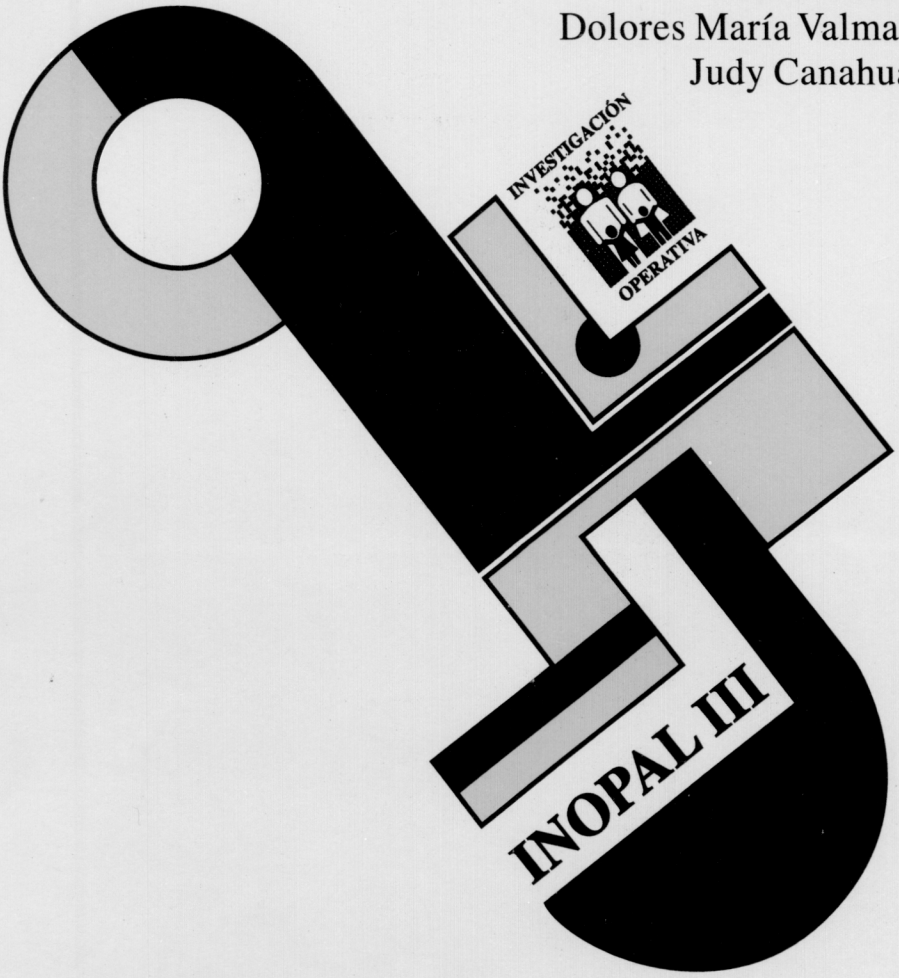
F 27.34 / P831 v 10

ra involucrar a los hombres lo de la salud reproductiva: administración de la granja dministración de la familia

James Foreit
Rebecka Lundgren
Irma Mendoza
Dolores María Valmaña
Judy Canahuati

DOCUMENTOS DE TRABAJO, núm. 10, 1998



Population Council

27.34
P831
V. 10

N° 000001020
006304

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

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[1]
Rebecka Lundgren[1]
Irma Mendoza[1]
Dolores María Valmaña[2]
Judy Canahuati[3]

1. Population Council.
2. CARE/Honduras.
3. Consultora.

1020

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).

Traducción al español: Adelaida Gómez del Campo

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.

COORDINACION DE
HUMANIDADES
PROGRAMA UNIVERSITARIO
DE ESTUDIOS DE GENERO
"CENTRO DE INFORMACION
Y DOCUMENTACION"

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

Resumen

En 1992, CARE/Honduras inició el Proyecto Agroforestal Comunitario (PACO) en colaboración con el Ministerio de Recursos Naturales y algunas comunidades en Yoro, Santa Bárbara, Copán y Lempira. El objetivo de este proyecto fue capacitar a las familias para que generaran mayores ingresos y aseguraran su sustento. Sin embargo, los estudios previos al inicio del proyecto mostraron que la población no estaba alcanzando sus objetivos en cuanto al número y el espaciamiento de los hijos. Aunque casi la mitad de las mujeres dijeron que no deseaban tener un hijo en los próximos dos años, ninguna estaba usando un método anticonceptivo. Además, sólo 42% creía que sus esposos las apoyarían en su decisión de planificar la familia.

CARE decidió entonces explorar tres estrategias diferentes para mejorar la participación de los hombres en el proceso de toma de decisiones en salud reproductiva. Aprovechando la organización de PACO, se añadió un componente de salud reproductiva para discutirlo en las reuniones que llevaban a cabo los agricultores y los miembros de la cooperativa. Se utilizaron materiales impresos para difundir la información y se capacitó a los voluntarios comunitarios para que educaran sobre salud reproductiva, motivando y creando conciencia en los participantes sobre sus necesidades.

Introducción

CARE es la agencia privada para el desarrollo, no lucrativa, más grande y antigua que ha proporcionado asistencia durante 50 años alrededor del mundo y durante 42 en Honduras.

La salud reproductiva es un componente relativamente nuevo en los programas de CARE, tanto en el ámbito global como en el nacional. En 1992, CARE/Honduras empezó a implementar el Proyecto Agroforestal Comunitario (PACO) en colaboración con el Ministerio de Recursos Naturales y comunidades en Yoro, Santa Bárbara, Copán y Lempira. El objetivo era "incrementar la capacidad de las familias para asegurar su sustento alimenticio y generar un aumento en el ingreso familiar".[1]

Las comunidades fueron seleccionadas debido a que tenían "serios problemas con el uso sustentable de la tierra en áreas de suelos con fertilidad disminuida y en comunidades con infraestructura organizacional débil".[2]

Los estudios previos elaborados en las áreas del proyecto indicaron que la población no estaba alcanzando sus objetivos en términos del número de hijos deseados o del espaciamiento de los nacimientos. Aproximadamente 50% de las mujeres que dijeron que no deseaban tener un hijo en los siguientes dos años, no estaban usando ningún método de planificación familiar. Sólo 42% creía que sus esposos las apoyaría en su decisión de planificar su familia.[3]

En lugar de centrarse en las mujeres, como lo hacen la mayoría de las intervenciones en salud reproductiva, CARE decidió explorar tres estrategias diferentes para mejorar la participación de los hombres en el proceso de toma de decisiones en salud reproductiva. La investigación operativa tuvo lugar entre marzo de 1996 y octubre de 1997.

Metodología

Hipótesis

La hipótesis que debía probarse era que la exposición a materiales y las discusiones organizadas sobre salud reproductiva deberían dar por resultado: *1)* un mayor conocimiento de la salud reproductiva entre los hombres; *2)* el incremento del uso de la planificación familiar entre las parejas; y *3)* más comunicación sobre salud reproductiva

entre hombres y parejas que participaron en el proyecto que entre las que no estuvieron expuestas a las intervenciones.

Intervenciones

Los pueblos que participaron en el Proyecto Agroforestal Comunitario (PACO) fueron divididos en cuatro sectores para facilitar las actividades. De esta manera, el proyecto de investigación operativa (IO) se diseñó para probar diferentes estrategias en cada sector. El proyecto de IO fue conducido en tres de las cuatro áreas con características sociodemográficas similares.

En el sector A, el manual de referencia llamado *La Cartilla* fue usado para difundir información sobre salud reproductiva. Los extensionistas de PACO entrenaron a voluntarios de la comunidad para que reprodujeran la educación sobre salud reproductiva durante las juntas que llevaban a cabo con campesinos y miembros de cooperativas. El manual hace hincapié en los siguientes temas: *1)* paternidad responsable; *2)* salud reproductiva; *3)* planificación familiar; *4)* enfermedades de transmisión sexual; *5)* maternidad segura y lactancia.

En el sector B, se utilizó un folleto interactivo titulado *La Administración de la Familia,* basado en el "Plan de Administración de la Granja" que se usa como herramienta estratégica para administrar los recursos naturales en PACO. El objetivo del folleto es ayudar a reflexionar a las familias rurales sobre el tamaño de ellas, y la oportunidad y el espaciamiento de los nacimientos de sus hijos en relación con los recursos disponibles, los objetivos y los deseos. El folleto fue diseñado para el uso de analfabetas funcionales. No se requiere escribir y las respuestas se indican marcando una X en el cuadro correspondiente. El folleto abarca los siguientes temas: *1)* recursos del hogar; *2)* cuidado de los hijos; *3)* salud materna/paterna; *4)* atención prenatal; *5)* cuidado postnatal; *6)* nutrición; y *7)* comunicación en la pareja.

En el sector C, que fue el área de comparación, no se efectuó ninguna intervención.

Variables dependientes

Las variables dependientes incluyeron:

1. Uso de anticoncepción.
2. Uso de servicios de salud reproductiva.
3. Apoyo masculino en el uso de los servicios de salud reproductiva.
4. Comunicación en la pareja.
5. Conocimiento sobre salud reproductiva.

Diseño y medición

El proyecto original exigía comparaciones entre grupos, antes y después de las intervenciones, pero nos vimos obligados a modificar el diseño cuando hubo contaminación entre las diferentes áreas. El diseño modificado combina la fecha de inicio y de terminación de dos áreas de intervención, A y B, y las compara. El área C fue excluida del análisis.

El experimento duró 14 meses, de mayo de 1996 a agosto de 1997. La medición consistió en encuestas al principio (marzo de 1996) y al final (octubre de 1997) en todas las áreas en estudio. La información de las encuestas se complementó con grupos focales y entrevistas a profundidad. Éstas fueron conducidas por el grupo de trabajo del proyecto.

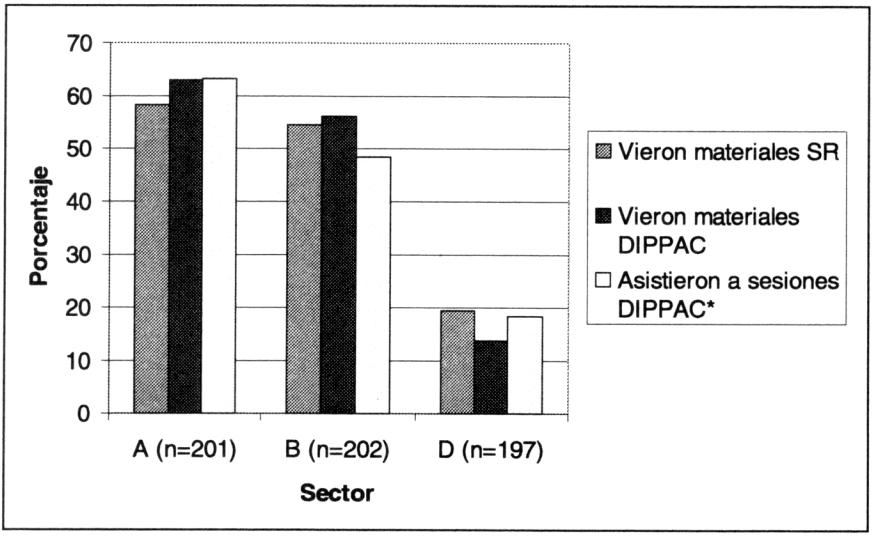
Resultados

Implementación del Proyecto

Se llevaron a cabo grupos focales y entrevistas a profundidad con los promotores y prestadores del servicio en los sectores A y B. Los resultados mostraron que los promotores se sienten muy motivados cuando reciben el reconocimiento público por su trabajo y cuando ven resultados tangibles en sus propias comunidades.

Las discusiones en los grupos focales indicaron que los promotores estaban hablando con la gente en grupos o individualmente, mediante visitas domiciliarias o conversaciones informales en la comunidad (en la calle, tienda, oficinas públicas, etc.). Sin embargo,

Gráfica 1. Exposición a la Intervención.
Materiales observados



* Diferencia significativa entre A y B ($p < 0.05$).

sentían que la mayor parte del mensaje se perdía o era rechazado; en algunos casos les decían: "No te metas en lo que no te importa". Los promotores recurrieron a diferentes métodos para enviar el mensaje. Se dieron cuenta de que no podían usar las mismas técnicas con toda la gente ni en todas las situaciones. Finalmente, los promotores consideraron importante y necesaria para la comunidad la intervención en salud reproductiva. Opinaron que debía continuar y expandirse.

Las encuestas iniciales y finales mostraron que los habitantes en los tres sectores seleccionados en un principio habían estado expuestos a la intervención, por lo que se decidió incluir en el análisis únicamente una comparación pre/post test de las áreas A y B.

Los datos de la encuesta inicial fueron recolectados en las áreas de intervención y comparación. Para tener una muestra suficientemente grande para el análisis, combinamos datos de las tres áreas. Esto se justifica porque había muy pocas diferencias en las características sociodemográficas de los hombres y las mujeres entrevistados en las dos áreas.

La tabla 1 presenta los datos sociodemográficos de las áreas combinadas en las encuestas de inicio y término.

La tabla 2 muestra diferencias en la habilidad de hombres y mujeres, para recordar métodos de planificación familiar antes y después de la intervención.

Tanto mujeres como hombres fueron significativamente más hábiles para nombrar métodos modernos de planificación familiar después de la intervención.

Tabla 1
Perfil demográfico del área en estudio.
Encuesta inicial y encuesta final

	Porcentaje	
	Encuesta inicial	*Encuesta final*
Sexo		
Mujeres	49.2	50.0
Hombres	50.7	50.0
N	258	599
Estado civil		
Casado	61.2	63.3
Unión libre	38.8	36.7
N	258	599
Tienen hijos *	93.8	95.5
N	258	599
Número de hijos		
1 a 3	31.0	34.4
4 a 6	45.5	43.9
7 o más	23.6	21.5
N	242	572
Educación *		
Ningún año completo	8.1	15.9
1 a 3 completos	37.2	42.6
4 a 6 completos	16.3	37.9
7 o más completos	18.6	3.8
No se sabe	19.8	9.3
N	258	599

* $p < 0.05$

Otros indicadores de salud reproductiva

En lo que respecta al conocimiento y la práctica de comportamientos preventivos en salud reproductiva, hubo diferencias significativas entre los periodos. Como se muestra en la tabla 3, más hombres y mujeres sabían qué debía hacer una mujer para prevenir el cáncer cérvico-uterino durante el periodo post-intervención (82.6 *vs.* 64.3%). Además, la proporción de hombres y mujeres que respondieron que no sabían qué hacer, disminuyó significativamente en más de 14 puntos porcentuales (20.5 a 7.0%). Se observaron también incrementos significativos en la proporción de hombres y mujeres con conocimiento de las señales de alarma durante el embarazo. Una proporción más alta respondió que el sangrado y los dolores en el vientre eran señales de alarma (44.2 *vs.* 28.7% y 59.9 *vs.* 21.7%, respectivamente). El porcentaje que no lo sabía disminuyó significativamente en más de 20 puntos porcentuales (29.5 a 11.0 por ciento).

También se encontraron diferencias significativas en cuanto al conocimiento sobre prevención de enfermedades venéreas. Entre los hombres entrevistados, la proporción que indicó "flujo del pene" y "dolor al orinar" como síntomas de enfermedades sexualmente

Tabla 2
Conocimiento de métodos de planificación familiar

	Mujeres		*Hombres*		*Total*	
Indicador	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*
Conocimiento[¤]						
DIU	23.6	43.5 *	11.5	32.7 *	17.4 *	38.1 *
Condón	53.5	75.9 *	74.0	80.3	64.0 *	78.1 *
Pastillas	72.4	90.3 *	70.2	84.0 *	71.3 *	87.1 *
Esterilización femenina	32.3	53.8 *	20.6	40.0 *	26.4 *	46.9 *
Vasectomía	9.4	14.7	6.9	14.3 *	8.1 *	14.5 *
Inyecciones	11.0	13.0	9.2	11.0	10.1	12.0
Ovrette	0.8	1.3	0.8	1.7	0.8	1.5
Billings	1.6	1.7	3.1	3.0	2.3	2.3
Ritmo	26.8	18.7	30.5	33.3	28.7	26.0
No sabe	19.7	4.7	12.2	4.3	15.9 *	4.5 *
N	127	299	131	300	258	599

[¤]Pregunta de respuesta múltiple. * $p < 0.05$.

Tabla 3
Otros indicadores de salud reproductiva

Indicador ¤	*Mujeres*		*Hombres*		*Total*	
	Antes	*Después*	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*
¿Qué debe hacer una mujer para saber si tiene cáncer cervical?						
Papanicolaou	74.0	84.3*	55.0	81.0*	64.3	82.6
Ir al centro de salud	17.3	10.4*	24.4	19.7	20.9	15.0
Ir a ASHONPLAFA	2.4	0.0	1.5	0.7	1.9	0.3
No sabe	18.1	7.4*	22.9	6.7*	20.5	7.0
N	127	299	131	300	258	599
¿Cuáles son las señales de alarma de un embarazo en riesgo?						
Sangrado	37.0	59.2*	20.6	29.3*	28.7	44.2*
Dolores en el vientre	16.5	51.2*	26.7	68.7*	21.7*	59.9*
Edema/hinchazón	13.4	10.0*	9.2	11.0	11.2	10.5
No sabe	9.4	12.4	48.9	9.7*	29.5*	11.0*
N	127	299	131	300	258	599
¿Qué debe hacer una mujer embarazada con las señales de alarma?						
Ir al centro de salud	25.2	55.9*	60.3	75.7*	43.0*	85.8*
Ir con una partera	0.0	18.1*	0.0	30.0*	0.0	24.0
Ir al hospital	26.0	35.1	19.1	57.0*	22.5*	46.1*
Ir con un doctor	42.5	47.5*	28.2	63.3*	35.3*	55.4*
Ir a una farmacia	6.3	0.7*	8.4	0.3*	7.4*	0.5*
No sabe	1.6	3.3	4.6	0.0*	3.1	1.7
N	127	299	131	300	258	599
¿Cuáles son los síntomas de una enfermedad venérea?						
Flujo vaginal	9.5	4.3	4.6	15.3	7.0	9.8
Flujo y llagas en el pene	7.1	8.4	13.7	48.7*	10.5*	28.5*
Dolor al orinar	8.7	9.7	17.6	52.7*	13.2*	31.2*
No sabe	59.2	42.8	48.9	21.0*	52.5*	31.9*
N	126	299	131	300	257	599
¿Cómo se previenen las enfermedades venéreas?						
Usando condón	34.6	42.1*	34.6	82.0*	34.6*	62.1*
Fidelidad	66.1	58.2	67.2	69.9	66.7	63.6
Abstinencia	8.7	10.4	16.0	19.7	12.4	15.0
No sabe	0.8	16.4	0.0	2.0	0.4	9.2*
N	127	299	131	300	258	599
¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou?	32.3	36.5	18.6	36.0*	25.4*	36.2*
N	127	299	129	300	256	599

¤ Pregunta de respuesta múltiple. * $p < 0.05$.

transmitidas se incrementó significativamente (10.5 a 28.5% y 13.2 a 31.2%, respectivamente). La proporción que respondió "flujo vaginal" también aumentó, pero sólo marginalmente (7.0 a 9.8%). Además, la proporción de hombres que no tenían conocimiento disminuyó en 20 puntos (52.5 a 31.9%). En lo que se refiere a la pregunta "¿Cómo se previenen las enfermedades venéreas?" se observó un incremento significativo en la proporción de hombres y mujeres que respondieron "usando un condón" en el periodo postintervención (62.1 *vs.* 34.6 por ciento).

Cambios en comunicación

Como indicador de comunicación, usamos la comparación entre el porcentaje de entrevistados que respondieron que habían conversado sobre planificación familiar o enfermedades venéreas con su pareja en los últimos 15 días. Como puede observarse en la tabla 4, no hubo grandes progresos en la comunicación de las parejas en general. Sin embargo, de acuerdo con los hombres entrevistados, se registró un cambio ($p < .05$) en la proporción que informó haber habla-

Tabla 4
Indicadores de comunicación en la pareja

	Mujeres		*Hombres*		*Total*	
Indicador	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*
¿Ha hablado con su pareja sobre PF en los últimos 15 días?	36.2	45.8	41.2	51.7*	38.8	48.7*
N	127	299	131	300	258	599
¿Ha hablado con su pareja acerca de las ETS/VIH en los últimos 15 días?	35.4	60.2*	55.0	47.7	45.3	53.9
N	127	299	131	300	258	599

* $p < 0.05$.

do con su pareja sobre planificación familiar (PF) en los últimos 15 días (41.2 a 51.7%). Respecto a las mujeres entrevistadas, no hubo una diferencia significativa, (36.2 *vs.* 45.8%). El porcentaje de mujeres que reportaron haber hablado con su pareja sobre las ETS/VIH en los últimos 15 días se incrementó significativamente de 35.4 a 60.2 por ciento.

Comportamiento respecto a la planificación familiar

Las intervenciones en campo del proyecto duraron aproximadamente 16 meses, de mayo de 1996 a agosto de 1997. Durante este periodo el uso de anticonceptivos aumentó de 33 a 56% en las mujeres entrevistadas, con un incremento atribuible al aumento en la

Tabla 5
Método usado antes y después de la intervención

	Mujeres		*Hombres*		*Total*	
Indicador ¤	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*
Usan algún método	36.7	55.0*	28.8	58.2*	32.8	56.6
N	139	180	132	177	271	357
Combinación de Métodos						
Pastillas	11.8	18.2	10.3	18.4	11.1	13.9
DIU	5.9	3.0	0.0	2.9	3.3	4.6
Esterilización femenina	33.3	41.4	28.2	38.8	31.1	35.3
Vasectomía	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.7
Condón	5.9	4.0	12.8	2.9	8.9	2.6
Inyección	3.9	1.0	0.0	1.0	2.2	1.0
Ovrette	0.0	1.0	-	-	0.0	2.0
Ritmo	19.6	20.2	35.9	31.1	26.7	24.1
Retiro	2.0	2.0	5.1	1.9	3.3	5.3
Lactancia	17.6	8.1	7.7	1.0	13.3	10.9
Abstinencia	-	-	0.0	1.0	0.0	0.5
(sólo modernos)	(60.8)	(69.7)	(51.3)	(65.0)	(56.7)	(67.3)
N	51	99	39	103	90	202

¤ Pregunta de respuesta múltiple. * $p < 0.05$.

Tabla 6
Usuarias de anticonceptivos
que recibieron apoyo de sus parejas

Apoyo recibido/dado a la selección del método anticonceptivo	88	88.6	92.1	96.8	89.8	92.7
N	50	149	38	154	88	303
Tipo de apoyo¤						
Dinero	29.5	42.1	17.1	35.6*	24.1	38.7*
Asistencia a cursos	6.8	17.4	40.0	24.2	21.5	21.0
Acompañó a la cita	27.3	31.8	28.6	34.2	27.8	33.1
Apoyo moral	36.4	52.3	85.7	57.7*	58.2	55.2
N	44	133	35	149	79	282

¤ Pregunta de respuesta múltiple.
* $p < 0.05$.

esterilización femenina. La tabla 5 presenta el método usado en la fecha de inicio y el de la fecha de término, tal como fue indicado por hombres y mujeres.

En ambas encuestas hubo una gran correspondencia entre el método indicado por hombres y mujeres. Este hallazgo sugiere un elevado nivel de comunicación en planificación familiar entre parejas, tanto antes como después de las intervenciones.

Para finalizar, se examinaron los cambios en la cantidad de apoyo dado por el hombre a su pareja para el uso de anticonceptivos. La tabla 6 muestra el porcentaje de usuarias de anticonceptivos que informaron haber recibido apoyo de sus parejas y el tipo de apoyo recibido.

Todos los indicadores muestran un incremento, algunos de los cuales son estadísticamente confiables. De cualquier forma, las mujeres recibieron gran apoyo de sus compañeros, antes y después del estudio. En las comunidades estudiadas se encontró que una vez que se decide qué anticonceptivo usar, el hombre brinda apoyo moral y material a la mujer.

Discusión

Los resultados deben interpretarse cuidadosamente. La contaminación entre las diferentes áreas nos forzó a desechar el diseño original, por lo que trabajamos con un diseño con menor poder estadístico. Por eso, no podemos atribuir los cambios a nuestra intervención.

Aún así, ocurrieron cambios favorables en el conocimiento sobre salud reproductiva de los hombres, y en el uso de la planificación familiar por parte de las parejas. Se dieron cambios en la comunicación entre las parejas o en el apoyo que los hombres dan a las mujeres en su decisión de usar anticonceptivos.

La evidencia sugiere que antes de la intervención había un nivel elevado de comunicación sobre planificación familiar en las parejas y que el proyecto no lo mejoró mucho más. Asimismo, los hombres daban apoyo a las mujeres que usaban anticonceptivos antes y después de la intervención. Concluimos que en las áreas rurales de Honduras, la mayoría de los hombres saben que sus compañeras usan anticonceptivos y las apoyan material y moralmente para que obtengan un método, por lo que la necesidad de reforzar este aspecto de la comunicación es mínima.

El hecho de que el proyecto mejoró aparentemente el comportamiento en cuidado de la salud reproductiva (uso de anticonceptivos, prueba de Papanicolaou, etc.), impulsó a CARE/Honduras a incorporar la educación sobre salud reproductiva en todos sus proyectos de desarrollo. Los elementos de la investigación operativa, seleccionados para ampliar el alcance del sistema, incluyeron la capacitación de agentes y promotores y el uso de los manuales disponibles, así como entrevistas comunitarias e individuales para promover la mejora del comportamiento preventivo en salud reproductiva. CARE/Honduras decidió continuar la intervención en las áreas de estudio y planea extenderla a otras áreas.

Notas

1. CARE HONDURAS. *Diversification and Privatization of the community Agroforestry Project* (DIPPAC) Proposal. Tegucigalpa, May 1996.

2. CARE: Harold Nortthrup, Country Director, *Integrating Improved Decision Making for Better Reproductive Health into Development Activities: Concept Paper.* Sept. 1,1996 - June 30, 1997.

3. Lundgren, R. *et al. Incorporation of Family Planning in CARE programs in Western Honduras, Final Report.* C192.53A. The Population Council. Tegucigalpa: September, 1994.

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, Raffaela 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 Alí

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