

LS/m

264L 0016600
5/8/76
ARCHIVO DE DOCUMENTOS
IN 2



CELADE

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Distribución interna
Anibal Faundes

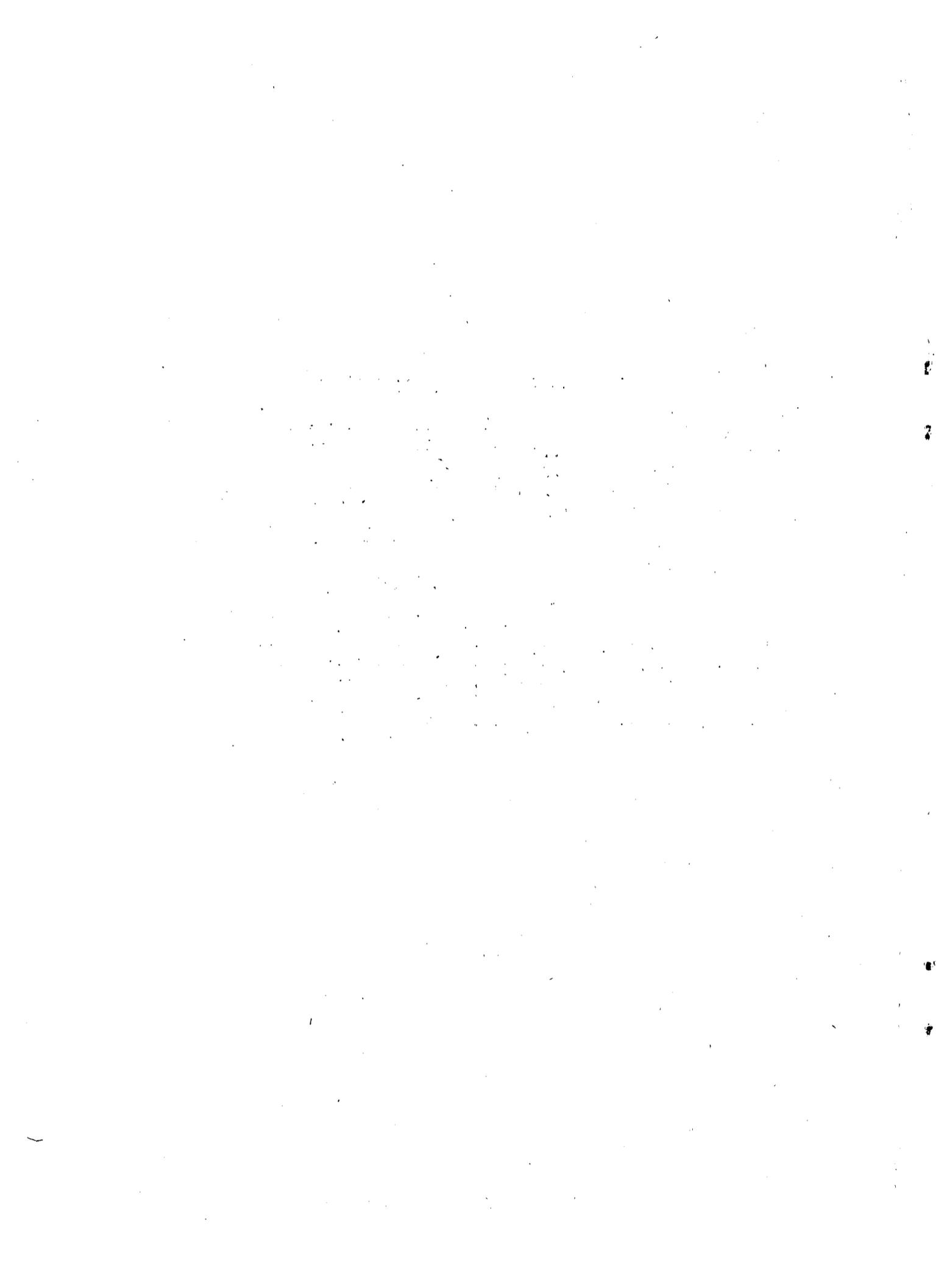
Serie D, N° 56.
Mayo, 1970.
250.

PROPOSICIONES PARA LA ORGANIZACION
DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN AMERICA LATINA

Las opiniones y datos que figuran en este trabajo son responsabilidad del autor, sin que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) sea necesariamente partícipe de ellos.

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
1. PLANTEAMIENTO	3
1. Definición del problema	3
2. Hipótesis	4
3. Propósitos	5
4. Objetivos específicos	6
5. Encuesta inicial sobre conocimientos, actitudes y prácticas anticonceptivas	9
2. DESARROLLO O EJECUCION DEL PROGRAMA	10
1. Preparación del personal	10
2. Información y educación	15
3. Servicios	19
3. EVALUACION	28
1. Clínica	28
2. Evaluación administrativa	31
3. Evaluación del cumplimiento de los propósitos del PEP	31



INTRODUCCION.

Cuando CELADE me consultó si podría encargarme de preparar un documento sobre Programas de Planificación Familiar enfocado en el marco Latinoamericano, mi primera respuesta fué negativa. La razón para negarme era simplemente mi falta de experiencia en programas nacionales de planificación familiar.

Continuando las conversaciones quedó en claro, sin embargo, que la intención era tener un documento escrito por alguien que hubiera estado en la primera línea de fuego, trabajando en el consultorio y en las casas de las pacientes, discutiendo con grupos de pobladores, conversando en los centros de madre, y enfrentando la desilusión de la mujer embarazada con anticonceptivo. Ese alguien debía tener además una cierta perspectiva de la realidad latinoamericana.

Dejo en claro por lo tanto que mi experiencia personal se limita a un programa de planificación muy específico y local, pero que viví muy intensamente, y en el que se intentó evaluar lo más completamente posible cada una de las variables que podían influir en su éxito o fracaso. En cuanto a mi conocimiento de Latinoamérica, esta dado fundamentalmente por mi convivencia con médicos y personal de colaboración médica de todos los países de América Latina, que han asistido a los veinte y tantos cursos de Adiestramiento en Planificación Familiar que se han rea

//

lizado en el Hospital Barros Luco en los últimos cinco años; además de visitas más breves o más prolongadas a casi todos los países de la región.

En este documento se expresa por lo tanto mi experiencia y mi opinión personal sobre lo que debe ser un Programa de Planificación Familiar en América Latina. Intento sobre todo evitar que otros cometan los errores que nosotros mismos cometimos o que hemos podido observar en otras experiencias nacionales o extranjeras. Al mismo tiempo queremos puedan aprovecharse aquellas iniciativas que dieron un resultado excelente, o al menos favorable.

Muchos encontrarán en este documento una serie de afirmaciones tan evidentes que casi no valdría la pena citarlas, porque a cualquiera se le habría ocurrido sin ninguna experiencia previa. Los años y el contacto con nuestro y otros programas nos han enseñado sin embargo, que hasta las cosas más evidentes se olvidan en el momento que debieran recordarse y aplicarse, por lo que tratamos de no dar nada por demasiado obvio o conocido.

Esperamos que estas aclaraciones sean de utilidad al lector para enfocar en la debida perspectiva este documento.

1. PLANEAMIENTO.

1.1. Definición del Problema.

Esta etapa debe comenzar cuando aparece o se hace evidente un problema que podría ser hipóticamente solucionado por medio de un Programa de Planificación Familiar (PPF). Este problema puede ser muy diverso en distintos países o regiones, y aún en distintos sectores geográficos o estratos sociales dentro de un mismo país.

En Chile fué el aumento alarmante y progresivo del aborto provocado el problema que llamó la atención de los especialistas en Salud, las autoridades de Gobierno y la Opinión Pública. En Uruguay y Argentina es igualmente la alta incidencia de aborto provocado la que motiva los PPF, aunque la falta de estudios más concretos, la relativamente baja fecundidad y otros factores, han hecho que no trascienda como problema de ciertos sectores privados y sólo parcialmente alcance a la Opinión Pública.

En cambio en otros países, como algunos de Centro América y especialmente Colombia, se ha reconocido la alta velocidad de crecimiento de su población como un grave problema y uno de los factores que inciden en las posibilidades de desarrollo y de satisfacción de las demandas de avance económico social por parte de las mayorías más desposeídas.

Si revisamos con más detalle los problemas que han dado lugar a los movimientos de Planificación Familiar en nuestros países, podremos

//

apreciar que mientras en algunos países se alegan motivos exclusivamente de bienestar familiar, y propósitos estrictamente microsociales, en otros se establecen claramente propósitos de desarrollo que afectan a toda la sociedad del país en que tiene lugar el programa.

La primera preocupación entonces será plantear claramente el problema que condicionaría la ejecución de un PPF, definiendo con precisión sus límites.

1.2. Hipótesis.

Una vez que se ha definido el problema será necesario plantearse si la planificación familiar puede ser la solución de ese problema por sí misma, o si se requieren además otras medidas. Uno de los errores que se cometen con mayor frecuencia es pretender que un PPF, aisladamente concebido, vaya a solucionar problemas de la más diversa índole, sin considerar una serie de otras variables que inciden tanto o más que la paternidad planeada sobre esos mismos problemas. En la mayor parte de los casos quedan solamente dos alternativas: Una más racional, pero más difícil de obtener, que es programar una serie de medidas coordinadas que incluyendo planificación familiar, sean la manera más lógica de corregir la situación existente. La otra, menos satisfactoria pero habitualmente más factible, es reconocer que el PPF sólo va a afectar un aspecto del problema, se limitará a aliviarlo, y no va a resolverlo totalmente. En este caso habrá que plantearse como hipótesis en qué grado el PPF va a mejorar la actual situación.

La hipótesis tendrá que fundamentarse en las experiencias previas de otros programas de planificación familiar en sectores más reducidos del país o región, y aún de otros países en condiciones similares. Pueden aprovecharse también las experiencias recogidas a través de otros programas, con otros fines, realizados en la zona problema.

Con estas bases debe intentarse establecer en qué forma y en qué medida un PPF puede resolver el problema que se plantea, y qué propósitos pueden llegar a cumplirse con el PPF.

1.3. Propósitos.

En los párrafos precedentes hemos intentado aclarar cómo en nuestro concepto se necesita tener una definición precisa del problema que se desea resolver y una hipótesis acerca del efecto que la planificación familiar puede tener en la solución de dicho problema, antes de plantearse los propósitos del Programa que se desea emprender. Si bien estos son requisitos necesarios, no son, sin embargo, suficientes. Se precisa además tener una apreciación lo más exacta posible de la realidad de la comunidad en que el programa se desarrollará y de la capacidad del mismo para llegar a esa comunidad con los medios materiales y humanos, siempre limitados, con que se cuenta para el Programa.

Es cierto que muchas veces los Propósitos pueden ser muy generales, como "promover el bienestar de la familia", o "facilitar el desarrollo económico y social". Pero, con tales generalidades, en la práctica resulta imposible medir hasta dónde los PPF son capaces de cumplir con

sus Propósitos. Cuando llegamos a Propósitos todavía generales pero más definidos como "reducir en un 20% la tasa de aborto en un plazo de dos años", debemos tener cuidado de no exagerar las posibilidades reales de poder cumplirlos con los medios disponibles y en la población que se aplicará con sus características propias.

Muchas veces los propósitos son demasiado ambiciosos, aún para ser cumplidos con un PPF idealmente realizado. Mucho menos será posible cumplirlos con uno "real" con todas las fallas de un Programa que comienza y que tendría que luchar contra la reacción que aparecerá fatalmente en todos los países y regiones en que se inicie.

Creemos por consiguiente que los propósitos no pueden establecerse con ligereza. Debe alcanzarse un equilibrio para no ser demasiado ambiguo ni demasiado exigente. La ambigüedad impedirá saber si los propósitos realmente se cumplen y la exigencia desmedida conduce a la frustración y al incumplimiento.

1.4. Objetivos específicos.

En los PPF lo habitual es que los objetivos específicos se refieran a número de pacientes atendidas en los Consultorios, que en general se calculan como el número necesario para cumplir los propósitos de descenso de fecundidad, tasa de crecimiento de la población y tasa de aborto o proporción de gran multiparidad, según el caso.

La primera falla que puede observarse es que hasta el momento

//

se ignora la relación entre número de pacientes protegidas con anticonceptivos y cambios en la tasa de embarazos, mucho menos por cierto con respecto a aborto o gran multiparidad, que dependen de una serie de otras variables. Esta limitación no parece tener solución por el momento a pesar de todos los esfuerzos que se realizan para intentar medir el efecto del uso de anticonceptivos sobre la fecundidad, en diferentes situaciones.

La segunda falla corresponde más bien a un error de concepto muy generalizado: se confunde el número de primeras visitas, o de pacientes que comenzaron a usar anticonceptivos, con el número de pacientes que continúan usando. Se olvida que todos los anticonceptivos actualmente en uso tienen una proporción de abandono mensual más o menos considerable, con la posible excepción de la esterilización tubaria y vasectomía, si se les considera entre los anticonceptivos. Como en cada experiencia y con cada anticonceptivo esta proporción cambia, es imposible saber, sin un seguimiento y evaluación muy adecuado, el número real de pacientes activas en un momento determinado. Naturalmente que este seguimiento no se va a hacer si desde un comienzo, al plantear los objetivos, no se tiene una clara conciencia de este hecho.

En esas circunstancias puede ocurrir por ejemplo que de dos programas similares uno (llamémoslo A) parezca estar cumpliendo muy bien sus objetivos de insertar 10.000 dispositivos en un año, pero que el número de pacientes en uso al final del año no pase de 5.000. Mientras que el otro (llamémoslo programa B) parezca estar cumpliendo mal los mis

//

mos objetivos al insertar dispositivos en sólo 8.000 mujeres, pero de las cuales 6.500 continúan al final del primer año, es decir, que obviamente está dando mejor resultado. Estos ejemplos que pueden parecer exagerados, corresponden a diferentes tasas de continuación de uso de anticonceptivos que se han observado en diferentes programas reales de Planificación Familiar.

En otras palabras es evidente que resulta insuficiente planear como objetivos sólo el número de primeras atenciones a realizar sin agregar además una tasa mínima de continuación al año o dos años de uso. O bien, lo que resume los dos conceptos anteriores, un determinado número de usuarias activas al cabo del plazo que se estime conveniente fijar en los objetivos, y que al comienzo no debería ser mayor de un año.

Cualquiera que sea la forma en que se decida determinar los objetivos, hay que tener sumo cuidado en no apartarse de la realidad al fijarlos y guardar debida proporción entre estos, la capacidad de los consultorios y la demanda esperada del público, estimada en forma objetiva, si se quiere pesimista, pero en ningún caso con optimismo exagerado.

Tal como lo señaláramos para el caso de los propósitos, al exagerar los objetivos por encima de las posibilidades reales de cumplirlos, lo único que se consigue es no alcanzar a realizarlos totalmente. Este incumplimiento trae consigo el desprestigio del programa frente a la opinión pública informada y a las autoridades de que dependa y, lo que es más grave, crea en el personal a cargo de la Planificación Familiar el

concepto que no importa nada que los objetivos no se cumplan y por lo tanto no vale la pena esforzarse por alcanzarlos. Es muchas veces preferible fijar objetivos modestos y realizables, que den lugar a su cumplimiento o aún a sobrepasarlos. De esta manera se muestra seriedad tanto en la fijación como en la realización del programa y se crea un clima de eficiencia entre el personal que trabaja en el mismo.

Naturalmente que no podemos caer en la exageración de fijar objetivos excesivamente modestos con el sólo fin de poder cumplirlos sin esfuerzo. Esto sería tan deplorable como el defecto que señalamos más arriba. Se trata nuevamente de no establecer objetivos sin un estudio serio y detenido de las posibilidades de realizarlos, lo que naturalmente exige conocimiento de los medios de que se dispone y de la real demanda en la población que se va a servir.

1.5. Encuesta inicial sobre conocimientos, actitudes y prácticas anti-conceptivas.

Es posible que en muchas oportunidades no se cuente con datos suficientes como para poder cumplir con las condiciones expuestas más arriba para plantearse hipótesis, propósitos y objetivos específicos. En ese caso resulta muy ventajoso poder obtener los datos que pueda proporcionar una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de anti-conceptivos.

Describir las condiciones que debe reunir esta encuesta y la forma de realizarla, se escapa de las intenciones de este trabajo. Nos in

//

teresa mucho sin embargo, dejar claramente establecidos dos conceptos que creemos fundamentales:

- (1) Que no es fácil hacer correctamente este tipo de encuestas, y el conocimiento que se requiere para hacerlas bien no puede improvisarse.
- (2) Que es excepcional que un programa no pueda realizarse sin tener previamente una encuesta de este tipo. Siempre es mejor tenerla, pero no es indispensable. El conocimiento de la comunidad que así se obtiene puede parcialmente reemplazarse utilizando en los PPP, profesionales de larga y acuciosa experiencia en el área donde el programa se vaya a desarrollar.

2. DESARROLLO O EJECUCION DEL PROGRAMA.

2.1. Preparación del personal.

2.1.1. Contenido del adiestramiento.

Generalmente se entiende por adiestramiento en Planificación Familiar, la enseñanza teórica y/o práctica de las técnicas utilizadas como anticonceptivos más algunos aspectos de demografía, administración en Salud Pública, religión, etc.

No vamos a discutir esta última parte de información general porque creemos que es necesaria y en que en general se hace adecuadamente; pero sí nos interesa analizar la enseñanza sobre las prácticas anticonceptivas.

En este aspecto pocas veces o nunca, se recuerda la importancia de la relación consultante-consultado sobre el rendimiento real de la atención prestada. Este es un hecho de reconocida validez en todos los aspectos de los servicios de salud, pero que adquiere máxima importancia cuando se trata de un tema tan delicado como la Planificación Familiar.

La mujer que consulta por anticonceptivos está habitualmente sana y no tiene la necesidad imperiosa de asistencia de la persona enferma. Esta última tolera largas esperas, trato personal no siempre cordial ni amable y está obligada a preguntar hasta entender las instrucciones que se le dan para poder aliviarse y sanar. La paciente de Planificación Familiar no va a tener igual tolerancia a la espera y al trato inadecuado, excepto que tenga una muy alta motivación a evitar un nuevo embarazo. Mientras la mujer que tiene un dolor o una hemorragia actual, por ejemplo, está dispuesta a soportar cualquier cosa por aliviarse, la que sólo está tratando de evitar una molestia a futuro, a plazo, no va a tener la misma tolerancia.

Esta falta de disposición para realizar esfuerzos mayores o aún pequeños sacrificios para logros no inmediatos, es un fenómeno psicológico normal. Si pensamos en nuestras propias actitudes nos daremos cuenta que aceptamos perder la función de teatro o la comida con los amigos para trabajar en lo que tenemos que entregar mañana, pero de ninguna manera, por un tipo de labor que tenemos que completar en tres meses o aún en dos semanas más.

//

De estas consideraciones se desprende que de la calidad de la atención en sus aspectos extra técnicos, dependerá el grado de motivación requerido para comenzar a usar y para seguir usando anticonceptivos; de tal manera que con una buena relación interpersonal y buen trato de las pacientes, la clientela será más numerosa, puesto que incluirá desde las más hasta las menos motivadas. A medida que desciende la calidad de la atención va reduciéndose la clientela sólo a las más altamente motivadas.

Sin embargo, a pesar de la importancia de estos aspectos, no conocemos ningún curso para personal que trabaje en Planificación Familiar que incluya estos conceptos en su currículum.

Por otra parte, es fundamental que todo el personal que participe en el programa esté en pleno conocimiento del mismo, y se sienta motivado hacia el cumplimiento de sus propósitos. Al referirnos a todo el personal, estamos incluyendo tanto a los profesionales: médicos, obstétricas, enfermeras, asistentes sociales, educadores, etc. como al personal administrativo y especialmente al personal auxiliar. Diversos estudios han demostrado que la comunicación interpersonal entre pacientes y auxiliares es mucho mayor que entre pacientes y profesionales. La o el auxiliar habla un lenguaje más fácil y menos técnico, le cuesta menos ponerse al mismo nivel que las pacientes y no está rodeado de ese halo de responsabilidad que los profesionales habitualmente se ponen a ellos mismos, y que hace difícil que la paciente se atreva a preguntar, consultar o manifestar desacuerdo.

En nuestra experiencia, el principal foco de comunicación del mensaje del Programa y, sobre todo, de conocimiento de anticonceptivos, es el propio consultorio o clínica de Planificación Familiar. Cualquier persona que trabaje allí, aunque su labor se reduzca a hacer el aseo de los pasillos, es considerada como un experto en problemas de salud y en los tipos de atención que el consultorio proporciona. Para el público consultante a la clínica resulta natural decir: "Ud. que trabaja aquí tiene que saber si", y pregunta sobre tabletas, dispositivos intrauterinos o lo que sea. El o la consultada es evidentemente un líder de opinión en ese tema específico, y aunque al profesional se le reconozca mayor autoridad, se le ve en cambio más lejos, fuera del alcance de cierto tipo de consultas o dudas que al médico o a la enfermera suele provocar risa dando lugar muchas veces a respuestas burlonas, y sin quererlo, humillantes.

Sin embargo, se le da habitualmente gran importancia al adiestramiento de los profesionales y ninguna a la educación en Planificación Familiar del personal secundario.

En resumen, nosotros creemos que el "adiestramiento" debe mejorar en dos dimensiones: (1) debe preocuparse no sólo de dar conocimientos tecnológicos, sino que debe educar y motivar sobre los propósitos del Programa, y de enseñar muy cuidadosamente acerca de la relación profesional-paciente y la calidad de la información que el personal debe entregar. (2) debe abarcar, con los cambios y adaptaciones necesarios, a toda la gama de trabajadores que participan en el PPF.

//

2.1.2. Donde realizar el Adiestramiento.

Creemos que el principio fundamental es que el adiestramiento debe realizarse lo más localmente posible, por gente que conozca muy bien los propósitos del Programa y tenga experiencia propia acerca de los mismos.

Debe aceptarse el adiestramiento en otros países exclusivamente cuando no existe experiencia en el propio país, y al seleccionar el país extranjero a que se recurre debe buscarse el que reúna mayores similitudes, dentro de los que puedan ofrecer experiencia propia y programas adecuados. Esto significa en la práctica latinoamericana que debe intentarse preparar programas de adiestramiento en cada país para las necesidades más elementales, aunque es evidente que los organizadores de los cursos a nivel local deberán en la mayoría de los casos prepararse previamente en el extranjero. Esta preparación deberá realizarse idealmente en otro país latinoamericano, con la sola excepción de determinados temas en los que no haya experiencia, o ésta sea muy reducida, como sería el caso de la educación sexual.

Aún cuando el adiestramiento se realice dentro de América Latina, no debemos olvidar que los problemas pueden ser muy distintos de un país a otro, y que la forma más apropiada de resolver o encarar un mismo problema puede ser muy diferente. Desde el punto de vista de la Planificación Familiar podemos imaginarnos que métodos de gran utilidad clínica en un medio urbano pueden no ser de gran aplicación en un país o re -

//

gión de gran predominio rural, y que la forma de organización del Programa debe ser muy diferente cuando el país ya tiene una estructura de Servicios de Salud que abarca gran parte o toda su población, comparado con otro país en que tales estructuras de salud son incipientes o no existen.

La propia manera de plantear los problemas o de educar al público tendrán que ser distintos en medios culturales diversos: agrario, industrial, de predominio europeo o de predominio indígena, etc.

En otras palabras, aunque las diferencias entre el medio en que se enseña y el medio en que se aplica el aprendizaje, se reducen bastante al restringirse dentro de América Latina; aún así debemos mantenernos alertas a no contentarnos con copiar lo aprendido, y esforzarnos en cambio por adaptarlo a lo que conocemos de nuestro propio medio. Naturalmente que esto exige conocer realmente nuestro propio medio.

2.2. Información y Educación.

2.2.1. Información.

No hay duda que la única manera que el PPF no encuentre obstáculos insalvables en su desarrollo es haciendo que la comunidad entienda el problema que se está tratando de atacar, y el papel de la Planificación Familiar en su eventual solución.

Generalmente el conocimiento cabal del problema y de sus posibles soluciones se debe a investigaciones realizadas por las Universidades y otros organismos, y muchas veces no sale de los estrechos círculos de los propios investigadores. Es fundamental que el Programa de Plani-

//

ficación Familiar cree los mecanismos para que esa información llegue a la comunidad.

Es un hecho aceptado en sicología social que la difusión de nuevas ideas se hace en dos etapas: una en que llega y es captada e incorporada a su bagaje intelectual por un grupo de personas con determinadas cualidades que los caracteriza como influyentes. Estas personas sirven de centros de emisión y transmisión de esas nuevas ideas a todo un círculo de individuos que son influídos por ellas.

La información general sobre el PPF y sus propósitos de mejorar las condiciones de vida de los individuos y de la comunidad, debe ser transmitida a toda la población, pero evidentemente tratando de alcanzar primero, y por todos los medios posibles a los dirigentes de esa comunidad, tanto a nivel de Gobierno, prensa, y círculos económicos y sindicales centrales, como a nivel de las organizaciones locales de cada barriada o pueblo donde vaya a desarrollarse. Ya insistimos anteriormente y vale la pena repetirlo aquí, que uno de los grupos que debe estar mejor informado es el constituido por el equipo completo de salud que directa o colateralmente esté relacionado con el PPF.

2.2.2. Educación.

En todo PPF resulta indispensable hacer una educación muy detallada y personal, principalmente sobre los métodos anticonceptivos, y además sobre el problema del aborto, de la gran multiparidad, de la alimentación y educación de los hijos, etc., según cual sea el problema que

//

se desea atacar por ser el más relevante en ese caso. Esta educación debe estar dirigida a la clientela potencial de los servicios de anticonceptivos y debe continuar en forma permanente para las (los) usuarias de los distintos métodos e idealmente a sus esposos (esposas).

En este aspecto nos atrevemos a afirmar que la educación en Planificación Familiar debe dirigirse fundamentalmente a las mujeres en edad fértil y de entre ellas a los grupos de mayor fecundidad, y a las que tienen mayor necesidad de limitar sus embarazos.

Los hombres también tienen un lugar importante en la educación en Planificación Familiar e idealmente debería dársele igual importancia a su educación que a la de las mujeres. Sin embargo, es evidente que en las circunstancias actuales su motivación es muchísimo más baja, así como su responsabilidad frente a su capacidad reproductiva es mínima o ausente. Además, y tal vez como consecuencia de esta falta de motivación, los hombres son mucho más difíciles de alcanzar, de tal modo que el mismo esfuerzo, costo y tiempo de personal, es capaz de educar a mucho más mujeres que hombres con un mejor aprovechamiento de los recursos, siempre escasos.

De los contenidos de esta educación, el que no se puede olvidar es el que se refiere a los métodos anticonceptivos existentes. En este aspecto es fundamental que la información sea completa y realista.

Por completa entendemos la información que comprende todos los métodos disponibles en la clínica. La experiencia demuestra que la

//

mayoría de las mujeres que comienzan a usar un determinado anticonceptivo, tendrán que dejar de usarlo por una u otra razón después de un plazo más o menos largo. Si no se les ha entregado la información completa que estamos recomendando, las mujeres que tengan dificultades con un método se sentirán indefensas y sin posibles alternativas. Esto no ocurrirá si se les ha informado en la forma más amplia posible, acerca de la variedad de anticonceptivos existentes.

Por realista entendemos la información objetiva que señala tanto las ventajas como las desventajas de cada método: el riesgo de embarazo y las molestias secundarias que se conocen a partir de la experiencia previa.

La continuación de uso de un anticonceptivo va a depender en gran parte de que las molestias menores que pueda provocar no sorprendan a la paciente engañosamente convencida que no podría experimentar ninguna alteración. Su reacción al sufrirlas va a ser mucho más desfavorable hacia el método y el programa si en el momento de recibir la información no se le explicaron claramente los posibles efectos del anticonceptivo que se le administró, y será mucho más difícil convencerla, retrospectivamente, que ese era un efecto esperado, pasajero, que no significa necesidad de suspender el método. Este mismo razonamiento es válido cuando hay embarazo con un método: la pérdida de motivación frente al fracaso será mínima si la mujer fué correctamente informada de esa posibilidad y no se sentirá engañada por el programa. En el caso contrario, si mañosamente se le ocultó la posibilidad de embarazo, esa paciente frustrada se

rá un foco de información desfavorable al método en base a su propia experiencia.

2.3. Servicios.

Hay varios factores que considerar respecto a los servicios anticonceptivos, que se refieren tanto a la cantidad como a la calidad de los mismos. En el aspecto cuantitativo, deseamos exponer el concepto de la Unidad Elemental de Servicio Anticonceptivo (UESA) y cuales deben ser sus características y su capacidad, en cuanto a población y área geográfica que puede atender. En el aspecto cualitativo discutiremos las relaciones entre los Servicios anticonceptivos y otros organismos o instituciones establecidos y cuál debe ser a nuestro juicio la orientación que debe darse a estos Servicios.

2.3.1. Unidad Elemental de Servicio Anticonceptivo (UESA).

Desde el punto de vista material esta unidad debe disponer de una pieza para escritorio, con su respectivo archivo y kardex; una sala de vestir y baño para las pacientes, y una sala de examen. Naturalmente que cuando esta unidad forma parte de una clínica destinada también a otros propósitos, o de un gran consultorio de anticonceptivos, la sala de vestir y baño de pacientes puede ser común a varias unidades, lo mismo que el archivo y kardex.

El escritorio y sala de examen deben estar idealmente separados, aunque ambos sean pequeños, pero puede también usarse una sala más grande que permita cumplir ambas funciones en ella.

//

El personal mínimo de esta Unidad elemental de servicio anti-conceptivo debe estar constituida por un médico con 2 hrs. diarias, una enfermera obstétrica (matrona-partera-obstetriz) con 6 hrs., una asistente social (visitadora social-trabajadora social) a medio tiempo, una secretaria, una auxiliar de enfermería y una auxiliar de terreno.

Las funciones que debe desempeñar el médico son: examen clínico de todas nuevas pacientes y decisión sobre el o los métodos más recomendados para cada una de ellas; inserción de Dispositivos intrauterinos; examen y tratamiento de las pacientes que tienen complicaciones o molestias, atribuibles o no al anticonceptivo que estén usando e indicación de cambio de método cuando la cliente lo solicite o le parezca recomendable.

La matrona o enfermera obstétrica debe hacer los controles normales de todas las pacientes y calificar los casos que debe ver el médico. Estos controles incluyen exámenes de rutina como presión arterial, y toma de muestras para estudio de citología vaginal (Papanicolaou). Es su función, además, colaborar con la asistente social en la información y educación de las pacientes en forma individual o colectiva, así como de otros grupos de la comunidad en que esté trabajando el consultorio.

La asistente social tiene su rol más importante en la información de la comunidad a través de las diferentes organizaciones que existan en ella. Debe además preocuparse de los problemas sociales de las pacientes atendidas en la clínica, incluyendo la solución de conflictos

//

de la mujer o su esposo con sus empleadores, visitas a los hogares para aliviar tensiones en el matrimonio o con los hijos, etc.

La secretaria debe llevar toda las labores administrativas que incluye la inscripción de pacientes, la preparación de las fichas clínicas anotando nombre, edad, dirección y otros datos elementales; archivo de estas fichas; preparación de kardex individual; citación de las pacientes y control de asistencia; estadísticas de atención clínica diaria y mensual, etc. Debe además preocuparse de mantener un adecuado suministro de los anticonceptivos en uso, comunicándose con el organismo central de que dependa la clínica, tanto para solicitar medios como para informar rendimientos.

La auxiliar de enfermería es responsable de mantener la clínica en condiciones de prestar asistencia incluyendo ropa, instrumental, guantes, etc. Debe preparar a las pacientes para el examen, y ayudar a la matrona y al médico durante la atención. Puede también realizar algunas labores clínicas menores, como controlar y anotar el peso de las pacientes, colocar inyecciones, entregar anticonceptivos. En muchos casos deberá colaborar con la enfermera-matrona o el médico, en la instrucción de la paciente acerca de la forma de utilizar el anticonceptivo prescrito.

La auxiliar de terreno deberá visitar los domicilios de las pacientes inasistentes o que no respondan a una nueva citación por co-rreo cuando esto sea posible. En estas visitas deberán recoger datos so

//

bre posibles molestias, complicaciones o quejas de las pacientes que han consultado en otra clínica diferente al consultorio anticonceptivo, o simplemente se niegan a volver. Sin embargo, más importante que conseguir esta información es señalar la necesidad del control periódico en la clínica y los beneficios para la paciente de hacerlo así.

2.3.2. Capacidad de una UESA.

Los dos factores a considerar son la población que puede atender y el área geográfica que puede cubrir. Es cierto que resulta imposible dictar normas muy precisas y estrictas en cuanto al número de habitantes que puede ser atendido por una U.E.S.A., ya que la demanda real de atención dependerá de un número de variables, tales como proporción de mujeres en edad fértil, grado de motivación hacia planificar la familia, proporción de mujeres que acudirán de todas maneras a otro centro o consultorios privados para pedir atención, etc. Sin embargo, muy en general, creemos que una de estas U.E.S.A., tal como la hemos descrito, está en condiciones de atender una población de 35.000 a 50.000 habitantes.

El área geográfica es todavía más variable. El ideal es que la mujer pudiera llegar caminando y en tiempo relativamente corto, desde su casa hasta la clínica. Esta "distancia posible de cubrir a pié", es mucho mayor en zona rural que en zona urbana, ya que en la primera la gente acostumbra caminar grandes distancias, lo que no ocurre en la ciudad. El otro factor a considerar es la existencia de medios de transporte hacia y desde la clínica. Puede haber una zona relativamente más próxima

//

al consultorio pero sin medios de transporte directo entre ambos puntos, y que por lo tanto no puede considerarse en el área de cobertura de la U.E.S.A. En cambio, otra zona más alejada en línea recta, puede estar unida a la clínica por un servicio de transporte directo que haga fácil su acceso y por lo tanto puede quedar perfectamente en el área geográfica atendida por el Consultorio.

2.3.3. Relaciones entre Servicios Anticonceptivos y otros organismos o instituciones establecidas.

Evidentemente que en cada país - y aún región - existen muy diversas instituciones de salud o de otra índole a los que pudiera estar ligado el programa de planificación familiar. Resulta imposible entonces dar normas muy precisas aplicables a todos los casos.

Sin embargo, suelen darse principios generales como señalar que los PPF deben estar incorporados a los Servicios o Programas de Salud Maternal como ocurre en Chile en el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.). Esta receta es buena en Chile, donde el S.N.S. tiene una organización que llega prácticamente a cada rincón del país con sus consultorios y postas rurales, y donde se le reconoce como una institución que proporciona atenciones relacionadas con problemas de salud y en general goza de algún prestigio en ese sentido.

Estas características de los programas chilenos de atención materna, no se repiten exactamente en otros países de América Latina, y por lo tanto sería erróneo pretender que en todos estos países deben in-

//

tegrarse los PPF a los de atención maternal, copiando sin mayor análisis la experiencia chilena.

Es evidente sin embargo, que esta experiencia ha resultado exitosa y ha significado la posibilidad de expansión rápida de la Planificación Familiar, que de otra manera habría sido imposible. Resulta entonces necesario analizarla para tratar de aprovecharla para los países que estén en etapas más precoces en el desarrollo de PPF.

A nuestro entender los factores más importantes que han influido en el éxito de esta experiencia son los siguientes:

- (1) El disponer de una organización que cubre todo el territorio nacional y que llega a todos los lugares donde interesa hacer accesibles los PPF.
- (2) Atiende la misma clientela que requiere y demanda servicios de planificación familiar.
- (3) Cuenta (en general) con la confianza de la población a la que se desea hacer llegar los PPF.

Nos parece que cuando se consideran la o las instituciones a que debe estar ligado el PPF lo importante es estudiar si cumplen con estas condiciones, correspondan o no a servicios de atención de la madre y el niño. Es cierto, sin embargo, que estos servicios maternos son justamente los que mejor cumplen con el 2° de los factores favorables señalados más arriba.

2.3.4. Orientación de los Servicios Anticonceptivos.

Si revisamos la forma como se presta atención en consultorios de anticonceptivos en distintos países, o en un mismo país se podrán observar grandes diferencias. Existen desde programas con un sólo método hasta con todos los métodos modernos y tradicionales; desde restringidos a mujeres con determinadas características de estado civil, edad, número de hijos, parto o aborto reciente, hasta programas abiertos a todo el que desee postergar un embarazo, etc., etc. En nuestro concepto el criterio con que se prestan servicios anticonceptivos en el consultorio es de fundamental importancia en el éxito o fracaso de los PPF, por lo que trataremos de analizar los puntos que juzgamos más importantes.

En primer lugar es necesario definir cuales anticonceptivos se debe ofrecer. Si existiera el anticonceptivo ideal, de eficacia clínica absoluta, tolerancia perfecta, fácil uso, reversible, de bajo costo y aceptado universalmente sin objeciones morales ni religiosas, es evidente que tendríamos que usar ese único anticonceptivo. En las condiciones actuales, en que todos los métodos disponibles son imperfectos, no podemos ignorar que:

- 1) Existen condiciones clínicas en que está más indicado un tipo determinado de anticonceptivo y contraindicado otro, mientras que en otras condiciones puede darse la situación inversa.
- 2) El mejor anticonceptivo disponible, usado por la mujer que cumple exactamente con la mejor indicación, tiene todavía una alta probabilidad de abandono de uso en un lapso más o menos largo según el caso. La úni-

//

ca manera de seguir protegiéndola es ~~ofrecerle~~ otro método anticonceptivo.

En conocimiento de estos dos hechos fundamentales y con un criterio estrictamente médico, tendremos que convenir en tener la mayor variedad posible de anticonceptivos eficaces a disposición de la cliente la del consultorio.

Frente a cada paciente hay que estar preparado para seleccionar el método más eficaz y mejor tolerado en su caso particular. El método más efectivo y mejor tolerado permitirá un uso más prolongado, con lo que se refuerza la motivación de la paciente e incrementa el prestigio del programa.

Otro concepto que hace falta definir ante los responsables de cada consultorio es el criterio a seguir ante quejas de las pacientes y frente a solicitud de interrupción de uso o cambio de método, y además cuál debe ser la conducta del médico o enfermera-matrona, ante consultas de una usuaria de anticonceptivos por afecciones que no se relacionan con el método que emplea.

Cuando las quejas corresponden a molestias reales, que suelen observarse con el anticonceptivo en uso y hay indicación médica definida de interrumpirlo y cambiar de método, no puede haber discusión. El problema surge cuando las molestias que refiere la paciente no tienen relación aparente con el anticonceptivo y obedecen seguramente a otra causa coincidente.

//

En este caso el primer esfuerzo tiene que dirigirse a enseñar a la paciente, orientándola acerca del verdadero motivo de su molestia, dándole el tratamiento apropiado y refiriéndola al especialista que corresponda si es necesario. El error que se comete con frecuencia es rechazar su queja y negarle atención por no corresponder a anticonceptivos. La mujer tiene dos caminos posibles: el más frecuente es seguir quejándose en todas partes de su molestia y atribuyéndola a su anticonceptivo, con lo que se crea un foco permanente de desprestigio para ese anticonceptivo y para el programa. Si tiene más iniciativa irá donde otro médico, y éste más veces coincidirá con ella en atribuir la molestia al método e indicará su interrupción, que se tomará la molestia de buscar la verdadera causa de sus síntomas.

Naturalmente que mientras mejor haya sido la información del personal trabajando en problemas de salud (incluido los médicos) y mejor la educación de las pacientes, este tipo de problemas será menos frecuente; pero es ilusorio pensar que se evitará totalmente.

Ahora bien, aún en el caso que se haya explicado claramente la verdadera causa de sus molestias y se haya intentado tratarla, no será raro que la paciente insista en interrumpir el tratamiento, ya sea porque sigue atribuyendo sus síntomas al anticonceptivo o porque tiene otra razón, que no se atreve explicar abiertamente, para desear su interrupción. En este caso el personal del consultorio no sólo no tiene derecho a oponerse al deseo de la paciente sino que cometería un grave

error al no acceder a su petición: Es cierto que se prolongaría el uso de determinado anticonceptivo en una mujer, pero a costa de mantener un foco de desprestigio del programa, de crear un clima de que el anticonceptivo se impone por voluntad del consultorio y no por libre decisión de la paciente, por buena que haya sido la intención que se tuvo y por errada que esté la mujer en cuanto al origen de sus molestias.

En resumen, el personal del consultorio deberá mantener siempre una actitud comprensiva frente a las reacciones emocionales o deficiente educación del público que debe atender, con especial consideración de sus características socio-culturales, de modo que la paciente se sienta apoyada y protegida de posibles efectos secundarios reales o imaginarios del método que usa.

Todo esto nos lleva por último a recomendar que el personal del Consultorio de Anticonceptivos sea reclutado preferentemente entre los que ya han trabajado en esa comunidad y tengan un apropiado conocimiento de la idiosincracia de la clientela potencial del consultorio.

3. EVALUACION.

3.1. Clínica.

Aunque parezca atrevido decirlo, en nuestra opinión el personal que trabaja en un Consultorio de Planificación Familiar generalmente ignora las consecuencias reales de las prácticas anticonceptivas entre sus propias pacientes, mucho más de lo que a primera vista cualquier ob-

//

servador pueda creer posible.

En efecto, pareciera lógico que sin necesidad de ningún tipo de evaluación sistemática los médicos y profesionales de salud puedan tener una impresión bastante adecuada de las quejas de su clientela por molestias durante el uso de anticonceptivos.

Desgraciadamente, a medida que los programas se extienden, se va perdiendo el control de las pacientes hasta el punto que se ignora habitualmente cuántas de las que comenzaron una práctica anticonceptiva continúan en uso. El número de las pérdidas de seguimiento, o de pacientes que no volvieron a control, suele ser un elevado porcentaje de las que iniciaron un determinado tratamiento.

Generalmente se dice que aquellas que no volvieron, no han vuelto a consultar porque están bien. Esto es cierto tal vez para la mayoría, sin embargo, en nuestra experiencia sabemos que muchas de las pacientes que sufren las más graves complicaciones no vuelven nunca más al Consultorio de Planificación Familiar, cuyo personal permanece ignorante justamente de lo que tendría más importancia que conociera muy bien.

Por otra parte, como señalamos en este mismo trabajo, las posibilidades de que una paciente regrese o no depende en gran proporción del trato personal que reciba en el Consultorio.

Del mismo modo influye lo adecuada que haya sido la educación recibida por la paciente, ya que en ella debe señalarse con perfecta cla

//

ridad la importancia de los controles o consultas de seguimiento para la propia seguridad de las pacientes.

Por lo tanto, existen bases para aseverar que las "tasas de continuación" y las "tasas de pérdida de seguimiento" sirven no tanto para la evaluación del método mismo como para evaluar la calidad del Programa y el tipo de atención que se presta en él.

Anteriormente también señalamos lo importante que resulta el que la información que se proporciona a las pacientes acerca de lo que deben esperar de cada método sea lo más exacta y honesta posible. Es cierto que se dispone de una amplia literatura al respecto y que muchas de tales publicaciones son bastante serias y responsables. Sin embargo, corresponden a la realidad del medio donde se hizo el estudio o se recogió la información, que puede ser diferente al de donde estamos realizando nuestro Programa.

De la revisión de esas mismas publicaciones se desprende que un mismo método da lugar a diversas frecuencias de molestias secundarias, y que pueden observarse en una determinada experiencia complicaciones que no se encuentran en otras poblaciones estudiadas. Este es, por ejemplo, el caso de las ictericias de tipo colostático que se observan con alguna frecuencia en Chile y que es de absoluta excepción o inexistente en otros países.

Mal puede entonces darse una información exacta de lo que debe esperar una paciente del método que decida usar, si no tenemos un es

//

trecho seguimiento de nuestra propia experiencia. Es obvio que tendre -
mos que comenzar en base a experiencias ajenas, tratando siempre de refe-
rirnos a las que se realicen en situaciones semejantes a la nuestra, pe-
ro desde el comienzo de un programa debe acelerarse la evaluación de esa
experiencia local para corregir la dirección del programa y la informa -
ción que se entrega. Como ejemplo podemos dar nuestra propia sorpresa
al verificar que en nuestra práctica local, la tasa de embarazo con anti-
conceptivos orales sobrepasaba largamente la de los intrauterinos, lo
que nos obligó a cambiar la información dada y nuestra propia conducta.

3.2. Evaluación administrativa.

Se refiere a la necesidad de evaluar el rendimiento de cada
consultorio y del personal que trabaja en él. En general se basa en el
número de atenciones prestadas, clasificadas en pacientes nuevas y anti-
guas y según tipo de anticonceptivo. Sin embargo, de ese modo se está
valorando sólo la cantidad y no la calidad del trabajo que realizan. En
nuestro concepto la evaluación cualitativa se hace a través de la tasa
de continuación y la tasa de "pérdida de seguimiento", como lo señalára-
mos más arriba. El razonamiento es que a igual calidad de anticoncepti-
vo y semejantes características de la población, la continuación de uso
depende de la calidad de la atención, es decir, de la calidad del traba-
jo realizado por el personal del consultorio.

3.3. Evaluación del cumplimiento de los propósitos del PPF.

La forma de evaluar el cumplimiento de los propósitos depende
rá de la naturaleza de estos, y debería quedar establecida ya en la eta-
pa de planeamiento.

//

En algunos casos y sólo como una información parcial, podrá ser útil revisar las estadísticas de servicio que sirven fundamentalmente para la evaluación clínica. En otros casos, también poco frecuentes, se podría recurrir a estadísticas vitales o estadísticas hospitalarias. Estas últimas serán especialmente útiles cuando los propósitos del PPF se refieran a problemas de salud materna y/o infantil.

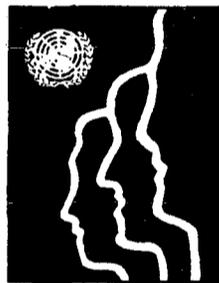
Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, y en la situación actual de América Latina, no hay duda que la gran herramienta de evaluación del cumplimiento de los propósitos de los programas, es la encuesta por muestreo, a la que se dedica especial atención en el Seminario de Métodos de Evaluación. Nosotros sólo podemos recomendar el método y recordar las salvedades que enumeramos en el párrafo 1.5 del presente documento, al referirnos a la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de anticoncepción.

4

5

6

7



**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE**

**Sede: J.M. Infante 9. Casilla 91. Teléfono 257806
Santiago (Chile)**

**Subsede: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Apartado Postal 5249
San José (Costa Rica)**