garanticen confidencialidad, capacitación, recursos humanos, materiales de IEC.
- Disposición para la oferta de los métodos nuevos. Necesidades para mejor introducción.
- La logística interna de los nuevos métodos. Condiciones de seguridad.

CUADRO 1: ESTABLECIMIENTOS Y NÚMERO DE GRUPOS FOCALES EFECTUADOS

DIRESA	HOSPITALES/ ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Nro. de grupos focales	
		Usuarías	No usuarias
LA LIBERTAD	Hospital Regional	3	3
	Hospital de Otuzco	2	2
	Hospital Distrital Santa Isabel	2	2
Sub total		7	7
UCAYALI	Hospital Regional de Pucallpa	2	2
	Hospital Amazónico de Yarinacocha	2	2
	C. de S. Campo Verde	2	2
Sub total		6	6
LIMA	Hospital San José Villa El Salvador	2	2
	C. de S. de Chorrillos I	1	1
	C. de S. Juan Pablo II	1	1
Sub total		4	4
Total Grupos Focales por tipo de usuaria		17	17
Gran total		34	

⁸ No se ha podido recoger información en el Instituto Materno Perinatal, porque a pesar de haber mostrado interés, el departamento de investigación del Instituto, solicitó muchos requisitos, uno de los cuales incluía una revisión ética del protocolo, así como la asignación de una parte del presupuesto del estudio, como pago por derecho de uso de la información que proporcionen las usuarias de sus servicios.

⁹ Entiéndase por "Real" como: las características completas del método incluidas, su funcionamiento, efectos, duración, controles, etc.

CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS.-

Un total de 244 mujeres prestaron su palabra en los 34 grupos focales realizados en las tres regiones seleccionadas, de ellas 104 se encontraban usando algún método abastecido por el servicio de PF de los establecimientos públicos de salud y 142 no estaban usando método o su protección estaba confiada a la lactancia amenorreica o al método “del ritmo o calendario”.

CUADRO 2: NÚMERO DE MUJERES, POR USO DE MAC, PARTICIPANTES EN GF

REGIÓN	USUARIAS	NO USUARIAS	TOTAL
LA LIBERTAD	48	55	103
UCAYALI	40	54	94
LIMA	14	33	47
Total	102	142	244

La edad promedio para el total de mujeres incluidas en los grupos focales fue de 28.2 años. Tan solo se encontraron mínimas diferencias entre la edad promedio de usuarias y no usuarias, pero sí se ven algunas diferencias entre regiones y entre el grupo de mujeres que usa y las que no usa anticonceptivos, tal como se puede ver en el cuadro siguiente:

CUADRO 3: PROMEDIO DE EDAD Y DE HIJOS POR MUJER PARTICIPANTE DE GF, POR REGIONES

REGION	USUARIAS		NO USUARIAS		Total	
	Edad Promedio	Hijos Promedio	Edad Promedio	Hijos Promedio	Edad Promedio	Hijos Promedio
LA LIBERTAD	30	1.9	31.5	2.0	31	1.9
UCAYALI	26	1.8	28	1.6	27	1.7
LIMA	29	2.0	25	1.7	27	1.8
Total	28.3	1.9	28.1	1.7	28.2	1.8

Se encuentra que las mujeres usuarias en Ucayali son más jóvenes que el resto de mujeres, curiosamente en esa región también se encontró, en general, el menor número de hijos promedio. En Lima, las no usuarias fueron las mujeres participantes más jóvenes, por el contrario La Libertad tiene 31 años como edad promedio total. Hay que decir que el promedio es elevado por las participantes de Otuzco.

Aunque estas cifras, por las características del estudio, no tienen relevancia estadística, son descriptivas de las integrantes de los grupos focales y podrían de alguna manera, ofrecer información acerca de las usuarias de los servicios de salud reproductiva en los establecimientos visitados.

Dato interesante puede considerarse, que por lo menos cuatro de diez mujeres que participaron en los grupos como no usuarias de anticonceptivos, habían abandonado el uso, porque se consideran no activas sexualmente¹⁰, ya que sus parejas estaban trabajando en zonas lejanas y llegaban cada dos o tres

¹⁰ Según el INEI, considera a una mujer “no activa sexualmente” a todas aquellas que no han tenido relaciones en el mes anterior a la entrevista.

meses o las mujeres estaban separadas de la pareja por diversas razones (malos tratos, abandono, infidelidad, etc.), asumiendo que la anticoncepción no es necesaria, aun cuando las parejas pudieran retornar imprevistamente.

EL USO ANTICONCEPTIVO Y SUS BARRERAS: HABLAN LAS MUJERES.-

Se encontró que el conocimiento de métodos anticonceptivos en los ámbitos visitados, está generalizado, sobre todo aquel que es integrado por la oferta que tienen los establecimientos públicos de salud. El bajo conocimiento de la existencia de otros métodos como los que constituyen aquellos que están siendo introducidos a la gama existente en los establecimientos de salud pública, como el condón femenino y el implante, es consistente con la información que ofrece la ENDES 2011, que señala que entre los métodos menos conocidos por la totalidad de las mujeres encuestadas, se encuentran el condón femenino y los implantes. Aunque es la lactancia amenorreica, el que aparece como el método menos conocido en la ENDES.¹¹

En el país, los métodos más usados por todas las mujeres, son los inyectables, el condón y la píldora, en ese orden. Sin embargo, es la abstinencia periódica, ritmo o calendario, el que es usado por más del 10% de todas las mujeres del Perú, seguido por el retiro con casi el 5%. En el estudio realizado, ambos métodos son encontrados en mezclas singulares, porque muchas de las mujeres que participaron en los grupos focales, manifestaron que “se cuidaban con la regla, y que si tenían relaciones durante los días de peligro, el marido las cuidaba” usando el retiro.

CUADRO 4. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EN LAS REGIONES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

REGION	Usuaris Métodos Modernos				Usuaris Métodos Tradicionales			No Usan	TOTAL %
	Inyección	Condón	Píldora	Otros	Abstinén.	Retiro	Otro		
La Libertad	15.8	10.6	7.1	13.9	17.3	7.1	0.2	28	100
Ucayali	23.4	5.5	12.2	12.1	9.2	3.0	2.5	32	100
Lima	13.6	18.2	9.9	16.7	10.1	8.3	0.4	23	100

Fuente: ENDES 2011. Elaboración propia

Y, aunque a nivel nacional, la ENDES refiera que el 43.4% del total de mujeres conoce cuándo se produce el periodo fértil; en el grupo de mujeres que participaron, tan solo se encontró que dos de cada 10 conocían verdaderamente cuándo éste se producía, siendo mucho más difícil encontrar el asocio del periodo fértil con el reconocimiento de algunas otras manifestaciones físicas en sus cuerpos¹². La información que poseían, aquellas pocas conocedoras de su período fértil, es resultante del reflejo de un buen aprendizaje de cómo usar el calendario, pero no tenían idea alguna de cualquier otro signo que les contribuya afirmar los días de mayor riesgo de embarazo. Para otro grupo, a pesar de que en algún momento habían recibido explicación, ésta no había podido ser aprehendida y quedó olvidada,

¹¹ Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú.

¹² Otras manifestaciones se refieren, a elevación de la temperatura corporal, turgencia de mamas, sensibilidad sexual, etc.

mientras que el resto no mostró interés en conocer y si aplicaban el método, lo hacían de acuerdo a indicaciones imprecisas de parientes, amigas o conocidas.

Por otro lado, se encontró que la mayoría de mujeres que están usando métodos modernos y que se abastecen de los establecimientos públicos de salud, no conocen íntegramente las características del mismo y cuáles son los efectos que podrían tener con su administración¹³. Esta situación hace que el uso transcurra con periodos de zozobra y de duda constante, que en buena parte de las mujeres ha ocasionado que el método se abandone por cierto tiempo y se retome debido a la “necesidad” más que al convencimiento¹⁴.

“Yo prefiero usar aunque no me caiga bien, lo peor es que salga embarazada”

Usuaría, Campo Verde, Ucayali.

“Varias veces he dejado, pero mi marido dice que hay que usar nomás, debería haber para hombres método, a ver si les gusta”

Usuaría, Villa El Salvador, Lima.

“Por no tener hijos, aguanto, aguanto nomas lo que hacen esos métodos, pero no quiero más hijos”.

Usuaría, Porvenir, La Libertad.

En el estudio encuentra que lo más frecuente sean los problemas que reporta el inyectable trimestral, el más utilizado de los anticonceptivos en el sector público. El inyectable trimestral, produce amenorrea aproximadamente en la mitad de las mujeres que lo usan, sin embargo se encontró que **ninguna** de las mujeres que estaba usándola en el momento de la recolección de información para este estudio, había recibido información adecuada acerca de esta manifestación. Las pocas que preguntaron a los prestadores de salud sobre esta particularidad, recibieron como respuesta que era “normal” que la regla se ausentara, más no la razón de esta “normalidad”. Es decir, la información sobre el mecanismo de funcionamiento de la medroxiprogesterona, raramente es entregada, según los prestadores, porque se “necesita bastante tiempo para explicar, porque lo normal es que no entiendan bien [las mujeres]”.

Pero también están las otras mujeres persuadidas por el personal de salud a que “deben ver su regla” después que han tenido un largo periodo de uso del inyectable trimestral¹⁵.

“Yo tuve mi primera hijita a los 15 años, nunca me había cuidado con nada, de ahí tuve mi segundo bebe, en mi casa tuve. A los 8 días lo llevé a su control para que le vean a mi hijito, allí me dijo la señorita, de repente allí nomas te va poner tu marido otro ya!, ahorita vamos a ponerte tu ampolla, me han puesto mi ampolla, de allí ya me he ido [al establecimiento] cuando me tocaba, no me he descuidado, me iba hasta los 9 años que mi hijo ha tenido, 9 años me he cuidado seguido, hasta no veía mi regla yo, seguía con ampolla, no veía mi regla. De ahí que me tocaba poner inyección, me fui

¹³ Parece haber discrepancia con la información que proporciona la ENDES 2011, que dice “Las mayores proporciones de usuarias informadas sobre los efectos del método usado se presentó entre los residentes de la Sierra (80.1%), en las mujeres sin educación y del área rural (79.7%)” Pág. 113.

¹⁴ La píldora (61.7%), el condón (56.7%) y la inyección (45.2%), son los métodos con mayor tasa de discontinuación al año de uso:

¹⁵ La razón de discontinuación más alta, son los efectos secundarios que produce el uso de los anticonceptivos. Según los datos proporcionados por la ENDES 2011, 58.3% discontinúa el uso del inyectable por esta razón, seguido por el DIU, 48.7%, la píldora con 44.7%, y, a pesar del muy escaso uso con el que aparece el implante, 38.6% discontinúa su uso por los efectos que produce.

al médico, me dijo la señorita ¡tienes que ver tu regla!, pero si yo no veo mi regla le digo, como voy a ver; no, tienes que ver tu regla, tienes que ver tu regla para ponerte otra ampolla, de ahí le digo, si mi regla a mí no me da nunca le digo, como voy a poder...por eso, hay que ver, por eso te digo, me dijo”
No usuaria. Amazónico de Yarinacocha. Ucayali.

U otros que, expresan sus propias barreras (o temores), en relación a los anticonceptivos hormonales, en especial al inyectable trimestral.

“...pero cuando con ella [con el personal de salud] a veces conversamos, ella dice, según la obstetra de allí de San Fernando, ha dicho, que ella había quedado estéril , así le ha dicho la obstetra, o sea porque había mandado a hacer sus análisis, ella dice se me han secado las trompas, que se ha secado por usar tanto las ampollas... porque cuando converso con ella me dice eso, así también me asustan a mí, de repente esta seca tu trompa por eso ¿no?...”

No usuaria. Amazónico de Yarinacocha. Ucayali.

Numerosos estudios realizados en décadas anteriores¹⁶, que indagaron sobre el o los significados que la sangre menstrual tiene para las mujeres, refieren la asociación que hacen sobre ésta y la posibilidad de ser fértiles, y que la descarga mensual proporciona la certidumbre de que continúan teniendo esa cualidad, que las hace “fecundables” y las hace ver “completas” como mujeres¹⁷. Esta apreciación atávica, es absolutamente independiente de la intención anticonceptiva, del deseo de no tener hijos pronto o quizás nunca más. Razón por la cual, las mujeres, cambian de método con cierta frecuencia; y se mueven entre el inyectable, que les parece el más sencillo de usar, la píldora o el condón. En algunos otros casos, se retorna a tan solo el ritmo, lo importante es volver a ver el flujo menstrual que les asegura que “no hay nada malo”, y que la sangre que es un “desfogue”, se está eliminando “correctamente”, así como, asegurarse que “de verdad no existe embarazo”. El no tener información completa, alimenta cualquier otra referencia que pueda ser ofrecida por las personas que se encuentran en su espacio familiar-social.

Pareciera que hay una idea entre grupos de prestadores de servicios de planificación familiar, que los hormonales combinados, píldoras, pueden causar problemas de identidad a los bebés pequeños, generándoles inclinaciones homosexuales. Otra explicación plausible, es que se utilice este argumento para convencer a la mujer, a que se ponga un inyectable y que se encuentre protegida lo antes posible, sobre todo en la etapa de lactancia. Se ha encontrado varios testimonios de usuarias de servicios que han recibido esta información directamente del personal de salud, y que luego ellas difunden en sus redes sociales. Un ejemplo de esto, la proporciona la siguiente evidencia:

“La primera vez use la T de cobre, luego ampollas y las píldoras. La T de cobre no me cayó primero. Porque era varón mi hijito, me dijeron que no podía tomar píldoras, sino la ampolla, y yo a la ampolla le tenía miedo, no podía tomar píldoras, porque si iba tomar, tiene hormonas femeninas, eso tienen

¹⁶ Un ejemplo de estos estudios es el reporte que hace la Dra. Carmen Coll del Instituto Catalán de Salud, denominado, “La Mujer, La regla y la píldora”, en el que hace un recuento minucioso, del significado de la sangre menstrual en diversas culturas del mundo y que se remonta a siglos atrás, muchos de los cuales aún perduran.

¹⁷ Las explicaciones tienen que ver con formas de expresar la sexualidad y la fecundidad de la tierra, si no existe la posibilidad de ser fecundada, pasas a ser tierra “muerta”.

las píldoras, eso me dijo la obstetrix, no puedes tomar píldoras porque tu hijo es varón y tiene hormonas femeninas, si, y yo no quería ponerme las ampollas, tenía miedo a las ampollas, estaba lactando mi bebito, tenía miedo a las ampollas, tenía pánico a las ampollas, ¿qué método más hay? le pregunté, la T de cobre me dijo, eso me colocó, me cayó mal, me dio infección, me puse un palito, bien flaquita ... pero mucha infección me dio, descensos, dolores, al mes tenía que sacarme. Ya pues me tuve que poner las ampollas, me daba miedo, no sé, nunca me han puesto ampolla, nunca cuando tenía uno dos años me han puesto ampolla, desde que tenía diez, nueve años, no a la aguja, no quería, pero ya pues a la fuerza me tenían que ponerme”.

Usuaría, Hospital Regional. Ucayali.

El saber previo de las mujeres que constituyen la demanda potencial para nuevos anticonceptivos es sumamente importante, porque es sobre este conocimiento que recaerán nuevas ideas y nociones de otras formas de prevenir embarazos no deseados. Si la población, a la cual se dirige otras posibilidades anticonceptivas, está condicionada por una desinformación sostenida por muchos años, esta desinformación será el caldo de cultivo sobre el cual se entregará otros conocimientos, los que serán valorados bajo los juicios existentes: una pobreza de información que impediría tomar decisiones verdaderamente reflexivas y consecuentes del uso de un nuevo anticonceptivo. Las experiencias propias y ajenas, no siempre positivas, son las que finalmente serán los soportes para decidir el uso de nuevos métodos en el mercado, en especial el implante y el condón femenino. Cabe destacar, que el inyectable mensual como integrante de la oferta sería bienvenido por un grupo de mujeres que están usando inyectables trimestrales y que están amenorreicas, dado que existe buena probabilidad que la menstruación pueda volver a hacerse presente. No obstante, la mayoría no le agrada la alternativa de tener que acercarse mensualmente al servicio y otras muchas que tengan que “picarse” o inyectarse cada mes.

“A me hace daño si es que no viene la sangre, una acumula, acumula, te salen chupitos....”

“Es la sangre que está muerta y por eso es que subes de peso, porque se acumula”.

“Mejor me voy a la farmacia y me compro la de un mes, te cuesta, pero ves tu sangre mensual, mensual”.

Usuarías. Hospital Regional de Pucallpa, Ucayali.

A pesar de que aparece generalizada la opinión acerca de los problemas que causaría la ausencia de menstruación, un grupo pequeño se inclinó por revisar las ventajas de no tener el sangrado mensual. Sin querer afirmar que es característica propia, la mayoría de estas mujeres, pertenecían al grupo de 20 a 30 años de edad.

“A mi, mejor que no me venga la regla, porque siempre me molesta, tengo cólicos”

No usuaria, Hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali.

“Es un descanso, no preocuparse que cada mes va a venir la regla, te pones ampolla y ya”

Usuaría, Hospital San José, Vila El Salvador. Lima.

“Para mi, fue mejor, porque a veces yo no quería que venga [la regla], y tomaba limón y me cortaba, pero ahora, ya no viene, entonces ya no la veo, y estoy bien, no me preocupa”

Usuaría. Hospital El Porvenir. La Libertad.

Por lo general las mujeres, si bien exigen un buen trato, pero, como ya se ha explicado en párrafo anterior, no les es posible hacer otras preguntas que aquellas más básicas, y suelen conformarse con las respuestas que les ofrecen los prestadores de salud. Éstos además, en muchos de los casos, tienen actividades recargadas y/o un gran número de personas que atender, lo que prácticamente les impide tener mayor tiempo para dedicarle a una usuaria que viene por reabastecimiento. Las mujeres no siempre discriminan el “buen trato” (sonrisas y saludos afectuosos) con una atención de calidad, es decir aquella que al margen del “buen trato”, pueda eliminar dudas y satisfacer realmente las necesidades de la persona atendida. Las siguientes evidencias muestran que no todos los y las prestadoras se encuentran preparadas para responder inquietudes de las usuarias del servicio.

“No me explicaron que la ampolla tenía duración de tres meses, después de que quedé embarazada, recién me dijo la señorita, que disculpe que ella se había equivocado en la fecha, recién ahí me explicaron”

Usuaría, Hospital Regional Trujillo. La Libertad.

“Cuando es rojito me ha dicho la obstetrix, y cuando es negrito es porque ya estás embarazada, si, o sea, cuando es rojito dice es normal, es tu regla, cuando ya estas con principio de embarazo es negrito ya”

Usuaría, Amazónico de Yarinacocha. Ucayali.

“Mi pareja no es de hacerse problemas por esas cosas, por ejemplo él me dice ¿no?... si tu deseas te puedes cuidar con ampolla dos años, porque también con el tiempo puede ser fatal, ¿no? porque yo tuve el caso de mi mamá, el caso es que no menstruaba, tuvo un tipo de obstrucción, le dijeron que tenía que cortarse, [operarse] o sea, ella toda su vida casi se cuidó con ampollas, le dijeron que eso es malo, que máximo se puede cuidar exactamente como 3 años, y eso yo hable con mi pareja todo no.. y él me dijo: si tu deseas no te cuides con ampolla, nos cuidamos con preservativo...”

Usuaría, El Porvenir. La Libertad.

“Ellos (el personal de salud) saben más por eso ellos nos deben decir todo lo que pueda pasar con los métodos... pero dicen poquito no más, casi nada dicen”.

Usuaría, Hospital San José, Villa El Salvador. Lima.

El DIU es el método cuyo uso ha descendido más en la última década entre las mujeres unidas, de 9% a 2.6% en el 2011. Su uso en los quintiles 4 y 5 de pobreza, apenas alcanza a 1% entre las MUEF. En los años 91 y 92 fue el método más usado, y durante varios años su uso fue indiscutible, se colocaba inmediatamente después del parto y en transcesárea, se hacía una consistente promoción del mismo. Las razones de su descenso, tienen origen en las barreras que se erigieron alrededor de este método, que retroalimentaron los temores de la población y que respondieron más bien a fuertes campañas con raíces confesionales y políticas. Finalmente, los proveedores dejaron de ofertarlo, porque carecían del

equipo y los insumos necesarios, pero sobre todo, porque fueron perdiendo la habilidad de la inserción y se hizo más sencillo reorientar la demanda a métodos de fácil administración.

Lo cierto es que en este sondeo cualitativo se han recogido los mismos temores y mitos alrededor del DIU que ya existían, y de los cuales reportes de muchos estudios sobre opiniones y percepciones de la población han mostrado evidencias cuantiosas. Lo más probable es que muchas de ellas se hayan reforzado o encontrado razones para continuar con su desconfianza en este método.

“Mi cuñada ha estado siete años con T de cobre, pero le dio hemorragia y ahora ya esta bien, pero usa otro método”

No usuaria, Hospital El Porvenir. La Libertad.

“Dice que T de cobre, la ven o no la ven, salió embarazada, y al momento que nació el bebe, la T de cobre ha estado en la frentecita de su bebe, yo lo he visto cuando me fui al hospital, el doctor lo ha operado para quitarle y tiene su marquita”

Usuaría, Hospital Regional Trujillo. La Libertad.

“Porque la T se mueve y después mi hermana salió embarazada”

Usuaría, Centro de Salud Chorrillos I, Lima.

“Produce infecciones y también da cáncer”

Usuaría, Regional Pucallpa. Ucayali.

“Cómo nos vamos a poner T de cobre si tiene tantos problemas, nos dará cáncer, se hace carnes en nuestro adentro...”

No Usuaría, Centro de Salud Campo Verde. Ucayali.

“A veces te sale como un sarrito, pero no se encarna, no se pega, no sé, no le pasa nada de esas cosas, eso también es parte de nuestra imaginación, nos dicen se te va pegar, yo he escuchado inclusive mamás que dicen que su hijo nació con la T en la mano, aquí pegada, acá en la espalda; no debe ser cierto eso, ¿verdad?”

Usuaría, Hospital de Otuzco. La Libertad.

A continuación, se agregan testimonios que aluden posiblemente a una falta de seguimiento sobre los efectos de los métodos. Por lo general la persona que llega a reabastecerse del método, no solo debe esperar su turno en los servicios de obstetricia, ginecología o en planificación familiar, depende de la organización del servicio, sino que al largo tiempo de espera (a veces tres horas o más), es atendida brevemente, no se hace un chequeo de cualquier manifestación extraordinaria del método y la pregunta es tan solo. ¿Cómo te va con el método? Si las respuestas incluyen, “tengo dolor de cabeza”, “he subido de peso”, “estoy aburrida” (de mal humor, regañona) o cualquier otra, invariablemente la respuesta es indicar que “eso es normal, es por el método”, aplicar el inyectable o entregar las píldoras. En el caso del condón no hay preguntas ni respuestas, aunque algunas pocas, dijeron haber recibido instrucción sobre el uso de los condones, lo que deriva a mencionar la carencia de perspectiva de género existente en los servicios, en donde la principal actora es la mujer, más aun, cuando se sabe que las posibilidades de negociaciones exitosas para el uso de este método todavía son escasas y muchas veces, según testimonio de las mismas mujeres, los condones terminan guardados en algún rincón o son dados como objeto de entretenimiento a los menores.

“Tuve que aguantar estar gorda, pero prefería eso a llenarme de hijos, mejor estar con la píldora”.

Usuaría, Hospital de Otuzco. La Libertad.

“Yo subía más y más con la inyección y me decían estás muy gorda, pero por vergüenza no decía nada cuando venía controlarme, tampoco me preguntaban, luego cambie a píldoras y me sentí mejor, ya no estaba tan molesta con mis hijos, mejor estaba”.

Usuaría, Hospital de Otuzco. La Libertad

Por otro lado, la escasez de prestadores de servicios y la multiplicidad de actividades que tienen que cumplir, que incluyen salidas por capacitaciones, servicios de guardia nocturna, permisos, etc., hace que los servicios estén pasando por realidades críticas, que perjudican la calidad del servicio brindado.

“Yo me cuido hace dos años ya con la ampolla, y hasta ahorita no veo mi menstruación, todito ese tiempo, ni poquito, ni negro, ni rosadito, ni nada. Incluso la doctora me dijo eso, que con eso no se ve la menstruación, no se ve, me dijo ella. Pero estoy decidida, ya no voy a usar eso ya, porque mucho estoy engordando, ahorita llevo por 70 kilos, yo estaba con 54, incluso cuando yo vine hace dos meses atrás me pese, y pesaba 66, ya empecé a comer poco, tomo bastante agua, agua, agua, y pensé que había bajado de peso, no, porque supuestamente el agua te baja de peso, ya no comía de noche, y resulta que estoy subiendo más, mas, yo digo lo único que es: la ampolla, por eso que ya no quiero usar las ampollas”

Usuaría. Centro de Salud de Chorrillos I, Lima.

“Yo tengo una preguntita, tengo una vecinita que se había cuidado, dice, dos años con la ampolla, pero ahorita su hija tiene 20 años, o sea ella menstrua normal, como dice ella, pero ahora quiere otro hijito ¿no?, todos los días ahí, ahí, ahí paraba con su esposo, [tenía relaciones sexuales], pero nunca se pudo encontrar embarazada ella, casi 8 años ya que no puede, debe ser por la ampolla ¿verdad?”

No Usuaría. Amazónico de Yarinacocha. Ucayali.

El inyectable sí, la píldora es a partir de los 6 meses, la píldora no, en Yarina si prácticamente nos obligan, ahí nos hacen salir con ampolla, yo quería píldora, no, no ampolla, dicen, tiene que poner porque mañana más tarde vas a estar viniendo otra vez ni modo que vas a salir, al toque te están poniendo,... (Asentimiento de otras mujeres)

Usuarías, Hospital Amazónico de Yarinacocha. Ucayali

Los párrafos anteriores denotan la importancia que las mujeres le dan, a ver la regla mensualmente, y; a pesar de la tolerancia de las usuarias de inyectable trimestral de observar la ausencia de la misma, ellas serían más felices si pudieran verla. Otras han abandonado el inyectable para optar por la píldora (y, el riesgo de olvidarse de tomarla), sencillamente porque prefieren ver la regla. Un tercer grupo, usa por un tiempo, que va desde una a cuatro dosis de medroxiprogesterona y cambian a otro método – píldora o condón – y en el peor de los casos se quedan desprotegidas esperando que aparezca nuevamente la menstruación que les asegura que pueden seguir saliendo embarazadas (ser fértiles) y que les elimina, a algunas, cualquier otra manifestación indeseada: dolores de cabeza, aumento constante de peso, mal humor y falta de deseo sexual (posiblemente por la desestabilidad emocional).

Finalmente, es importante recoger, no solo las desinformaciones existentes, cuyo origen podrían estar en los servicios de salud, sino también aquellas originadas por la mistura de afirmaciones culturales que se fijan, a través del tiempo, en la consciencia de las personas. Esto significa que hay un crédito importante que las personas en general y las mujeres en particular, administran para el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Entonces, se encuentran en las tres regiones algunas costumbres que son frecuentemente utilizadas y que colaboran para que existan embarazos no deseados, sin embargo, son recursos socorridos cuando no existe información confiable (o creíble) o porque resulta difícil dejar de creer en lo que ha sido un mandato de tus ancestros.

“Cuando tuve infección urinaria y sentía pues ardor en mi vejiga, entonces, para no irme al doctor, me dice mi abuelita; cuando tu tengas infección urinaria hijita, para que te pase rápido exprimes, compras un limón chiquito, y exprimes en pedacito de algodón y eso te introduces, al rato que vas a dormir, te va pasar todito el dolor me decía, y verdad, así yo hacía, al día siguiente sacaba pero ¡no me dolía nunca! si se lo sacaba, ¡no arde no! no es traumático, no arde”

No usuaria, Otuzco, La Libertad.

“No me pongo un DIU, una T de cobre, porque, porque mmm..., que le digo, mis abuelas, mi mamá, como que sus pensamientos de antes, que la T de cobre te hace daño, te da cáncer, te da todo, me han metido a la cabeza, me han explicado como lo ponen y me dio miedo, entonces usé las píldoras”.

Usuaria. Villa El Salvador. Lima.

“Si no estoy protegida, es fácil, tomaría raíces hervidas, siempre funciona, me lavaría vaginalmente, así no quedaría embarazada... así no más me cuido”

No usuaria. Campo Verde. Ucayali.

NUEVOS MÉTODOS EN LA MEZCLA: LAS DUDAS MÁS FRECUENTES

Para recolectar esta parte de la información, sin duda la más relevante y objetivo principal del estudio, las mujeres usuarias y no usuarias, fueron expuestas a sus propias exposiciones a cualquier otro método que hubieran usado, aun si éste fuera basado en la regla y/o abstinencia, cuyos resultados ya han sido descritos.

Preguntadas si conocían el implante como método anticonceptivo, por lo menos la tercera parte de las personas que integraron el grupo de participantes, había escuchado hablar y/o conocía a alguien que se había colocado el implante, aunque la información que poseían en ese momento estuviera sesgada. Es claro que los datos mencionados están referidos al implante Norplant[®], que tuvo un tiempo de ser abastecido en los establecimientos de salud¹⁸ Las personas recordaron haber sabido del implante Norplant[®] por el mismo servicio, por trófolios informativos de todos los métodos y, sobre todo, por las personas o que habían usado o que conocían de alguna otra que le habían colocado el implante. Esta

¹⁸ Hasta el año 2000, la ENDES reportó el Norplant[®], implante subdérmico, como método en la oferta en los establecimientos públicos, las siguientes ediciones de esta encuesta fueron mostrando su desaparición, debido a que el Estado ya no lo consideró en su compra anual de insumos.

situación hizo que las mujeres recordaran con mayor frecuencia la información negativa acerca del método y pocas evidencias positivas sobre el mismo.

“El implante ha vuelto estéril a una amiga, pero mi hermana me ha dicho que el implante es 100 por ciento seguro”

Usuaría, Centro de Salud El Porvenir. Trujillo. La Libertad.

“Yo quiero que me pongan [el implante], pero mi amiga me ha dicho que se puede romper dentro, dice que es de vidrio”

Usuaría Hospital Regional, Trujillo.

¿Se pone acá en el bracito? ¿El que se utilizaba anteriormente? pero por problemas de que algunas mujeres les causaba cáncer se ha dejado de usar. Yo tengo la información que te introducen, te ponen en el brazo esas cositas.

No usuaria. Hospital Amazónico, Ucayali.

“Los tubitos se ponían debajo de la piel, dicen que también tiene hormonas como la inyección, pero yo no le he tomado mucho interés porque le tenía miedo, parecía que ya no podía ir a trabajar, ni ponerme ropa, ni nada, yo, ya no he preguntado”

Usuaría, Hospital San José, Villa El Salvador. Lima.

“Más que todo lo poco que he leído, dice que te lo implantan en un lugar donde no puedas, más que todo mejor dicho, no es en las articulaciones, puede ser en el brazo, puede ser en la pierna y te lo implantan simplemente no muy profundo tampoco, solamente, simplemente es como debajo de la piel, eso, también es práctica para que lo pongan bien, es como también muchos lo consideran hormonal, porque también puede llegar, puede ir en tus hormonas simplemente, pero ves tú menstruación normal, solamente no te embarazas, eso es lo poco que me acuerdo porque lo leí hace mucho tiempo”

Usuaría. Hospital Amazónico de Yarinacocha. Ucayali

“Debe hacer carne, cuanto tiempo está con los tubitos, de todas maneras debe malograrle algo”

No Usuaría. Centro de Salud Chorrillos I. Lima.

Como se ha dicho en anteriores párrafos, la evaluación que las personas hacen sobre un nuevo método, pasa necesariamente por el conocimiento y experiencia adquirida por el uso de otro u otros métodos y/o por la información recogida de diferentes fuentes. Al final, las personas poseemos una amalgama de datos con los cuales emitimos juicios y orientan nuestro comportamiento. Esto resulta especialmente importante para la salud sexual y reproductiva, la cual aun mantiene particularidades que la confinan a rincones invisibles en su conjunto, mirando la anticoncepción bajo el enfoque del uso más no de todo su significado. Lo observado lleva a colegir que para la decisión anticonceptiva, muchas mujeres privilegian los efectos colaterales que pueden afectar su cuerpo y su mente, es decir el sentir “que no tiene deseo por la pareja”, “que duele la cabeza espantoso”, “que está gorda”, “que hay

malhumor”, “que no se ve la regla” entre otras, forman parte del bagaje de razones que debe enfrentar para hacer una elección, razón por la cual, el implante a ser introducido pasará por esa lista de chequeo antes de ser aceptado. Lo importante a saber es que no necesariamente, las mujeres expresaran sus dudas y temores, y que justamente este estudio, así como muchísimos otros, efectuados desde hace un par de décadas, revelan la urgente necesidad de habilitar a las mujeres y hombres en sus derechos sexuales y reproductivos, como en sus derechos ciudadanos, pero también observar a los prestadores de salud en la entrega de servicios de esta naturaleza.

Las principales dudas que fueron manifestadas sobre el implante se encontraban alrededor del efecto sobre la menstruación.

“Si, no menstrúas te llenas de estrés, eso me han dicho”

“Se forman quistes cuando uno no le viene la sangre, ahí se queda y por eso una se engorda...”

Usuarías. Centro de Salud de Campo Verde. Ucayali.

Los temores expresados acerca de las características y funcionamiento del implante a ser introducido, se expresan a través de los testimonios que siguen y que se resumen en la Tabla 1. Para darle cierto orden, en la tabla, se ha tratado de separar arbitrariamente los argumentos emitidos por las participantes, aunque siempre hay que recordar que en este tipo de reuniones, a pesar de la guía construida, los temas surgen y se entrecruzan, por lo cual, la interpretación debe ajustarse a las necesidades de lo solicitado para este estudio.

Otros temas frecuentemente mencionados por las mujeres de Trujillo y de Otuzco en relación al implante, están dirigidos a la inserción del método. Hay temor a que se les “pique”, o inyecte algo que puede ser muy “grueso”, que sea dolorosa esta inserción y que el mantenerlo en el brazo también le cause dolor. También les preocupa la forma en cómo se retira, dado que hay que hacer un pequeño corte y les produce temor por la sensación de dolor.

“Pero cuando te inyectan, como le dicen ¿implantación? no tiene ningún síntoma como dicen otras, que puede tener cáncer”

No usuaria. Centro de Salud de El Porvenir. La Libertad.

“Señorita una pregunta, ¿pero eso no es como la T de cobre que cuando esta 5 años, 6 años se hecha carne?, ¿se pega?”

Usuaría, Hospital San José. Villa El Salvador. Lima.

“Me dejaría una cicatriz, eso no me gustaría”

No usuaria. Centro de Salud Juan Pablo. Lima.

“Debe ser una aguja más grande y más gruesa”

Usuaría. Hospital de Otuzco. La Libertad.

Unido a esto, se encuentra la posibilidad a que se “encarne” en el brazo y luego no se pueda extraer. “como pasa con la T de cobre”. Algunas mujeres manifiestan aversión a tener algo “dentro del cuerpo”, que ellas no puedan controlar y que a la larga les pueda producir un daño.

“...eso de lo que estaba diciendo se pone en los brazos, yo como juego vóley todos los días, este, hay veces que la pelota choca aquí, ¿no me podría hacer algún daño así?, a veces, no vaya ser cuando uno saca la pelota viene fuerte no sabes en que parte nos va tocar ¿no?, pues en el juego no sabes en que parte va chocar, claro cuando a veces las personas matan tienes que correr, ¿no? ...”

Usuaría, Centro de Salud de Campo Verde. Ucayali.

De qué está hecho el “*tubito*” es otra de las preocupaciones, “*porque se puede romper*”. La migración “*puede moverse*”, del implante también es una información que debe ofrecerse y que les asegure la imposibilidad que esto ocurra.

El tener que “*cuidar el tubito*” y les impida hacer sus faenas diarias y llevar su vida cotidiana, formó parte de las preguntas realizadas. Cargar pesos, golpearse en la zona en donde se encuentra, asociado a la posibilidad de sentir algún dolor o provocar que “*se rompa*”, crea cierta desazón a las mujeres que participaron.

“Me han dicho que son tubitos de vidrio, eso se puede romper adentro ¿verdad?”

“Hay que cuidarlo para que no se mueva”

Usuarías, Hospital de Otuzco, La libertad.

Finalmente, también se manifestó preocupación por conocer si colocarse un implante, producía dolor de cabeza y aumento de peso como el inyectable, y si se lo podían “*sacar en cualquier momento*” o tenían que tenerlo necesariamente durante los tres años.

Pero, si después de algún tiempo ya no quiero, quiero salir embarazada, ¿me lo quitan?, ¿me van a cortar para eso? ¿Me tengo que quedar todo el tiempo con eso?

No usuarias, Hospital San José, VES. Lima.

Si no me gusta, ¿puedo cambiar de método?

Usuaría, Hospital San José. VES. Lima.

“Yo pienso, no vaya a ser pues, que estén experimentando con nosotras, de repente están probando con nosotras poniendo esa jeringa”

“¿Ya se está utilizando en otras partes?”

Usuarías, Centro de Salud Juan Pablo. Lima.

Se hizo evidente que en el Hospital Regional de Trujillo y en el Hospital Distrital del Porvenir, algunas de las mujeres pueden estar más animosas para probar un nuevo método como es el implante. En Otuzco se notó mayor resistencia al cambio o la adopción de este método.

“Tengo que pensar si es que me viene la menstruación, porque eso es como una limpia... yo quiero que venga, por eso no mas no usaría el implante.

Usuaría, Hospital de Otuzco. La Libertad.

“Sería mejor, porque es para tres años y solo tiene un tubito, no como el de antes que eran montón de tubitos”

Usuaría. Hospital Regional de Trujillo. La Libertad.

“Aquí se pone uno y dura tres años, el problema es con la píldora si te olvidas ya fuiste, en cambio aquí ya no hay problema”.

Usuaría, Hospital Regional de Trujillo. La Libertad.

Temores similares expresados en el imaginario:

- *“Que nos va a doler”,*
- *“Si todo el tiempo va a estar doliendo, porque acá, porque hay una cosa metida”*
- *“Va a ser incomodo, va a picar y va a estar molestando...ya”*
- *“Que va molestar el tubito, un tubito adentro”.*
- *“Puede producir alguna enfermedad, cáncer, porque esta metido”*
- *“Eso sería no muy agradable, eso de tener un tubito”*
- *“Tengo miedo... porque voy a hacer fuerza y va a saltar... a hacer fuerza y ¡pac! Se va a saltar y se va a salir...”*

Usuarías, Centro de Salud El Porvenir. Trujillo, la Libertad.

No usuarias, Centro de Salud Juan Pablo, Lima.

Usuarías, Hospital Regional de Pucallpa. Ucayali.

Reacciones bastante menos adversas, se obtuvieron cuando fueron expuestas a la posibilidad de obtener el inyectable mensual y el condón femenino, aunque este último, no se encuentra entre las opciones inmediatas de las mujeres participantes. Al parecer, aunque varias de ellas habían escuchado sobre este método, y algunas pocas lo habían visto, tocado o usado, su experiencia no era favorable al mismo y quizás por lo nuevo, las explicaciones no eran del todo claras.

“Ya, si es igual, casi como el condón del hombre simplemente que la boquita es ancha, te lo introduces, pero a la hora de tener relaciones, te lo tienes que agarrar, o sea sostener ahí, porque... no sé cómo es, no esa parte no entendí, tiene como dos G algo así creo, como dos ges, es como ges de... dos aritos.... dos aritos tiene, pero hay un arito más chiquito que es el que está en forma de ocho, eso te tienes que introducir, y lo más grandecito queda fuera de la vagina y ahí, no, no, tienes que agarrar, bueno así me dijeron... y estaba en las indicaciones”.

Usuaría. Hospital Regional de Pucallpa. Ucayali.

“Cómo será ponerse una bolsita dentro, no se, creo que no me gustaría, hay que pensar pues”

Usuaría, Hospital San José. VES. Lima

“De repente es igual que el que usa el varón, no siente dice, igual debe ser, pero yo tengo problemas, porque siempre me arde cuando mi esposo está usando [condón masculino], así que eso no usaría”

Usuaría, Centro de Salud El Porvenir. La Libertad.

Las opiniones sobre la posibilidad de mudar de método hacia el inyectable mensual, tuvo principalmente dos problemas: el tener que acudir al servicio mensualmente, y tener que ser “pinchada” o “picada” mayor cantidad de veces que las exigía el inyectable trimestral.

“Mensual no, porque me da miedo que me vayan a inyectar, no, mejor es cada tres meses”.

Usuaría. Hospital Regional de Pucallpa. Ucayali

“Ampolla no señorita, pastillas si, porque tengo miedo a la ampolla, no me gusta que me piquen”

Usuaría. Hospital Amazónico de Yarinacocha. Ucayali.

“A mí también me da miedo, duele a veces...hablar de aguja me daba miedo, cuando está bien cuando me puse, me duele... a veces tienen mano dura y dejan la pierna doliendo...”

No usuaria. Hospital San José. VES. Lima.

Y, el inyectable mensual, sería el método elegido si es que ofrece la oportunidad de “ver la regla” cada mes. Este método pareció tener una mayor acogida, a pesar de tener que acudir con mayor frecuencia al establecimiento de salud, por la sencilla razón que les permitiría ver “su mes” y eso las tranquilizaría, además la posibilidad de tener menos efectos como los dolores de cabeza y el aumento de peso, “porque no tiene tanta hormona”.

“Yo con tal de ver la regla, si aceptaría, si, eso debe tener menos hormonas ¿verdad?”.

Usuaría. Hospital Regional de Pucallpa, Ucayali.

“Lo bueno es que una puede ver el mes, todo el tiempo, así una esta segura de no estar embarazada, pero ve su sangre”

Usuaría. Hospital San José. VES. Lima.

“Yo me cambiaría, si es que me aseguran que yo puedo tener mi mes todo el tiempo. Me preocupa no tener regla, ¿Qué tal si estoy embarazada y no me doy cuenta? Así le pasó a una prima... no le venía y ella decía que estaba con la inyección, pero estaba embarazada...”

No usuaria. Hospital Regional de Trujillo. La Libertad.

Tabla I: Las dudas con el Implante.

Sobre la descripción del método:

- “Me han dicho que son tubitos de vidrio, eso se puede romper adentro ¿verdad?”
- “Hay que cuidarlo para que no se mueva”
- “yo conozco los que se ponían hacen años y eran de metal, y ¿Cómo se puede poner de metal en tu cuerpo?”
- “es como una aguja gruesa dentro de tu cuerpo”
- “¿se le puede sacar en cualquier momento?”
- “Para meterlo hay que cortar el brazo, ponen anestesia dicen”
- “cómo salen las hormonas gota a gotita de ese tubito y... ¿dura tres años?”
- “¿cómo puede sentirse? Entonces se puede salir, ¡¡¡ que nervios, que se sienta!!!”

Sobre sus efectos colaterales:

- “¿Engorda, produce dolor de cabeza?”
- “Yo me lo puedo poner, pero quiero que venga mi regla”
- “pero... al final siempre son hormonas... y las hormonas hacen cáncer”
- “no me pinto” (mancharse la cara)”
- “todo el tiempo viene la sangre, eso no me gusta tampoco, mejor la píldora, no importa el dolor de cabeza”

Otros temores manifestados:

- “Se debe encarnar como la T, luego ya no se puede sacar”
- “Me puede dar infección la herida”
- “Me da miedo que me corten, así me han dicho”
- “Y, ¿si se mueve y se va a otro lado?”
- “Seguro con eso no puedo cargar peso, entonces me quedo inútil, ya no podemos trabajar”
- “No podré usar ese brazo, yo juego todos los días vóley, ¿Qué pasa si me golpean en el brazo? ¿Se me va a salir? ¿Se me va a reventar?”
- “Una vez que te ponen esa enjertación, ¿no tiene nada de malo si vas a cargar agua, si vas a jalar algo?”
- “Cómo debe doler, si se inyecta y se queda la aguja dentro”
- “Si me lo quito, siempre va a haber método, ¿o no?”
- “Están probando con nosotras seguro poniendo esa jeringa”

LAS EXPECTATIVAS DEL PERSONAL DE SALUD.-

Los testimonios recogidos evidencian una mirada desde la perspectiva de los profesionales de la salud que se encuentran en servicio público. Esta mirada varía entre los niveles de profesionales, por ejemplo los funcionarios como Directores Regionales, Gerentes y/o Directores de Hospitales, los primeros, ponen un poco más de énfasis en los resultados o el efecto final sobre un indicador macro de salud, (disminución de la fecundidad, por ejemplo), mientras que los Directores pueden pensar más en los sistemas de apoyo: logística, abastecimiento constante, registros, etc.

En líneas generales los funcionarios del Sector, en todos los casos expresaron complacencia de que la Región haya sido seleccionada para la introducción de estos métodos y todos manifestaron su apoyo para que esta introducción fuera exitosa. Pero tanto ellos como los Directores de Hospitales y/o Centros de Salud, se encuentran un poco distantes a como se puede implementar de la mejor manera la entrega de estos nuevos métodos, función que es adscrita a las personas encargadas del servicio de salud sexual y reproductiva, como se dice en el primer párrafo, la aspiración es alcanzar el efecto que esta introducción significa.

“Por mi parte, van a tener todo el apoyo de la DIRESA, eso es muy bueno para la región que lo necesita mucho, porque las señoras vienen y piden métodos, pero a veces no quieren lo que hay, quieren otras cosas, pero los servicios no tienen que ofrecer”

Funcionario de DIRESA.

En algunos casos, los funcionarios, conocían poco acerca de cuál es el perfil anticonceptivo de su Región, ofreciendo información inconsistente, por ejemplo, sobre cuál era el método más usado en su zona de trabajo. Asimismo, se piensa que el conocimiento anticonceptivo está generalizado y es de buena calidad. Los funcionarios entrevistados dieron una impresión benevolente para la inclusión de estos métodos pero no necesariamente se sentían comprometidos con lo que sucediera en los servicios de salud sexual reproductiva.

“...sabemos que en nuestra región prácticamente menos del 75% usa un método de planificación familiar, las mujeres en edad fértil, si pero felizmente las que usan, conocen los métodos, tanto los métodos modernos como los métodos tradicionales tiene un alto porcentaje de conocimiento...”

Funcionario DIRESA.

“Aquí el método que más prefieren las mujeres es la píldora, no les gusta otro, la pastilla la pueden tomar todos los días sin problemas”

Funcionario DIRESA.

“Las obstetras ya saben qué hacer cuando hay un método nuevo, ellas promocionan y captan a las usuarias y les dan el método, siempre es así, trabajan bien, ya están capacitadas, eso va a ser un éxito”

Director de Hospital.

Vale la pena hacer una diferenciación entre los funcionarios del sector y los operadores del programa, inclusive de aquellos que se encuentran directamente involucrados en la entrega del servicio. Como se ha dicho los funcionarios, sobre todo los del hospital, quizás por su mismas funciones consideran a los servicios de salud reproductiva, mejor dicho los de planificación familiar un apoyo, pero no se encuentran muy involucrados, en todo caso, lo que verbalizaron como lo más importante es evitar las muertes maternas “porque eso es una meta de la región y tenemos compromiso con el presupuesto por resultados”. Esta consideración todavía expresa la falta de vínculo que existe entre la mortalidad materna y el uso anticonceptivo eficiente y efectivo, recayendo la mayor preocupación en que la gestante y el neonato puedan salir bien librados del parto y fases subsecuentes.

Si bien es cierto que este no es un estudio sobre la calidad del servicio, es importante acotar que ésta forma parte taxativa de los servicios y de la relación que se establece entre prestadores y las personas que acuden al servicio y los prestadores. Ellos o ellas son parte esencial de la compleja ecuación que determina la calidad de atención sanitaria. Son responsables de proporcionar la información que necesitan para la toma de decisiones con conocimiento de causa, sobre métodos anticonceptivos que usarán y de asegurarse que reciban atención médica competente; pero la capacidad de los prestadores para cumplir con su objetivo final de proporcionar un servicio de alta calidad se ve afectada por otros factores, como las tradiciones y costumbres locales, la cultura médica en la que se desenvuelven y la solidez de las instalaciones y el sistema de atención a la salud¹⁹.

Ejemplos han sido expuestos en el acápite de las percepciones de las mujeres, pero no hay que perder de vista que los prestadores están altamente influenciados, por su propia cultura y que algunos de ellos responden a través de ella, estando sus atenciones, preñadas de las mismas creencias de sus usuarias.

“Hay veces que hay dificultad para explicar a las señoras sobre los métodos, no entienden mucho cómo les puede afectar las hormonas cuando se usa por mucho tiempo y quieren seguir usando por años...lo principal para ellas es no salir embarazadas y no piensan en su salud...”

Obstetra, La Libertad.

Los proveedores generalmente subrayan la necesidad de que los establecimientos dispongan de capacidad técnica es decir capacitación constante, infraestructura, equipos y apoyo logístico. Los reiterados problemas con los que tienen que enfrentarse incluyen falta de recursos humanos para la atención, alta rotación de los que se encuentran en servicio, en muchos casos, la cantidad de personas a atender en el servicio, más las múltiples actividades que tienen asignado hacer, así como, la falta de materiales de IEC que apoyen su labor en la consejería y la puedan hacer más rápida y completa, constituyen barreras para realizar una labor efectiva.

“Yo sé que las mamás se quejan, también las que vienen por PF, pero yo les digo, mire estoy atendiendo y yo hago lo que puedo por apurarme, pero a veces también se quejan por lo rápido, como están esperando bastante tiempo...”

Obstetra, Lima.

¹⁹ Paca palao, Ada Yesenia. Calidad de Atención en los Servicios de Control Pre Natal y de Planificación Familiar. Perú 2003. Tesis de Maestría.

“Una vez, una señora que me gritaba todo el tiempo, entró molesta a la consulta y le empecé a preguntar sobre su método y cómo le iba, y le preguntaba, le preguntaba, y se calmó y ya estaba contenta, al final yo le dije, ves, así como te atiendo, tengo que atender a todas, no puedo hacerlo rápido y ella entendió”

Obstetra, Ucayali.

“Antes era mejor, disponíamos de dinero para hacer promoción y las visitas domiciliarias, ahora nosotros tenemos que poner de nuestra plata si es que queremos visitar a una señora que no viene... si hay presupuesto participativo, pero será para el próximo año, sí dicen que eso van a pagar, pero no se sabe... no les interesa mucho que vayamos a hacer extramural”

Obstetra, Ucayali.

Hay un reconocimiento por parte de prestadores que la “calidad ha mejorado”, que ahora se ofrece mejor información, seguimiento y que no hay discriminación, aunque todas estas precisiones no siempre son acreditadas por las mujeres que fueron parte de los grupos focales.

“A todas se les hace seguimiento, se les pregunta sobre cómo les va con su método, ellas siempre contestan que bien, no tienen problema, solo vienen por su inyectable cada tres meses”

Obstetra, Lima.

“Antes, algunas coleguitas, no daban buen trato, sobre todo a las señoras que venían de lejos, ‘anda báñate’ decían, había discriminación, pero ahora, ya no, siempre con calidad y calidez, se les da un buen trato, no hay quejas ahora”

Obstetra, La Libertad.

Es en este contexto que se presenta la oportunidad de tener nuevos métodos en los servicios, y la respuesta es, sin duda, de gran expectativa y optimismo, aunque muchos mostraron su descontento por que la capacitación se estaba dando o se daría tan “solo a unos cuantos”, que eso podría significar que estaban “escogiendo a algunos” y que podría significar “preferencias” porque tan solo los capacitados estarían en condiciones de administrar el implante. Parece claro que la imposibilidad de acceder libremente a la capacitación programada estaría creando malestares que podrían conllevar a una atmósfera laboral incómoda.

“Es una gran cosa tener el implante. Yo estaba capacitada con el norplant, yo ponía eso, así que para mí no será difícil... el inyectable mensual no tendrá ningún problema, las señoras les irá mejor, porque muchas quieren ver su regla”

Obstetra, La Libertad.

“No habrá problemas con el implante, nosotras ya estamos avisando a las usuarias que hay otro método mejor y seguro van a querer usarlo, sino las que no son usuarias, les estamos diciendo, estamos captando ya”

Obstetra, Ucayali.

“Es bueno tener más métodos, lo malo es que sólo dos o tres están siendo capacitados, eso no nos hace el favor, todos nos esforzamos... nosotras ya estamos avisando que van a ver nuevos métodos para que las señoras se animen, pero de que sirve si nosotras no vamos a poner”

Obstetra, Lima.

“A mi parecer la campaña del implante será muy buena, hay aceptación a las señoras les gusta siempre que haya nuevos métodos y ver como les va”

Obstetra, La Libertad.

Entonces, queda claro que los prestadores solo ven condiciones positivas en esta intervención y que están tan solo a la espera de iniciar las actividades. Pero también es importante reiterar que son los profesionales encargados de la implementación-conducción de la estrategia de salud sexual y reproductiva los que se encuentran comprometidos, pero que los funcionarios de mayor nivel, no necesariamente lo expresan, no por oposición, sino más bien, por que aparentemente el tema de anticoncepción y planificación familiar, no estaría entre sus prioridades sanitarias y que aun hay limitaciones para la comprensión del rol de esta estrategia como un factor que contribuye a la reducción de la mortalidad materna.

Finalmente, un tema considerado muy importante para la introducción de nuevos métodos, es la logística, que incluye todo el proceso de distribución, almacenamiento y entrega hasta el espacio desde donde llegará a la usuaria final. Por ese lado, los funcionarios indicaron “que había todas las seguridades” en el almacenaje (condiciones físicas), y que sería “casi imposible” que hubiera una fuga de estos insumos. Más aun, se dijo que se debían colocar sanciones a los responsables de cualquier pérdida, pensamiento que fue repetido por los prestadores de salud. Las sanciones, opinan, debían ser pecuniarias y fijadas con antelación.

“En el almacén y en la farmacia no hay problema, si pasara algo hay que pasar un comunicado que se va a sancionar, van a tener que pagar cualquier pérdida que pase, ellos son los responsables”

Director de Hospital.

“La distribución se hará de la misma manera que con los otros métodos; la farmacia nos entrega bajo pedido y nosotros le rendimos con receta para cada implante que se coloque... siempre ha sido así y no pasa nada, no hay pérdidas... de repente por seguridad, se puede hacer diario... depende de cuántos se ponen ¿no es cierto?”

Obstetra, Ucayali.

“Yo no pienso que se vaya a perder... sería una irresponsabilidad, entonces el de la farmacia tendría que responder, mejor hay que enviar un oficio, que diga que va a pagar si se pierde... claro, si se pierde en el consultorio, también habría que pagar ¿no?”

Obstetra, La Libertad.

Los testimonios recogidos de los prestadores de salud, así como de las mujeres, abren muchas otras brechas que son posibles de explorar, no obstante respetando los términos de referencia para este informe, se limita a presentar lo referido al servicio de anticoncepción y más sucintamente a la introducción del inyectable mensual y del implante. Sin embargo se insiste en que el uso anticonceptivo y la entrega de servicios forman un complejo panorama que atraviesa factores que van más allá de la implementación de un sistema de atención sino que se ven afectados por situaciones personales, sociales y culturales de la oferta y de la demanda inserta en un sistema dado.

DISCUSION.-

Hay consenso de los países que una de las estrategias más importantes a ser utilizada para garantizar una salud reproductiva de buena calidad es la anticoncepción, a pesar de ello, en el Perú aun existen algunas barreras operativas, pero también de índole socio cultural, que impiden el acceso a la anticoncepción en general. Esto afecta sobre todo a las mujeres y con especial énfasis a aquellas de menores recursos económicos. A las mujeres, porque hasta el momento el único método disponible para ser usado por los hombres es el condón, el cual requiere, muchas de las veces, una adecuada negociación para su uso consistente. Y, porque hasta el momento todos los servicios de salud reproductiva, a pesar de los ejes transversales que se incluyen en la estrategia, continúan orientándose a las mujeres, marginando en algunas ocasiones la participación del hombre, pero en general porque están preparados para recibir y atender a mujeres.

Existe una amplia evidencia de los beneficios que ofrece la atención de la salud sexual y reproductiva y el acceso garantizado a los métodos anticonceptivos: menor número de embarazos no deseados; menor proporción de complicaciones; menos muertes maternas y neonatales; mujeres, niñas y niños más saludables; mayor productividad y ahorro a nivel familiar; mejores posibilidades de educar a las niñas y niños; y menor presión sobre los recursos naturales, especialmente en los países en desarrollo²⁰, sin embargo, en el Perú todavía continua como un tema secundario.

Esta digresión se hace en razón de que la introducción de nuevos métodos se da en este marco, aun teniendo presente que el ampliar la gama de métodos en cualquier programa, beneficia grandemente a la demanda, especialmente aquella denominada insatisfecha. Aunque también permite a las personas que se encuentran usando a explorar nuevas oportunidades de uso anticonceptivo, es decir de elección. No obstante, la elección no es ajena a lo más intrínseco de la persona, sea que pertenezca al grupo de la oferta o de la demanda, todas están atravesadas por la sociedad y la cultura y es necesario trasponerlas para llegar a la satisfacción de las necesidades y al uso consciente y consecuente, sin temores ni dudas.

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad deberían ser siempre actos deseados y planificados. Cabe preguntarse el por qué, en una época en la que, al menos en teoría, existen los medios para regular la fecundidad, las mujeres aun siguen teniendo embarazos no deseados. Langer sugiere que las expectativas de las mujeres se encuentran influenciadas por la cultura y la ideología y difieren según el grupo social al que pertenecen y al contexto histórico, por otro lado hay relaciones sexuales no

²⁰ Chávez, Susana y Távora, Luis. "El Derecho a la Planificación Familiar. Una Agenda Inconclusa en el Perú" PROMSEX, Lima, 2010.

voluntarias ni deseadas, porque los métodos no son 100% seguros y porque no todas las mujeres pueden controlar su fecundidad.²¹ Todo esto constituye un panorama sobre el cual el sistema de salud debe ofertar sus servicios. Otras investigaciones realizadas en Lima, indican que el temor por los efectos secundarios de los anticonceptivos es la primera causa que determina la necesidad insatisfecha en planificación familiar, lo que significa un factor de riesgo para que la mujer no utilice método alguno y termine con un embarazo no deseado²². Está razón es también la que aparece como la más mencionada, cuando en la ENDES se pregunta por la razón de la discontinuidad del método o las razones de no uso.

Las características encontradas en los prestadores de servicios de salud reproductiva no han variado mucho a través de los años. Para los proveedores de salud la calidad se enfoca más en el buen trato donde la calidez y la eficiencia están implícitas y aún persiste el percibir a la usuaria como un ente pasivo con poco margen de control y poder,²³ y a la que es necesario “indicar” el método más adecuado, que por lo general resulta el de más fácil entrega.

Para proporcionar atención de alta calidad los proveedores de servicios tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus clientes y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas, como se ha mencionado en páginas anteriores, por factores personales, sociales y culturales. Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención porque esto eleva la satisfacción del cliente y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud.²⁴ Afirmación que cobra especial importancia cuando se trata de introducción de nuevos métodos y el éxito sostenido de los mismos, sobre todo porque a la larga se desea que finalmente se logre un verdadero cambio de comportamiento reproductivo.

CONCLUSIONES.-

Las Mujeres

- a) Se observa que hay una limitación por parte de la demanda en cuanto al ejercicio de sus derechos en general y en particular los referidos a los aspectos sexuales y reproductivos, y que su proceso de empoderamiento es escaso.
- b) Aparece un pobre conocimiento de las características de los métodos anticonceptivos en uso.
- c) Las mujeres son pasivas en el servicio, no preguntan ni hablan de sus dudas, lo que dificulta el entregar información dirigida especialmente a resolver sus dudas. También tienen limitado tiempo de concentración en algún tema, característica que obstaculiza largas y a veces tediosas explicaciones acerca del método a usar o que se encuentran usando.

²¹ Langer, Ana. “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública 2002, 11 (3): 192-204

²² Ku Elia. “Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal”. Revista Peruana de Epidemiología. 2010; 14 (2) [9 p.]

²³ Anderson, Jeannine. “Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de servicios de Salud”. Boletín; De Retamas y Orquídeas. Reprosalud. Lima-Perú. 2000.

²⁴ Bertrand, Jane. “Access, quality of care and medical barriers in family planning programs”

- d) Las participantes evaluaron cualquier método, incluyendo los nuevos, a partir del conocimiento y experiencia que tienen del uso y/o de lo que han escuchado acerca del método a ser introducido o de cualquier otro.
- e) Por esta razón adscriben a los nuevos métodos, características de los que son conocidos por ellas. Pero también todas las desinformaciones o imaginario acerca de los MAC, los cuales también son atravesados por la cultura.
- f) No obstante, habría disposición de la demanda para explorar nuevas alternativas anticonceptivas, como el implante, sobre todo para aquellas mujeres que tienen mayor experiencia anticonceptiva.

Los y las Prestadoras

- g) Por su parte las y los proveedores de servicios, tienen su propia perspectiva acerca de qué y cómo entregar información, aunque para ellos es mucho más importante los conocimientos técnicos que puedan adquirir y de la habilidad para proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente, en este caso, evitar el embarazo no deseado ofertando el método que a su juicio es el más seguro.
- h) Pero, no todos los prestadores de salud tienen o han desarrollado habilidades para ofrecer consejería, bastante menos en temas que tienen que ver con el ejercicio sexual de las personas y todo lo que ello implica.
- i) Subsiste, entre las y los proveedores, una constante demanda por capacitaciones sobre tecnología anticonceptiva y en general por cualquier tipo de preparación técnica. La enseñanza recibida por algunos pocos profesionales de la salud en la inserción del implante a introducir en la oferta anticonceptiva, para algunos resulta “discriminadora”.
- j) Para los y las proveedores lo importante es que los establecimientos de salud dispongan de capacidad técnica, infraestructura, apoyo logístico y sobre todo recursos humanos suficientes, para cubrir las necesidades de las mujeres que llegan al servicio.
- k) La escasez de prestadores de servicios y la multiplicidad de actividades que tienen que cumplir, (capacitaciones, guardias nocturnas, permisos, etc.), y la falta de buenas relaciones interpersonales, hace que los servicios de PF resientan su calidad.

RECOMENDACIONES.-

Para alcanzar que las mujeres y hombres puedan disfrutar realmente de su salud sexual y reproductiva, no solo es necesario ampliar la oferta de métodos, sino que ésta llegue de la forma más adecuada a las potenciales usuarias. El inyectable (trimestral o mensual) y el implante son los métodos que las mujeres elegirían como opción anticonceptiva según la última ENDES. Y, ésta es una condición favorable para la introducción de ambos métodos.

Hay una serie de posibles recomendaciones que pueden ensayarse para asegurar que la enriquecida oferta de métodos de los establecimientos de salud se efectivice de la mejor manera:

- a) El fortalecimiento del recurso humano que brinda atención en los establecimientos de salud, es un primer punto que hay que abordar. Asimismo, el aumento de recursos humanos que puedan brindar atención con el tiempo suficiente para cubrir las necesidades de las personas que acuden al servicio.

- b) Los prestadores de servicios tienen persistentes barreras médicas y mitos que deben ser subsanados con actualizaciones en metodología anticonceptiva y otros temas. Se sugiere revisar los factores limitantes que existen en los servicios de salud sexual y reproductiva, que afectan la calidad de atención que se está brindando.
- c) La consejería ha sido, es y será uno de los pilares que pueden ofrecer los servicios de salud que aporte al desarrollo y empoderamiento, sobre todo de las mujeres que acuden a ellos. Para ello, una de las cosas que los prestadores encargados de la entrega de los nuevos métodos deben procurar, es ofrecer la información más completa sobre el método, asegurándose de la comprensión efectiva por parte de la mujer y preguntando reiteradamente acerca de las dudas que pueda tener. No olvidando que el uso anticonceptivo es sinónimo de vida sexual activa y que ésta se desarrolla en un contexto familiar y social que resulta bueno conocer para establecer las verdaderas necesidades de la persona.
- d) Puede ser de mucha ayuda el ofrecer información por los medios masivos (TV, diarios, revistas, avisos publicitarios) que difundan los métodos anticonceptivos en general y los nuevos en particular y que promueva la demanda. Asimismo, tener disponible material educativo y de difusión que pueda ser entregado a la población usuaria, adecuado a los grupos a servir en lengua, diseño y contenidos.

Empero, estas acciones probablemente ya han sido probadas en muchas ocasiones, sobre todo cuando se han implementado intervenciones de mejora de la calidad fortaleciéndose los procesos de entrega de servicios y sobre todo la consejería. Desafortunadamente, entre otros motivos, la alta rotación de los recursos humanos que ya han sido capacitados, impide que haya continuidad en la calidad de los servicios que se entregan en los establecimientos, particularmente los referidos a la planificación familiar, dado que ha perdido su condición de prioritaria y aparece en muchos servicios como accesorio. Razón por la que se considera muy importante, tomar acciones de más largo plazo, pero que resultarán en cambios más sostenibles:

- e) Incluir en los contenidos de la curricula en la formación del pre grado de todas las profesiones de la salud, cursos de metodología anticonceptiva, calidad de atención y los enfoques de derechos, género e interculturalidad, de tal forma que los y las egresadas estén en condiciones de ofrecer una atención bajo determinados estándares de calidad, bastante difíciles de lograr en las capacitaciones actuales y menos aun bajo la modalidad de “cascada” que es la más utilizada por ahora.
- f) Esta recomendación resulta crucial no tan solo para las futuras generaciones de profesionales, sino para las que actualmente se encuentran en desempeño de funciones en los servicios públicos, promoviendo la formación y el conocimiento, usando diferentes estrategias que han sido probadas, entre las que se puede mencionar aquellas que están basadas en la tecnología en línea.
- g) Habilitar a los y las prestadoras en entrega de información para adultos, de tal forma que la consejería sea más ágil y provechosa para las personas que la reciben, teniendo en cuenta las frecuentes limitaciones existentes para la retención de la información. En esta recomendación es también importante recordar la necesidad de tener personal bilingüe en donde se requiera, todavía subsiste su escasez en aquellas zonas en donde es requerido.
- h) Considerar la posibilidad de fortalecer contenidos educativos en la educación primaria y secundaria, que permita un mejor conocimiento de la fisiología y de la reproducción humana, así como, de la salud sexual y reproductiva, que faculte a las personas a tomar decisiones sobre

este y otros aspectos de su vida, y que les permita optar por la anticoncepción como un derecho buscando y recibiendo la información que necesiten.