

## EN ESTE NÚMERO

- **Maternidad sin riesgos**
- **Planificación familiar**
- **Investigación y política**
- **Reforma de los sistemas de salud**
- **Salud materna**
- **Informe de campo**
- **Salud reproductiva**

*Este número especial de Population Briefs reúne artículos de números anteriores que muestran algunos de los logros del Population Council en América Latina y el Caribe.*



Diciembre, 2001

Edición especial

### MATERNIDAD SIN RIESGOS

## *¿Las mujeres brasileñas pueden optar libremente por una cesárea?*

En Brasil, más de 36% de todos los nacimientos son por cesárea y en hospitales privados la prevalencia oscila entre 80–90%, una de las tasas más elevadas a escala mundial. La prensa brasileña no especializada describe a las brasileñas como personas que optan por el nacimiento quirúrgico, y varios médicos afirman que lo que mantiene las elevadas tasas de prevalencia son las exigencias de las mujeres mismas. Aunque la literatura académica incluye las motivaciones de doctores y de mujeres, rara vez se examinan las diferencias de poder que existen entre ellos. Evidentemente, en la sala de partos los médicos tienen mayor poder de decisión.

Kristine Hopkins encabezó un estudio sobre esta situación; encontró que las mujeres rara vez solicitan una cesárea y que los doctores suelen utilizar su autoridad médica para persuadirlas a que la “escojan”. Hopkins fue becaria postdoctoral del Programa Bernard Berelson del Population Council y actualmente colabora con la Universidad de Texas en Austin.

### *Implicaciones de las cesáreas*

Comparadas con el parto vaginal, las cesáreas se asocian con un mayor número de muertes maternas, lesiones e infecciones. En algunos casos, las cesáreas programadas pueden dar como resultado recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no se han desarrollado totalmente. Los nacimientos quirúrgicos son más costosos que los vaginales y requieren estancias hospitalarias más prolongadas.

En Brasil, la educación y el lugar de residencia de la mujer se asocian con la probabilidad de una cesárea, como lo muestra la Encuesta de Demografía y Salud realizada en 1996, que reveló que sólo 13% de las mujeres sin estudios daba a luz por cesárea, contra 37% de ellas con educación primaria; la tasa de cesáreas fue de 55% entre mujeres con secundaria y de 81% para aquellas con formación académica superior. El estudio también indicó que sólo 20% de mujeres de áreas rurales se sometían a esta intervención, comparado con 42% en zonas urbanas.

### *Razones posibles*

Algunos observadores afirman que los médicos de Brasil prefieren llevar a cabo cesáreas porque así ganan más dinero y trabajan menos. Pero los doctores dicen que las mujeres prefieren esta intervención porque así evitan el dolor del parto, recuperan la figura más pronto, no arriesgan sus funciones sexuales futuras y porque creen que es más seguro para el bebé.

Para examinar estos argumentos, Hopkins estudió los nacimientos en un hospital público y en uno privado en Pôrto Alegre y Natal, dos ciudades que reflejan las grandes diferencias geográficas, históricas y económicas de Brasil. Para ello, se aplicó una encuesta posparto a 321 mujeres en esos hospitales, se hicieron entrevistas a profundidad con una submuestra de 41 mujeres, y se observó el trabajo de parto y el parto de

*Continúa en la página 8*

## Estudio sobre decisión informada en clínicas de Perú

Para que las usuarias de planificación familiar (PF) puedan tomar decisiones informadas respecto de los métodos anticonceptivos, los proveedores necesitan determinar qué desean sus pacientes y ofrecerles una selección adecuada; más aún, deben proporcionarles información detallada sobre los posibles efectos secundarios de los métodos e indicarles cómo usar el de su elección. Se ha demostrado que en varios países, incluyendo Perú, no siempre se cumple con estos requerimientos. Los proveedores de PF de áreas urbanas afirman que la sobrecarga de trabajo obliga a que las sesiones de consejería sean breves, lo que les impide dar a las mujeres información completa. Investigadores del Population Council, encabezados por Federico León, pusieron a prueba este argumento al examinar, con mujeres entrenadas para actuar como usuarias, el intercambio de información que ocurre en clínicas peruanas.

Los investigadores estudiaron 19 grandes centros urbanos de salud, seleccionados aleatoriamente. Seis usuarias simuladas, entrenadas para el estudio, visitaron cada clínica en días diferentes; eran 28 mujeres sanas, de 20 a 30 años de edad, que habían tenido un hijo previamente. Se les entrenó para que tuvieran el perfil de las pacientes de los centros de salud. Cuando se les preguntaba sobre sus intenciones reproductivas, respondían que deseaban posponer el embarazo. Al preguntarles si eran usuarias de anticoncepción, respondían que utilizaban el ritmo pero que no se sentían seguras con el método y que deseaban cambiarlo. Asimismo, recibieron instrucciones para decir que no querían tomar anticonceptivos orales ni que se les colocara un dispositivo intrauterino. Afirmaban que sus esposos no estarían de acuerdo en usar condones habitualmente.

Se instruyó a estas usuarias simuladas para que eligieran el anticonceptivo inyectable Depo-Provera y para que asumieran las características de mujeres sanas para quienes el uso de dicho anticonceptivo no estuviera con-

traindicado. Si el proveedor daba señales de estar listo para administrar la inyección, la mujer decía que primero lo discutiría con su esposo, daría las gracias y se iría. Después de su visita, estas mujeres documentaron su encuentro con el proveedor, especificando si había habido intercambio de información respecto de 46 temas, que incluían desde preguntar su edad hasta decirle que el Depo-Provera podría ocasionarle irregularidades menstruales. Asimismo, calcularon el tiempo que habían pasado con el proveedor y anotaron otras observaciones.

*“Se requieren cambios en la estrategia de consejería”.*

La evaluación reveló que en más de 90% de los casos los proveedores preguntaban a la mujer su edad, número de hijos y la última fecha de su menstruación; pedían que seleccionara un método, y le decían que Depo-Provera se administra cada tres meses. Pero en menos de 10% de los casos les preguntaban si deseaban tener más hijos, hacían exámenes pélvicos, ofrecían información específica sobre el momento de aplicación de Depo-Provera, o indagaban sobre sus patrones de sangrado menstrual.

Los proveedores no utilizaban el tiempo de manera eficiente. En 64% de los casos hablaban ampliamente del condón, a pesar de que la mujer no había expresado que le interesaba ese método.

“Los proveedores deberían ser más prácticos al evaluar las necesidades de las pacientes y al ayudarles a escoger métodos adecuados”, dice León. “También deberían hablar más detalladamente del método que ellas elijan”.

El estudio reveló que en sesiones de consejería de ocho minutos o menos, los proveedores

intercambiaban información con las pacientes sobre aproximadamente 14 de 46 temas. Cuando las sesiones duraban de nueve a 14 minutos, los proveedores intercambiaban información sobre unos 19 temas, un incremento estadísticamente significativo. Mayores incrementos en la duración de las sesiones no se asociaron con mejoras en el intercambio de información.

“Aunque las sesiones muy breves limitan el intercambio de información, parece ser que la eficacia del intercambio disminuye cuando las sesiones duran más de 14 minutos. Se requiere hacer cambios en la estrategia de consejería”, explica León.

Los investigadores observaron que la mayoría de los proveedores dedicaban demasiado tiempo a mostrar a sus pacientes un rotafolio con todos los métodos anticonceptivos disponibles. Aunque es correcto proporcionar un rango amplio de anticonceptivos, es también esencial informar a las mujeres en forma detallada acerca de los efectos secundarios y la forma de usar el método de su elección. Al final del estudio, se propuso a los proveedores que exploraran las creencias y actitudes de las mujeres y sus parejas que fueran relevantes para el uso de métodos de PF, para enfocarse en el rango de métodos pertinentes a la situación específica. El tiempo que se ahorraría al no describir métodos inadecuados se podría emplear para abordar temas importantes relacionados con el método elegido. ■

Marzo, 2001

### FUENTE

León, Federico R., Rosa Monge, Adriana Zumarán, Ingeborg García, y Alex Ríos. 2001. “Length of counseling sessions and amount of relevant information exchanged: A study in Peruvian clinics”, *International Family Planning Perspectives* 27(1): 28–33, 46.

### PATROCINADOR EXTERNO

Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos

## ¿Qué vínculos existen entre la investigación y la política?

Por mucho tiempo, en el ambiente científico se ha debatido sobre los vínculos entre hallazgos de investigación y diseño de políticas. ¿Hasta qué punto los investigadores deben intentar transmitir sus resultados a los tomadores de decisión de los gobiernos? ¿Qué situaciones impiden o facilitan la comunicación entre investigadores y diseñadores de políticas?

Recientemente, Ana Langer, Directora Regional del Population Council para América Latina y el Caribe, y otros colegas condujeron un estudio acerca de la influencia de la investigación sobre la toma de decisión en el ámbito de la salud en México. Los hallazgos probablemente se apliquen a otros países.

Los investigadores examinaron cuatro programas de la Secretaría de Salud de México: prevención del SIDA y cólera, planificación familiar e inmunizaciones. Se hicieron entrevistas a profundidad a 67 investigadores y funcionarios, se realizó una investigación documental y se escribieron estudios de caso.

En las interacciones de la investigación y la política surgen cuatro elementos: el contenido de la investigación y de la política, los actores participantes, el proceso de comunicación y el contexto que rodea la investigación y la política.

Los investigadores y los tomadores de decisión mencionaron que la calidad de la investigación influye para que se tome en cuenta en la política. Sin embargo, los políticos suelen juzgar la calidad de la investigación con base en el prestigio del investigador más que por sus publicaciones y la opinión de colegas. La disparidad en los términos vernáculos utilizados por los científicos y los tomadores de decisión fue una barrera para el uso de los hallazgos de investigación. Langer y sus colegas observaron que entre ellos había un "desdén intelectual mutuo", y que todos deseaban "ser reconocidos como el principal promotor para solucionar el problema".

Los entrevistados identificaron a grupos locales e internacionales que promueven el uso de la investigación para la toma de decisiones. Un participante del programa del SIDA comentó: "Qué bueno que una organización tan importante [la Organización Mundial de la Salud] haga declaraciones, produzca publicaciones y promueva reuniones con Secretarios de Salud. Eso fue definitivamente valioso". Los obstáculos detectados incluyeron la percepción de que los tomadores de decisión valoran más

*"Posiblemente un mayor avance democrático en México ayudaría a crear medios masivos interesados y preparados para cubrir y examinar temas científicos relacionados con políticas y programas".*

la experiencia que los datos, y que ellos como los profesionales de los medios carecen de preparación técnica.

Numerosos informantes mencionaron que los contactos informales entre investigadores y tomadores de decisión son más importantes que los intercambios del tipo de boletines y reuniones. Un obstáculo más para la comunicación fueron los intereses profesionales limitados, según dijo un investigador del SIDA: "Así como no veo la necesidad de que los tomadores

de decisiones me aburran con sus normas, yo tampoco veo por qué molestarlos con mis estadísticas".

Acerca del contexto de la investigación y del diseño de políticas, la relativa estabilidad del gobierno mexicano ha dado mayor oportunidad a los científicos de rotar dentro y fuera de puestos gubernamentales. Un tomador de decisiones que había sido investigador declaró: "El mecanismo más rápido y eficiente [para aplicar la investigación a la política] es incorporar a los investigadores al proceso de toma de decisiones". La necesidad de abordar problemas de salud urgentes promueve también el uso de la investigación para el diseño de políticas, como fue el caso del cólera y del SIDA.

### *El papel del público*

Langer y sus colegas se sorprendieron por el reducido número de investigadores y tomadores de decisión que mencionaron el papel del público en la vinculación de la investigación con la política. Señalaron: "Posiblemente un mayor avance democrático en México ayudaría a crear medios masivos interesados y preparados para cubrir y examinar temas científicos relacionados con políticas y programas. También le daría al público la capacidad de sustentar sus opiniones, expresar sus puntos de vista y exigir que se le escuche". ■

*Junio, 2000*

### FUENTES

Bronfman, M., A. Langer y J. Trostle. 2000. De la investigación en salud a la política: La difícil transición. México: Instituto Nacional de Salud Pública y Editorial El Manual Moderno.

Trostle, James, Mario Bronfman y Ana Langer. 1999. "How do researchers influence decisionmakers? Case studies of Mexican policies", *Health Policy and Planning* 14(2):103-114.

### PATROCINADORES EXTERNOS

Fundación Ford (México), Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud (México), y Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos

## Vinculación de la reforma del sector salud con la salud reproductiva

En muchos países del mundo, dos fuerzas están transformando al sector salud: las reformas para expandir la cobertura de servicios y para hacerlos más equitativos y eficientes, y la adopción de un amplio modelo de atención a la salud reproductiva (SR) de conformidad con acuerdos internacionales. Aunque en teoría estos movimientos convergen, un estudio descubrió que no se están aprovechando oportunidades de cooperación entre ambas fuerzas. El trabajo fue realizado por Ana Langer, Directora Regional del Population Council para América Latina y el Caribe, Gustavo Nigenda, del Instituto Nacional de Salud Pública, Jennifer Catino, del Population Council en México, e Ingvild Belle y otros colegas del Banco Interamericano de Desarrollo.

Langer y Nigenda evaluaron y compararon el estado de la SR y del sector salud en países de la región. Posteriormente, dirigieron tres talleres regionales para examinar sus hallazgos e identificar mecanismos en los que la reforma del sector puede utilizarse como oportunidad para mejorar la calidad y el acceso a servicios de SR.

En casi todos los países de la región, la reforma se basa en esfuerzos para aumentar la cobertura, mejorar la efectividad y establecer equidad en la provisión de servicios, al tiempo que se controla el gasto. Por su parte, el enfoque de la SR representa un cambio crítico en los objetivos de políticas y programas poblacionales y de salud: de un énfasis primordial en el logro de metas demográficas, a un esfuerzo por mejorar la calidad de vida del individuo.

Dice Nigenda: "Las prioridades de los promotores de la SR se asemejan a las de quienes apoyan la reforma del sector en varios aspectos; por ejemplo, ambos grupos apoyan la mejora de la salud mediante el acceso equitativo a servicios de alta calidad, enfoques integrales de atención primaria, y descentralización de la autoridad mediante la partici-

pación comunitaria para establecer prioridades. Pero hay experiencias que sugieren que la implantación de ambas políticas es un proceso complejo, y que ciertos elementos de la reforma del sector no siempre han facilitado la ejecución de la agenda de SR".

En cuanto a la descentralización, "ambos movimientos buscan dar mayor autoridad a grupos que están al tanto de las necesidades locales", dice Langer. "Sin embargo, en algunas instancias, una medida tal puede ser problemática. Si los diseñadores locales de políticas son más conservadores que los de nivel nacional, los servicios de planificación familiar pueden verse afectados. En algunas áreas, los fondos que permiten ofrecer anticonceptivos gratuitos se han limitado, lo que pone en peligro la SR de las mujeres". Asimismo, podría haber problemas si los diseñadores de políticas se resistieran a delegar el poder, o si directores y proveedores carecen de las habilidades necesarias para solicitar y usar la opinión comunitaria o para implantar políticas sensibles al género.

Las ONG son actores importantes en la implantación del enfoque de SR. Al no trabajar en el gobierno, se ocupan de problemas como el aborto inseguro y la SR de los y las adolescentes, temas que pueden ser demasiado sensibles para que los aborden proveedores públicos. Con los años, las ONG han adquirido valiosa experiencia, lo que puede contribuir a fortalecer la capacidad de directores y proveedores locales para implantar el enfoque de la SR.

El financiamiento de programas puede representar un reto para prestadores de los sectores público y privado, por lo que una de las metas de la reforma es garantizar la provisión de fondos para que la prestación de los servicios sea sustentable. Para ello, se han establecido cuotas para los usuarios de varios servicios. En teoría, esta estrategia puede mejorar la eficiencia y calidad de la atención; por ejemplo,

cobrar por servicios de beneficio individual, como el ultrasonido, puede ayudar a subsidiar actividades de beneficio público, como los programas de prevención de infecciones de transmisión sexual. Los talleres demostraron, sin embargo, que a veces se cobran servicios críticos, lo que limita su uso por aquellos que más los necesitan.

Las agencias internacionales pueden jugar un papel crucial ayudando a asegurar que se de prioridad a los temas de SR. Pero estos esfuerzos pueden frustrarse si donantes y directores de programa no coordinan sus actividades en SR con las de la reforma del sector salud.

Muchos de estos temas podrían abordarse más fácilmente si los diseñadores de políticas de ambos movimientos cooperaran y se comunicaran. "Pero estos dos movimientos trabajan en paralelo; la comunicación entre grupos prácticamente no existe", dice Catino. Así, se debería dar prioridad a encontrar mecanismos que mejoren la comunicación entre diseñadores de políticas y funcionarios. Existe también una gran necesidad de investigar más, desde las ciencias sociales, los efectos de la reforma del sector salud y la adopción del modelo de atención a la SR. ■

*Septiembre, 2001*

### FUENTES

Langer, Ana y Gustavo Nigenda. 2000. "Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: Desafíos y oportunidades"; Informe de investigación, México, D.F., México: Banco Interamericano de Desarrollo, Population Council e Instituto Nacional de Salud Pública.

Langer, A., G. Nigenda y J. Catino. 2000. "Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the links"; *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 667-676.

### PATROCINADOR EXTERNO

Banco Interamericano de Desarrollo

## Hospitales de América Latina mejoran la atención post-aborto

Aireedor de cuatro millones de mujeres se someten anualmente a abortos ilegales en América Latina y el Caribe, y cientos de miles acuden a hospitales para ser atendidas por emergencias médicas que resultan de ello.

En la sala de emergencias, mujeres con hemorragia y dolor pueden esperar hasta 24 horas para ser atendidas. Toleran que las culpen por haberse embarazado; dejan que las examinen en presencia de otras personas, se someten a tratamientos sin que medie explicación alguna, no reciben anestesia, y salen del hospital sin saber si todavía son fértiles o cómo evitar un nuevo embarazo.

“Trabajamos para encontrar formas más efectivas para que los hospitales proporcionen servicios integrales de calidad a la paciente post-aborto”, dice James Foreit, director del programa Fronteras del Population Council. “En última instancia, la mayoría de las muertes maternas y de las lesiones se podrían evitar si las mujeres accedieran a servicios e información sobre anticonceptivos”.

En Guatemala, México y Perú, el Council, junto con colegas de hospitales, oficinas gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, realiza estudios para mejorar y estandarizar los servicios de atención post-aborto implantando un modelo integral que incluye:

- tratamiento de emergencia que sustituye al legrado instrumental uterino (LIU) con la aspiración manual endouterina (AMEU). La técnica consiste en la evacuación del contenido del útero en condiciones seguras, a pacientes de consulta externa;
- medicamentos adecuados, apoyo emocional, privacidad e información sobre la recuperación, el retorno de la fecundidad y las relaciones sexuales;
- PF antes del alta;
- acceso a servicios integrales de salud reproductiva, como exámenes para la detección de infecciones y cáncer.

En México, investigadores del Council colaboraron con un hospital de Oaxaca para establecer este modelo. Después de realizar un estudio basal, los investigadores señalaron áreas débiles, como la necesidad de que los médicos informaran a las pacientes sobre los procedimientos realizados. Posteriormente, se evaluaron los efectos de la intervención.

*Atención post-aborto: nuevo modelo hace énfasis en mejores prácticas quirúrgicas y relaciones interpersonales.*

En Perú, el Hospital Daniel Alcides Carrión evaluó sus prácticas y diseñó un nuevo programa. Pocos meses después, el uso de AMEU se incrementó en 50% y los costos de tratamiento post-aborto de emergencia se redujeron a la mitad.

Los investigadores encontraron también que los doctores que adoptan la AMEU creen que dicho procedimiento no requiere anestesia debido a que no se trata de un legrado; pero la paciente post-aborto, que generalmente presenta una hemorragia, padece siempre de dolor. Por consiguiente, es necesario reeducar a los profesionales de la salud. En la actualidad, IPAS, en colaboración con el Population Council, recopila información sobre la intensidad y duración del dolor que experimentan las mujeres en emergencias post-aborto.

Finalmente, las intervenciones deben identificar al personal que se requiere capaci-

tar: en algunos casos, se trata de residentes y parteras; en otros, son los médicos de la sala de emergencias o los gineco-obstetras los que deben ser capacitados.

Otro aspecto a considerar es la formidable oposición religiosa al tema del aborto. En ocasiones, los gobiernos prefieren no importar equipos para AMEU, pues consideran que pueden utilizarse para inducir un aborto. Los médicos que consideran que las pacientes post-aborto son “pecadoras” pueden no administrar anestesia e imponer cuotas altas, a manera de castigo. Sin embargo, los delegados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) establecieron como meta reducir la mortalidad materna en 50% para el año 2000. “Contribuimos a alcanzar esta meta mediante proyectos de investigación operativa que ofrecen atención mejorada a mujeres que llegan a un hospital con complicaciones de un aborto ilegal”, dice Foreit. “En nuestro trabajo nos preguntamos: ¿Cómo podemos crear el cambio y acelerar su dinámica?” ■

Verano, 1997

### FUENTES

INOPAL III Project: Operations Research and Technical Assistance in Latin America and the Caribbean. 1996/1997. “An operations research project to test an integrated hospital-based model of treatment for abortion complications and delivery of family planning in Peru”. Technical reports. Washington, DC: Population Council.

INOPAL III Project: Operations Research and Technical Assistance in Latin America and the Caribbean. 1997. “Latin American operations research abstracts: Postabortion quality of care in Guatemala”. [En línea.] Página Web del Population Council. Nueva York: Population Council. Disponible en: [http://www.popcouncil.org/frontiers/orta/e\\_postab4.html](http://www.popcouncil.org/frontiers/orta/e_postab4.html)

Langer, Ana, Cecilia Garcia-Barrios, Angela Heimburger, Karen Stein, Beverly Winikoff, Vilma Barahona, Beatriz Casas y Francisca Ramirez. 1997. “Improving post-abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico”. *Reproductive Health Matters* no. 9 (May): 20-28.

### PATROCINADORES EXTERNOS

Asociación Benéfica PRISMA, Unión Europea, IPAS y Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos

## Medición del impacto de la calidad de la atención en Perú

Mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar (PF), independientemente del impacto demográfico que ello conlleva, es un esfuerzo que promueven ampliamente los especialistas en población. Pero no se sabe aún si servicios de mejor calidad aumentan la prevalencia anticonceptiva y reducen la fecundidad no deseada.

“Nos gustaría creer que mejorar la calidad de la atención reduce la fecundidad no deseada, pero la base empírica que apoya este supuesto no es muy sólida”, dice Anrudh Jain, Director de Programas de la División Internacional de Programas del Population Council.

Esa base empírica se expandió recientemente con la publicación del artículo “Meeting reproductive goals: The impact of the quality of family planning services on unintended pregnancy in Peru”, del cual son autores Barbara Mensch (Population Council), Mary Arends-Kuenning (Centro de Estudios de Población, Universidad de Michigan), Anrudh Jain y María Rosa Gárate (Population Council, Perú). Este artículo se basa en una publicación del Council (1994) titulada “Assessing the impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru: A case study linking Situation Analysis data to the DHS”, de Mensch, Arends-Kuenning y Jain.

El estudio de 1994 fue pionero en vincular dos bases de datos: la Encuesta de Demografía y Salud (EDS) y el Análisis Situacional (AS) sobre las condiciones de la PF en sitios específicos de prestación de servicios. El estudio de 1995 avanzó más, al vincular datos obtenidos de la EDS y del AS con una tercera fuente de información: una encuesta de seguimiento de una muestra de mujeres entrevistadas para la EDS.

Se analizó información de la EDS de 1991–92 en Perú, que incluye a casi 16,000 mujeres, y del AS de 1992, realizado por el Proyecto de Investigación Operativa y Asistencia Técnica para América Latina y el

Caribe del Council. El AS se adaptó para la EDS de 1991–92: se hizo trabajo de campo en las áreas de muestreo de la EDS, lo que requirió visitar casi 3,000 puntos de prestación de servicios y constituyó el AS más grande de la historia.

Mensch y sus colegas desarrollaron un índice de calidad de la atención que mide la calidad de los servicios de PF disponibles en un área geográfica dada para las mujeres (y sus compañeros) que ahí residen. Los índices se

*“Estos estudios apoyan el argumento de que mejorar la calidad de los servicios de PF es una inversión que vale la pena”.*

calcularon con base en ocho aspectos de la prestación de servicios. El índice calculado para un área dada se asignó después a todas las mujeres de dicha zona y se correlacionó con el uso de anticonceptivos modernos. Este análisis reveló que un mayor porcentaje de mujeres usaban anticonceptivos modernos en áreas con servicios de PF de alta calidad que en las de baja. Dicha asociación siguió siendo estadísticamente significativa después de que los investigadores tomaran en cuenta otros factores conocidos por afectar el uso de anticonceptivos.

El estudio de 1995 examinó el impacto de la calidad de la atención en las tasas de embarazos no deseados (un indicador del grado en que las mujeres cumplen con sus intenciones reproductivas). Estas intenciones se

registraron en los datos de la EDS, pues se preguntó a las mujeres si deseaban embarazarse en el futuro o no. En 1994, los investigadores volvieron a entrevistar a un gran porcentaje de las mujeres que habían participado en la EDS en dos áreas de Perú, para saber si se habían embarazado o no en el periodo posterior a la EDS; sus respuestas revelaron que 21% de quienes no habían deseado embarazarse lo habían hecho. El porcentaje de nacimientos no deseados fue significativamente mayor en áreas con servicios de PF de baja calidad que en áreas con servicios de alta calidad, incluso después de controlar por factores de confusión.

Mensch y Jain subrayan que los resultados sólo señalaron una relación entre calidad de la atención y comportamiento reproductivo. Las limitaciones de los datos obligan a interpretar los hallazgos de manera conservadora. Con todo, estos estudios apoyan el argumento de que mejorar la calidad de los servicios de PF es una inversión que vale la pena, porque favorece el bienestar reproductivo de mujeres y hombres y puede aumentar el uso de anticonceptivos y reducir la fecundidad no deseada. ■

*Invierno, 1996*

### FUENTES

Mensch, Barbara, Mary Arends-Kuenning, y Anrudh Jain. 1994. “Assessing the impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru: A case study linking Situation Analysis data to the DHS”. Research Division Working Paper No. 67. Nueva York: The Population Council. Próximamente en *Studies in Family Planning*, con el título “The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru”.

Mensch, Barbara S., Mary Arends-Kuenning, Anrudh Jain, y María Rosa Gárate. 1995. “Meeting reproductive goals: The impact of the quality of family planning services on unintended pregnancy in Peru”. Research Division Working Paper No. 81. Nueva York: The Population Council.

### PATROCINADORES EXTERNOS

Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, a través del Proyecto EVALUATION de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

## Informar a las mujeres reduce la selección inadecuada del DIU

El diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) en países en vías de desarrollo es un reto para los prestadores de servicios de salud. En general, se carece de fondos e infraestructura para realizar pruebas de amplio alcance. Sin embargo, la detección de estas infecciones es crítica. Por ejemplo, si se inserta un dispositivo intrauterino (DIU) en presencia de una infección cervical, aumenta el riesgo de que la mujer desarrolle enfermedad pélvica inflamatoria, un padecimiento que puede ocasionar esterilidad y a veces la muerte. Para evitarlo, los médicos utilizan el “manejo sindrómico”, un enfoque para el diagnóstico de infecciones que se basa en la presencia de síntomas: flujo vaginal, dolor en el abdomen y otros. Sin embargo, muchos estudios han mostrado que el enfoque sindrómico no es efectivo para diagnosticar ITS en mujeres.

Investigadores del Population Council ensayaron otra estrategia para reducir el número de inserciones del DIU en mujeres con infecciones cervicales de transmisión sexual: las enfermeras dieron a las mujeres información sobre métodos de planificación familiar (PF) y su relación con factores de riesgo y formas de prevenir las ITS. Posteriormente, los médicos preguntaron a las mujeres qué método anticonceptivo preferían.

El equipo de investigadores reclutó a 2,107 mujeres, la mitad para el grupo de intervención y la otra para el de control. Todas las participantes respondieron a un cuestionario sobre sus antecedentes, salud reproductiva y uso previo de anticonceptivos; también se les practicó un examen clínico y una prueba para detectar ITS. Después del examen físico, el médico anotaba su opinión sobre la conveniencia de insertar un DIU a cada paciente. Todas las mujeres regresaban a la clínica para recibir los resultados de sus pruebas, tratamiento (si era necesario) y un método anticonceptivo.

Las mujeres del grupo de intervención recibían una sesión informativa individual con una enfermera que utilizaba un rotafolio. Al concluir, se les preguntaba qué método anticonceptivo consideraban el más apropiado para ellas.

“Al principio de la sesión informativa, se invitaba a las mujeres a hacer preguntas a la enfermera”, explica Ana Langer, Directora Regional del Council para América Latina y el

*Mujeres que recibieron información pudieron evaluar su riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y seleccionar un método adecuado de planificación familiar mejor que los doctores.*

Caribe y una de las autoras del estudio. “No se les preguntaba si se consideraban expuestas al riesgo de contraer ITS debido a su comportamiento o al de su pareja”.

Los médicos recomendaron el uso del DIU a 89% de las mujeres; en contraste, un porcentaje menor de las pacientes del grupo de intervención (58%) seleccionó dicho método. Entre las mujeres con infecciones cervicales de transmisión sexual (clamidia y gonorrea), los doctores recomendaron incorrectamente a 87% la inserción de un DIU, mientras que sólo 48% de esas mismas mujeres seleccionó para ellas el DIU. Además, un número mayor de mujeres infectadas que no infectadas eligió el condón

como método anticonceptivo, mismo que es recomendado para evitar la transmisión sexual de infecciones.

Nancy Sloan, también del Population Council y autora del estudio, comentó: “Las mujeres que recibieron información pudieron evaluar su propio riesgo de contraer ITS y seleccionar un método de PF adecuado mucho mejor que los doctores que les practicaron un examen clínico estándar; rara vez las mujeres hablan de comportamientos de riesgo con sus médicos”.

“En general, las mujeres que solicitan servicios de PF deberían recibir información sobre ITS, métodos anticonceptivos y la relación entre ambos. Asimismo, se les debería permitir elegir el método de su preferencia, a menos que estuviera contraindicado para ellas”, añade otra de las autoras del estudio, Beverly Winikoff, Directora del Programa de Salud Reproductiva del Council. “Esto es más saludable para la mujer y le permite participar más en el cuidado de su propia salud reproductiva”.

El equipo de investigadores recomienda replicar el estudio en regiones con mayor incidencia de gonorrea y clamidia y con una mezcla diferente de métodos anticonceptivos, para determinar si los hallazgos se pueden generalizar a otros escenarios. Este equipo estudia en la actualidad la influencia de ofrecer información en video en salas de espera de clínicas de PF, un recurso que sería menos costoso que la consejería personal y, por lo tanto, de implantación más viable en países en vías de desarrollo. ■

Diciembre, 2000

### FUENTE

Lazcano Ponce, E.C., N.L. Sloan, B. Winikoff, A. Langer, C. Coggins, A. Heimbürger, C.J. Conde-Glez y J. Salmeron. 2000. “The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico”, *Sexually Transmitted Infections* 76(4): 277–281.

### PATROCINADOR EXTERNO

Fundación Andrew W. Mellon

Continúa de la página 1

15 mujeres de hospitales públicos y 14 de hospitales privados.

### Actitudes relacionadas con el nacimiento quirúrgico y el vaginal

Con la encuesta posparto, Hopkins evaluó las actitudes de las mujeres hacia la cesárea y el parto. De 84 a 91% de las mujeres estuvieron de acuerdo con la afirmación de que una mujer recupera su figura más pronto después de un parto vaginal y que la recuperación después de una cesárea es más prolongada. Aunque 58% de quienes dieron a luz en los hospitales públicos estuvieron de acuerdo con el enunciado de que la vagina se “estira” con el parto vaginal, sólo 16–20% creía que su placer sexual o el de su esposo se reduciría como resultado de ello.

Aproximadamente dos terceras partes de las mujeres estuvieron de acuerdo con que la operación cesárea no es dolorosa; pero alrededor de tres cuartas partes dijeron que es muy dolorosa después de realizada.

Hopkins comentó: “Aunque casi todas las mujeres estuvieron de acuerdo en que un parto es más doloroso que una cesárea, no podemos suponer que las mujeres solicitan esta última con base en dicha percepción”.

En cuanto a la seguridad del nacimiento quirúrgico versus el vaginal, sólo 22–30% de las encuestadas creían que la cesárea era más segura para el bebé. Únicamente 14–18% pensaba que la intervención era más segura para la madre.

### Preferencia sobre vía de nacimiento vs. tipo de nacimiento

Hopkins preguntó también qué tipo de nacimiento deseaban tener las mujeres. En los hospitales privados casi tres cuartas partes de las madres primerizas que terminaron sometiéndose a una cesárea deseaban inicialmente un parto vaginal. En hospitales públicos esa cifra llegó a 80%.

A tres cuartas partes de las mujeres no primerizas de los hospitales privados se les había practicado una cesárea para el nacimiento de su último hijo. Sin embargo,

a pesar de la creencia generalizada en Brasil de que cuando una madre da a luz por cesárea todos los nacimientos posteriores deberán ser quirúrgicos, el estudio mostró que una tercera parte de estas mujeres dijeron que querían un parto vaginal.

Hopkins dijo al respecto: “Estos resultados ponen en tela de juicio el supuesto de que una abrumadora mayoría de las mujeres que dan a luz en hospitales privados exige someterse a una cesárea”.

### En la sala de labor

Hopkins presenció momentos reveladores en los que las madres en trabajo de parto gritaban que ya no soportaban el dolor. Las reacciones de los médicos variaban: en los hospitales públicos ignoraban a las mujeres o les daban una palmada y les decían que todo terminaría pronto. Pero en los hospitales privados, los doctores se quejaban de sentirse presionados por las expresiones de dolor de las pacientes. En uno de los casos una mujer gritaba; el médico volteó a ver a la investigadora y le dijo: “¿Ya vio? Es algo subliminal; estamos psicológicamente presionados”.

A esto Hopkins responde: “El comportamiento de los doctores en hospitales públicos indica que pueden resistir la presión de la mujer que exige someterse a una cesárea. Más aún, un grito de dolor no es una petición para que se haga una cesárea”.

Muchas de las mujeres del estudio no habían recibido preparación psicológica para hacer frente a las dificultades del trabajo de parto y nacimiento. A veces, la investigadora fue testigo de que los médicos conscientemente ignoraban o malinterpretaban las condiciones de salud en la sala de labor a fin de proponer una cesárea. En algunas instancias, los médicos no esperaban a que el parto se presentara naturalmente, y en etapas relativamente tempranas del proceso decían a las pacientes que debían recurrir a una cesárea porque el trabajo de parto no avanzaba.

Los resultados del estudio indican que los obstetras brasileños no practican cesáreas en respuesta a la demanda abrumadora de sus pacientes y que las mujeres están menos intere-

## POPULATION BRIEFS

Diciembre, 2001

Edición especial

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

#### Autor/Editor

Gina Duclayan

#### Consejo Editorial

Anrudh Jain, Ana Langer, Cynthia B. Lloyd, Melissa May, Irving Sivin

#### Gerente de Producción

Y. Christina Tse

#### Diseño

Sura Rosenthal

#### Corrección de Estilo

Guillermina Herrera, Robert Heidel

#### Asistente Editorial

Jared Stamm

#### Traducción

Erika Benton

Population Briefs se publica trimestralmente y se distribuye en forma gratuita. La reproducción de sus contenidos no requiere autorización, siempre y cuando se distribuya sin costo y se cite la fuente.

50 ANOS  
1952-2002  
**Population Council**

One Dag Hammarskjöld Plaza  
New York, New York 10017 USA  
www.popcouncil.org

La producción de Population Briefs es patrocinada parcialmente por la Fundación Turner.

©2001 The Population Council, Inc.

Impreso en México.

sadas en esta intervención que lo que sugieren la percepción popular y la opinión médica. Para concluir, Hopkins dijo: “Los médicos juegan un papel muy activo en la construcción sistemática de la cultura de la cesárea en Brasil”. ■

Diciembre, 2000

#### FUENTE

Hopkins, Kristine. 2000. “Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?” *Social Science & Medicine* 51(5): 725–740.

#### PATROCINADORES EXTERNOS

Fundación Andrew W. Mellon, Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, y Consejo de Investigación en Ciencias Sociales