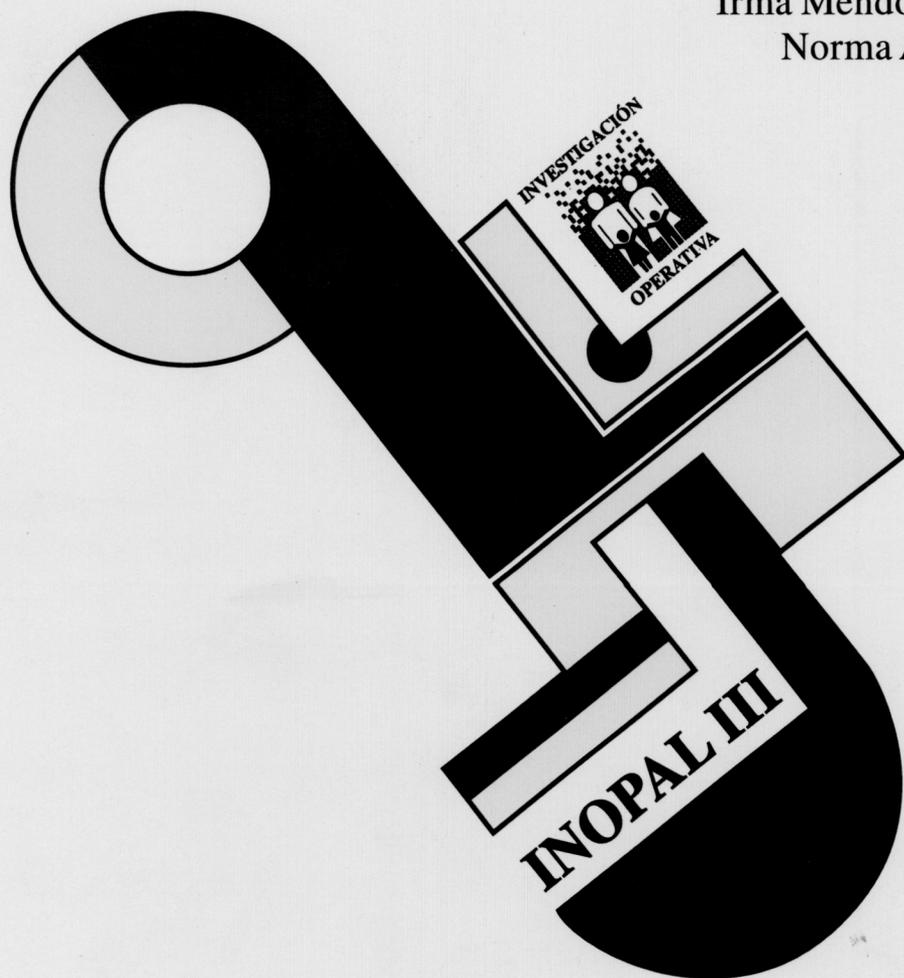


DOCUMENTOS DE TRABAJO, núm. 8, 1998

**Para detectar y referir mujeres
de comunidades rurales
F 27.34 / P831 v 8 servicios de salud reproductiva**

Luis Améndola
Delmy Euceda
Rebecka Lundgren
Irma Mendoza
Norma Alí



N° 000001018 27.34
P.831
V.8

**El uso de listados para detectar y referir
mujeres de comunidades rurales
a servicios de salud reproductiva**

Luis Améndola¹
Delmy Euceda¹
Rebecka Lundgren²
Irma Mendoza²
Norma Ali³

1. Save the Children Honduras.
2. Population Council.
3. PRODIM.



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

Population Council

One Dag Hammarskjold Plaza

Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.

Tel.: (212) 339-0500

Fax: (212) 755-6052

Correo electrónico: pubinfo@popcouncil.org

<http://www.popcouncil.org>

Population Council

Oficina Regional para América Latina y el Caribe

Escondida 110 Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.

Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;

Correo electrónico: inopalmx@mpsnet.com.mx

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

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno

Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.

©1998 Population Council/INOPAL III

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

"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE
ESTUDIOS DE GENERO" - U.N.A.M.

**El uso de listados para detectar y referir
mujeres de comunidades rurales
a servicios de salud reproductiva**

Resumen

Save the Children Honduras (ASCH) realizó un proyecto para aumentar el número de usuarias referidas por los trabajadores voluntarios a servicios de salud reproductiva. El proyecto se llevó a cabo en dos hospitales y once centros de salud, en tres áreas geográficas diferentes: La Esperanza, Tegucigalpa y San Lorenzo/Pespire.

El personal comunitario fue capacitado en el uso de un “Listado Comunitario de Mujeres No Embarazadas”, que clasifica a las mujeres según su riesgo reproductivo y sus necesidades de servicios de salud reproductiva. Los voluntarios usaban cupones de referencia para remitir a las mujeres a los hospitales. Estos instrumentos fueron ampliamente aceptados y utilizados por el personal comunitario e institucional. La intervención resultó en un aumento de referencias hechas por los trabajadores voluntarios. Se observó que un alto porcentaje de éstas fue efectivo. La evaluación mostró que los voluntarios en las comunidades manejaban excelentemente el Listado y los cupones de referencia.

Esta experiencia despertó el interés de la Secretaría de Salud Pública (SS) para utilizar los instrumentos en otras áreas de salud y buscar financiamiento, a fin de implementarlos a nivel nacional, y adaptarlos para su programa de Infecciones Respiratorias Agudas. Por su parte, otras organizaciones no gubernamentales, como PRODIM y CARE, utilizan las herramientas para voluntarios en otras regiones del país.

Antecedentes

Tradicionalmente, la ASCH ha trabajado con programas de sobrevivencia infantil. En 1991, inició la incorporación del componente de salud reproductiva a sus programas de desarrollo mediante una investigación operativa llevada a cabo con el apoyo de INOPAL II. Se probaron tres estrategias: 1) capacitación del personal institucional y voluntarios para la prestación de servicios de salud reproductiva; 2) consejería sobre lactancia y planificación familiar para mujeres que estaban amamantando; y 3) distribución de anticonceptivos en las farmacias comunitarias de la institución. Al término de las investigaciones, estas estrategias se incorporaron al programa de salud, sin contar con financiamiento adicional. Desde octubre de 1993 ha asignado 25% del programa y de las obligaciones financieras a actividades de salud reproductiva y de planificación familiar. La buena acogida y la obvia necesidad de estos servicios en las comunidades hicieron concluir al Departamento Materno-Infantil de la Secretaría de Salud (SS) y a ASCH que deberían continuar trabajando para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud reproductiva, en particular de planificación familiar, así como el desarrollo de una estrategia de participación comunitaria.

En agosto de 1995, con el apoyo técnico y financiero de INOPAL III, la ASCH inició actividades para fortalecer y mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva en las clínicas y hospitales públicos en las tres regiones (Centro, Sur y Occidente) en que colaboraba la institución con la SS. Por tal motivo, se llevó a cabo un diagnóstico inicial que detectó una variedad de problemas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios. Para superar estos problemas, se llevaron a cabo diversas actividades en los dos hospitales, tres centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO'S) y nueve centros de salud rurales (CESARE'S) que se encontraban en las tres regiones de salud en los que colaboran ASCH y el SS (San Lorenzo, La Esperanza y Tegucigalpa). Las actividades que se llevaron a cabo fueron las siguientes: 1) un taller de capacitación de una semana de duración sobre consejería en planificación familiar, metodología anticonceptiva y calidad de la atención para todo el personal de las unidades de salud; 2) instalación de Clínicas para la Atención Integral de las Mujeres en los hospitales y los tres CESAMO'S, que consistió en el acondicionamiento y equipamiento de un espacio específico para prestar estos servicios, incluyendo la inserción de DIU; 3) introducción de servicios de anticoncepción quirúrgica voluntaria en los hospitales de La Esperanza y San Lorenzo; 4) la mejora de servicios existentes en términos de la adaptación de horarios de los médicos para ampliar los horarios de atención, cambios en el registro y filtrado de pacientes, y la ofer-

ta sistemática de métodos; 5) capacitación en el uso de una Guía para la Atención Integral de la Mujer, que busca asegurar que el prestador proporcione a las mujeres la variedad de servicios de salud reproductiva que exigen las normas de servicios.

Estos cambios permitieron aumentar considerablemente el número de servicios de atención pre y post-natal, las citologías vaginales y la provisión de métodos anticonceptivos, así como la calidad de los servicios en términos de indicadores como la privacidad, la confianza que se tenía en el servicio, y el acatamiento de las normas de atención en lo referente a exámenes físicos, orientación y consejería proporcionados. Se trabajó además con PRODIM, una organización no gubernamental que trabaja con parteras empíricas en el área de La Paz, en un proyecto para involucrar a las parteras en la vigilancia de mujeres en edad fértil.

Planteamiento del problema

Tradicionalmente, los programas de salud han tratado de acceder a la población no cubierta por sus servicios a través de la capacitación de voluntarios en las comunidades, quienes proporcionan información y educación, identifican necesidades y refieren a quienes los necesitan a los centros de salud. Algunos datos muestran que 60.7% de las mujeres de áreas urbanas utilizan anticonceptivos, mientras que en las áreas rurales, únicamente 36.1% los usa, y sólo 23.7% usa un método moderno.¹

En el caso que nos ocupa, ASCH ha capacitado, en todas las comunidades donde trabaja, voluntarios llamados consejeros en salud materno-infantil algunos de los cuales son parteras. Estas personas han desarrollado actividades en salud reproductiva durante los últimos cuatro años. Sus actividades más comunes son: visitas domiciliarias y juntas comunitarias con propósitos de educación y la rápida identificación y referencia de mujeres y niños a servicios de salud. Sin embargo, en términos de la cobertura de servicios, esta estrategia suele mostrar resultados modestos. En el caso de los centros de salud participantes en el proyecto, por ejemplo, los diagnósticos iniciales mostraron que menos de 5% de los clientes de los centros de salud eran referencias de los niveles comunitarios. Un problema adicional es que la nueva estrategia de proporcionar servicios representa un reto adicional para los programas comunitarios, ya que es necesario capacitar a voluntarios de muy bajo nivel educativo para que puedan proporcionar información e identificar necesidades de una gama muy amplia de servicios, y la experiencia de programas individuales, como los de planificación familiar, han mostrado que los voluntarios difícilmente pueden aprender grandes volúmenes de información.

El problema que ASCH y PRODIM buscaron estudiar fue cómo lograr que los voluntarios de salud identificaran todas las necesidades de servicios de salud reproductiva de los habitantes de la comunidad y refirieran a las personas a los centros de salud para que recibieran atención.

Estrategias a nivel comunitario

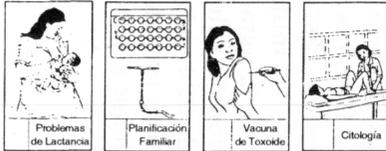
Para resolver este problema, se decidió probar el uso de un «Listado Comunitario de Mujeres No Embarazadas», el cual fue desarrollado por el personal del proyecto. Este listado: 1) identifica algunos factores de riesgo reproductivo de cada mujer en la comunidad; 2) identifica algunas necesidades de servicios de salud reproductiva; 3) facilita un proceso efectivo de consejería y de referencia rápida; y 4) motiva la realización de visitas domiciliarias y fortalece los conocimientos en temas de salud reproductiva.

El Listado es un formato con columnas que representan estados de riesgo reproductivo (edad, paridad, espacio intergenésico y riesgo obstétrico), y uso de servicios preventivos (planificación familiar, toxoide tetánico, citología vaginal). Cada concepto se ilustró con un dibujo, a fin de proporcionarle la mayor claridad posible a la gente analfabeta. Las columnas correspondientes a la presencia de factores de riesgo son de color amarillo, mientras que las que corresponden a los servicios requeridos o al no uso de planificación familiar son de color rojo. En la parte inferior del formato, hay una guía de respuestas que ayuda a las voluntarias a dar una consejería adecuada, conforme al color de la columna marcada. Por ejemplo, se debe felicitar a una mujer sin indicadores en las columnas de color amarillo o rojo y se le debe aconsejar seguir siendo consistente con sus hábitos actuales de salud reproductiva. Por el contrario, se deberá enviar al centro de salud a la mujer que tenga indicadores en las columnas de color amarillo y rojo. El Listado se presenta en la figura 1.

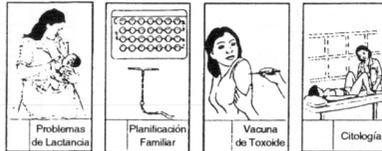
La estrategia se complementó mediante el diseño, validación e implementación de cupones de referencia, los cuales son administrados por los voluntarios y permiten al personal de los centros de salud identificar las referencias y retroalimentar a los voluntarios sobre la atención brindada a la mujer referida. Se diseñaron dos formas: una para la atención de no embarazadas y otra para embarazadas, incluyendo la atención durante el parto y el puerperio. La voluntaria conserva el talón y le entrega a la mujer la parte del formato que entregará al prestador. El prestador, por su parte, llena la contrarreferencia, se la entrega a la usuaria para que la devuelva a la voluntaria y le pide a la usuaria que conserve la porción que le corresponde. Estos cupones se presentan en la figura 2.

Figura 2
Cupones de Referencia

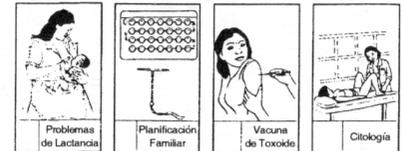
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Mujer no embarazada
Motivo de referencia



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Mujer no embarazada
Motivo de referencia



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Mujer no embarazada
Motivo de referencia



Establecimiento de salud al que refiere:



Establecimiento de salud al que refiere:



Favor brindar consejería y seguimiento en:

Nombre de la paciente: _____

Fecha: _____

Nombre de la paciente: _____

Edad: _____ Comunidad _____

Favor atender a la portadora

Nombre del Voluntario _____

Fecha _____

A: _____

Quien fue atendido en _____

Cita: Si No Fecha _____

Firma



Metodología

El listado fue probado por ASCH y por PRODIM. La ASCH capacitó a los voluntarios y probó el listado durante cuatro meses en 43 comunidades en las tres áreas donde ofrece sus servicios (Tegucigalpa, La Esperanza y San Lorenzo), mientras que PRODIM trabajó únicamente durante un mes en 10 comunidades de La Paz. En el caso de ASCH, los 43 voluntarios capacitados en el uso del listado y los cupones eran consejeros de salud materno-infantil, mientras que en el caso de PRODIM se capacitaron 17 parteras empíricas.

Para evaluar el uso del Listado, los promotores de la ASCH y del PRODIM visitaron a los Consejeros y los Centros de Salud para recolectar los listados, los cuales proporcionaron datos sobre el número de mujeres a las que se había brindado información, y los cupones, que permitieron conocer el número de mujeres que habían sido referidas al centro de salud, que habían llegado hasta él, y que regresaron con el voluntario después de su visita al centro de salud. Así pues, las mujeres informadas, las referencias, las referencias efectivas y las contrarreferencias fueron las variables dependientes usadas en este estudio.

Se evaluó el trabajo de 60 Consejeros, 43 de la ASCH y 13 de PRODIM, que estaban utilizando el Listado.

Resultados

La tabla 1 muestra que los voluntarios de la ASCH visitaron a un total de 1,186 mujeres en edad fértil (MEF) durante un periodo de cuatro meses, equivalente a 18% de las MEF en las 43 comunidades, en tanto que las voluntarias del PRODIM realizaron 229 visitas, con lo que se alcanzó una cobertura estimada de 24% de las MEF (con base en las proyecciones de MEF del censo de 1988) en las comunidades donde trabajaron. Cada voluntaria de ASCH realizó un promedio de 6.9 visitas por mes, cifra menor a la meta propuesta de 10 visitas al mes. En casi todas las visitas se hicieron referencias, y en 33% de estos casos las mujeres referidas acudieron al centro de salud. De éstas, menos de la mitad regresaron el cupón de contrarreferencia a los voluntarios de salud. En el caso del PRODIM, las parteras realizaron un total de 229 visitas y sólo refirieron a 18% de las mujeres a los servicios. Un poco más de la mitad de estas mujeres llegaron al centro de salud para recibir el servicio recomendado.

Tabla 1
 Visitas, referencias, referencias efectivas y contrarreferencias
 Asociación Save the Children y PRODIM

INDICADOR	ASCH	PRODIM
Número de comunidades	43	10
Tipo de voluntaria	Consejera materno-infantil	Partera empírica
Número de voluntarias capacitadas	43	17
Periodo de uso	Cuatro meses	Un mes
Número de mujeres visitadas	1,186	229
Número de mujeres referidas	1,085	42
Porcentaje de referencias efectivas	33%	57%
De las referencias efectivas, porcentaje contrarreferido	42%	ND*

* No disponible.

En el caso de la ASCH, las razones por las que se envió a las pacientes al centro de salud fueron: 55% para citología vaginal, 17% para recibir la vacuna antitetánica, 14% para planificación familiar, 9% para control prenatal y 5% para atención del parto o atención del puerperio. En el caso del PRODIM, las razones fueron: 70% a citología, 20% para control prenatal y lactancia y 10% para control puerperal. La mayoría de las referencias de estas dos organizaciones fueron para hacerse el examen de Papanicolaou. Es interesante observar que las parteras tendieron a referir con mayor frecuencia a sus pacientes para que recibieran servicios perinatales.

Experimento sobre calidad de las referencias

Una de las preguntas que motivó la prueba del listado fue si el llenado del mismo era correcto y si las referencias que hacían las voluntarias eran apropiadas, ya que de no ser así, las referencias únicamente implicarían un gasto de tiempo y dinero tanto para los prestadores de servicio como para las habitantes de la comunidad. Por esta razón, la ASCH realizó un experimento para evaluar la calidad de las referencias y el llenado del

listado. El experimento se diseñó utilizando como marco de referencia la teoría de detección de señales, en la cual se identifican probabilidades de que un observador identifique una señal que emite una falsa alarma. En el contexto de las referencias hechas por voluntarios de salud, la presencia de una necesidad de servicio de la mujer representa una señal, y la referencia es la respuesta a dicha señal. Existen cuatro posibles resultados de la interacción entre voluntaria y usuaria:

- La usuaria requiere un servicio y la voluntaria la envía al centro de salud (“referencia correcta”)
- La usuaria tiene un problema y la voluntaria no la envía al centro de salud (“fracaso”)
- La usuaria no tiene un problema y la voluntaria la envía al centro de salud (“falsa alarma”)
- La usuaria no tiene problemas y la voluntaria no la envía al centro de salud (“rechazo acertado”).

Para llevar a cabo el experimento, se seleccionaron aleatoriamente 22 voluntarias que habían reportado cuando menos una referencia en el último año. Además, se escribieron 12 guiones que fueron actuados por clientes simuladas. Cada voluntaria atendió a las 12 clientes simuladas, por lo que el total de “usuarias atendidas” fue de 264. Las clientes simuladas fueron seis mujeres, entrenadas para hacer dos papeles cada una. Cada mujer empezaba con una voluntaria, actuando como si recibiera una visita domiciliaria. Posteriormente, representaba su segundo papel con la misma voluntaria; después de actuar estos dos papeles, se dirigía a otra voluntaria y repetía el mismo procedimiento hasta que la hubieran entrevistado todas las voluntarias presentes en el taller. Las mujeres anotaron sus observaciones respecto a la manera en que las voluntarias llenaban el Listado y si habían sido referidas a algún servicio y a cuál. En cada sesión, también se recogieron los listados que llenaban las voluntarias y se compararon sus contenidos con el de las características de las clientes simuladas.

De los doce perfiles actuados, cuatro estaban relacionados con la planificación familiar; cuatro con la citología vaginal y cuatro con el toxoide tetánico. Para cada servicio, se diseñaron dos perfiles con signos que requerían que las pacientes fueran referidas solamente a un servicio y dos perfiles que no requerían referir a la paciente. En algunos perfiles se incluyeron problemas de salud que causaban “ruido” y que no se incluyeron en el Listado. A todos los perfiles se les dio un cárdex de vacunación para toxoide tetánico, con excepción de un caso, por cuestiones del diseño mismo del perfil.

Resultados del experimento

Se analizó la habilidad de las voluntarias para el llenado de cada una de las secciones y columnas del Listado. Se encontró que 90.4% de las voluntarias llenaron el Listado adecuadamente. Los porcentajes más bajos correspondieron a las columnas para tipos de métodos de planificación familiar y lactancia; los más elevados fueron los de problemas obstétricos y uso de métodos de planificación familiar.

Respecto a las referencias, se esperaba que la detección perfecta correspondiera a 50% de perfiles con bases para referir a la paciente ("referencia correcta") y el otro 50% para los perfiles que no requerían referir a la paciente ("rechazo acertado"). Se observaron dos tipos de errores que podían cometer las voluntarias: 1) enviar a la paciente a un servicio cuando no era necesario, lo que ocasionaría el agotamiento de los limitados recursos de los servicios de salud y de las usuarias; o 2) no enviar a una mujer a un servicio que necesitara, poniendo así su salud en peligro.

Las voluntarias refirieron a las pacientes correctamente en 43% de los casos y las rechazaron, también correctamente, en 42% de ellos, con 8% de casos de falsa alarma y 7% de errores. Estos hallazgos indican que su habilidad para identificar correctamente qué mujer requiere ser enviada a los servicios es elevada.

En el caso de los servicios específicos, se encontró que 87% de los de planificación familiar fueron retenidos correctamente, comparado con 85% de los casos de toxoide antitetánico (40% de referencias correctas, 42% rechazos acertados, 8% falsas alarmas y 10% de errores), y con 78% de los casos de citología. El problema en este último caso fue la falta de claridad de los estándares para hacer referencias para la prueba de Papanicolaou, ya que en ese momento se encontraban en proceso de revisión por el SS, así como la deficiencia en la capacitación de las voluntarias en este tema.

Cuando se analizaron los errores más comunes en el manejo de los perfiles, se encontraron dos tipos: los relacionados con el diseño del Listado (problemas ocasionados por el tamaño y el color de las columnas, así como errores en el texto que se mezclaron al momento de escribir) y los ocasionados por cuestiones de capacitación en su uso (orientación inadecuada respecto a la toma de muestras citológicas, la forma de inspeccionar el cárdex de vacuna tetánica). Tampoco quedó claro por qué la columna de lactancia se agrupó con otros conceptos.

En general, se puede concluir que el manejo que hicieron las voluntarias del Listado y de los cupones de referencia fue muy bueno. Los problemas que se observaron pueden resolverse fácilmente con ajustes

en el diseño del Listado y estandarizando el contenido de la capacitación. Aunque ocurren falsas alarmas, éstas son relativamente pocas para sobrecargar innecesariamente al sistema de salud, además de que es probable que en la vida real se detectara en esa misma mujer otra necesidad de servicio.

Conclusiones y recomendaciones

El Listado Comunitario de Mujeres No Embarazadas y los cupones de referencia fueron aceptados y utilizados tanto por personal comunitario como institucional. La información de servicio recopilada mostró un aumento en el número de referencias presentado por los trabajadores voluntarios a los servicios de salud reproductiva. Se observó que un voluntario podía captar mensualmente entre 6 y 10 mujeres y que entre éstas, 62% requería algún tipo de servicio de salud reproductiva. La mayoría de las mujeres fue referida al área de citología y un número menor a servicios de planificación familiar. No se sabe si la razón fue que las mujeres no aceptaron ser enviadas a planificación familiar o si los voluntarios no se sintieron cómodos para hacer este tipo de referencia.

Al utilizar el listado, un porcentaje relativamente alto —aproximadamente una tercera parte de las mujeres referidas por los voluntarios— acude por el servicio al centro de salud. Sin embargo, se observó una gran variación en el número de referencias efectivas en las diferentes áreas, lo que sugiere que entraron en juego factores como la motivación y calidad del voluntario, así como la accesibilidad y calidad de los servicios de salud, que tienen un papel determinante en el proceso de referencia. A pesar de la importancia de entregar las contrarreferencias para motivar a los voluntarios y facilitar el seguimiento, solamente una de cuatro mujeres referidas las entregó al voluntario. Es necesario investigar este aspecto del proceso para identificar cuáles son los puntos débiles de la cadena de referencia.

En cuanto a la calidad de las referencias, una evaluación realizada con la teoría de detección de señales mostró que los voluntarios manejaban de manera excelente el Listado y los cupones de referencia. Los problemas observados se pueden resolver fácilmente haciendo ajustes en el diseño del Listado y estandarizando el contenido de la capacitación. Con base en los resultados de esta investigación, se puede concluir que los voluntarios hacen un buen trabajo de referencia, con pocos casos de falsa alarma. Por otra parte, no envían a otros servicios a pacientes que no lo necesitan

Los resultados sugieren que el voluntario es un trabajador de salud

que la mujer acepta, que goza de credibilidad en la comunidad. Esta experiencia demuestra que el uso del Listado y de las referencias dio lugar a la labor educativa del voluntario y otorgó credibilidad a las personas que los utilizaban en la comunidad; su uso estimuló a los voluntarios.

Esta experiencia despertó el interés de la SS para utilizar los Listados y cupones en otras áreas de salud y buscar financiamiento para implementarlos a nivel nacional. Por su parte, otras ONGs como PRODIM y CARE utilizan las herramientas para voluntarios en otras regiones del país. El Ministerio de Salud Pública también adaptó el Listado para utilizarlo en su programa de Infecciones Respiratorias Agudas y las auxiliares de enfermera que participan en un estudio nacional de la SS lo están utilizando también.

Nota

¹ Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF). 1995/6. Secretaría de Salud, ASHONPLAFA.

Otros títulos de la serie

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

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

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

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

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

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

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

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

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

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

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

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

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

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Federico R. León

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

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas

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

INOPAL III

**Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación
Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe**

USAID Contrato CCP-95-C-00-00007-00