N° 000001029
006309

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

Continuidad en la planificación familiar: un seguimiento de usuarias de establecimientos públicos de la provincia de Santa

Investigadores:
Jeanne Noble[1]
Irma Ramos[2]
Luz Carbajal[3]
Fernando Iturrizaga[4]
Edgar Caballero[5]

Asesores:
Alberto Padilla[6]
María Rosa Gárate[7]

1. Michigan Felow/Population Council.
2. CARE/Perú.
3. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
4. UTES La Caleta.
5. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.
6. Consultor.
7. Population Council.

1029

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.

Continuidad en la planificación familiar: un seguimiento de usuarias de establecimientos públicos de la provincia de Santa

Resumen

Se condujo un estudio de la continuidad en el uso de anticonceptivos con el fin de conocer los resultados de los servicios de planificación familiar para las nuevas usuarias de DIU, pastillas e inyectables en los establecimientos públicos de la provincia de Santa, que están divididos en dos unidades territoriales de salud (UTES). Mujeres que iniciaron el uso de estos métodos en 1995 fueron encuestadas en sus hogares en 1997 usando un cuestionario modelado a partir del módulo de Calendario de la Encuesta Demográfica y de Salud. Las respuestas de 206 mujeres atendidas por la UTES La Caleta indican tasas de discontinuidad de 18.1% para el DIU, 51.0% para los inyectables y 66.2% para las pastillas a los 12 meses. Las respuestas de las 404 de la UTES E. Guzmán Barrón arrojaron 28.4, 55.2 y 63.8%, respectivamente. En ambas UTES, alrededor de 50% de la discontinuidad se explica por cambios de método, casi la mitad de éstos a métodos menos efectivos. Las principales razones de discontinuidad fueron similares en las dos UTES: efectos colaterales del uso y preocupaciones de salud. Pese a la necesidad que existe de la planificación familiar, ésta se abandonó en aproximadamente 9% de los casos a los 6 meses, 13% a los 12 meses, y 17% a los 24 meses. Mejoras a la logística de insumo de las UTES, y especialmente a la consejería de planificación familiar a usuarias, podrían reducir dichas tasas.

Introducción

Entre marzo y julio de 1997 se llevó a cabo un estudio sobre la continuidad anticonceptiva en la provincia de Santa, departamento de Ancash, Perú. La provincia de Santa está dividida en dos Unidades Territoriales de Salud (UTES): La Caleta y E. Guzmán Barrón (EGB). Los objetivos fueron: *1)* medir las tasas de discontinuidad anticonceptiva respecto a los métodos temporales modernos de mayor uso (DIU, inyectables y pastillas); y *2)* determinar la dinámica anticonceptiva (incluyendo las razones de abandono del uso de métodos anticonceptivos y el patrón de cambio de un método a otro) entre la población atendida por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA).

El presente estudio de continuidad anticonceptiva formó parte de un complejo proyecto de diagnóstico y evaluación de la calidad de los servicios brindados por la red de establecimientos de salud del MINSA en la provincia de Santa (León, 1997). La necesidad de realizar esta investigación surge a partir de la falta de información sobre los resultados de la distribución de métodos temporales que, desde hace muchos años, llevan a cabo autoridades y proveedores de servicios de planificación familiar en la provincia.

En el contexto más amplio del Perú como país, el uso de anticonceptivos se encuentra bien definido: según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, INEI y Macro International, 1997), 41% de todas las mujeres unidas en edad fértil usa un método moderno de anticoncepción. Generalizada de esta manera, la tasa de prevalencia anticonceptiva ya no es suficiente para medir los distintos aspectos del desempeño de un programa de planificación familiar. Se necesita conocer, además, la extensión de la discontinuidad y los factores que influyen en la continuidad de uso.

La diferencia entre la tasa de uso actual y la proporción de mujeres que alguna vez ha usado un método anticonceptivo es un indicador bruto de la continuidad (Curtis, 1997). Según la ENDES, en el Perú la proporción de mujeres unidas que alguna vez ha utilizado un método moderno es 64% más alto que la proporción que usa actualmente un método (65 y 41%, respectivamente). En relación con métodos específicos, más de la mitad de las usuarias de pastillas, inyectables y condón abandonan su uso en el primer año de haberlo iniciado. Aunque las usuarias del DIU arrojan las tasas más altas de continuidad anticonceptiva, casi 20% discontinúa el uso del método en algún momento durante los primeros 12 meses después de la inserción. Estas cifras sugieren que las usuarias de métodos modernos no reciben lo que necesitan de los proveedores de planificación familiar para usar el

método elegido de manera justificada. En este entorno, resulta necesario conocer más sobre los factores que generan las altas tasas de discontinuidad anticonceptiva en el Perú.

En contraste con un estudio poblacional como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que busca describir el comportamiento de una población en general, el presente estudio se limita a la población usuaria de servicios de planificación familiar que brindan los establecimientos de salud del sector público. Los resultados no reflejan el comportamiento de la población femenina de la provincia de Santa en general, sino el de las mujeres que acuden a un establecimiento público de salud para atenderse. En tal sentido, los hallazgos de este estudio sirvieron para evaluar los resultados de la prestación de servicios de planificación familiar del sector público en la provincia de Santa.

Metodología

Población en estudio

Los criterios para incluir a la usuaria en el estudio fueron: que haya iniciado el uso del DIU, inyectables o pastillas por primera vez durante el año 1995, y que ese método hubiese sido suministrado por un establecimiento de la red del MINSA. La muestra se obtuvo del registro diario de planificación familiar de hospitales, centros y puestos de salud.

Se empleó una muestra aleatoria por estratos, según el número promedio de mujeres atendidas por establecimiento. Las mujeres seleccionadas fueron visitadas en sus domicilios e invitadas a participar en el estudio si cumplían con los criterios de la muestra.

Muestra efectiva

La clasificación de la mujer como usuaria nueva fue verificada por referencia a su historia clínica. La muestra final estuvo constituida por 646 mujeres, de las cuales 206 pertenecían a la UTES La Caleta y 440 a la UTES EGB. La diferencia entre las UTES se debe principalmente a una depuración de casos de La Caleta en la fase de análisis. La depuración obedeció en su mayor parte a la detección de casos que entraron en el estudio sin una adecuada verificación del cumplimiento de los criterios de la muestra (*v.g.*, usuarias que eran nuevas para el establecimiento de salud pero no necesariamente respecto al método). Dado que esta falta de verificación del mes exacto de inicio de método

ocurrió de manera aleatoria, no se esperan sesgos mayores en los resultados finales de la investigación.

La tabla 1 presenta la distribución de la muestra por método anticonceptivo en las dos UTES. Se observa que los inyectables son el método más usado, seguido por el DIU y las pastillas.

Tabla 1
Distribución de mujeres entrevistadas por método y UTES

Método	*EGB*	*La Caleta*
Inyectables	49% (214)	43% (89)
DIU	32% (143)	33% (68)
Pastillas	19% (83)	24% (49)

Es importante hacer notar que más de la mitad de las usuarias de inyectables (55% en La Caleta y 75% en EGB) y de pastillas (63 y 86%, respectivamente) recibieron su método de un puesto de salud. En relación con el DIU, 43% de las usuarias de La Caleta y 52% en EGB recibieron su método de un puesto. Por tanto, los resultados de este estudio reflejan en gran parte la interacción de la usuaria con los servicios brindados por el puesto, aunque los servicios de planificación familiar ofrecidos por los centros de salud y los dos hospitales también están representados.

Resultados[1]

Medición de la tasa de continuidad anticonceptiva

La determinación de las tasas de continuidad (o discontinuidad) de métodos anticonceptivos se basa en un calendario similar al de la ENDES, que cubrió el periodo comprendido entre enero de 1995 y el mes de la entrevista (marzo o abril de 1997 en La Caleta, y junio o julio de 1997 en EGB). Los datos se registraron en él mes a mes: uso anticonceptivo por tipo de método, periodos de no uso de métodos y razones para su abandono, embarazos, nacimientos e interrupciones de embarazos.

La unidad de análisis es el segmento de uso de algún método *sin interrupción*, medido en meses. El que muchas mujeres aún estén

usando un método al momento de la entrevista no permite conocer la duración de ese segmento. (Es decir, se conoce el primer mes de uso del método, pero no el mes en que dejará de usarlo.) Tales segmentos se denominan "censurados" (o incompletos).

La metodología más adecuada para el análisis de datos que contienen observaciones censuradas es la tabla de vida. Ésta se usa para analizar la transición de un evento a otro (*v.g.*, del uso de pastillas al uso de abstinencia periódica), tomando en cuenta la información obtenida de segmentos censurados. Con la tabla de vida se puede calcular la probabilidad de discontinuar el uso de un método para cada mes después de iniciado su uso.

La tabla 2 muestra el número de segmentos de uso anticonceptivo que corresponde a cada UTES. En ambas, cada mujer contribuyó con un promedio de 1.8 segmentos de uso anticonceptivo desde el momento en que inició un método moderno en 1995 hasta la fecha de la entrevista.

Tabla 2
Distribución de segmentos de uso por método y UTES

Segmentos de uso	*EGB*	*La Caleta*
Inyectables	302	139
Pastillas	184	100
DIU	175	73
Abstinencia periódica	50	17
Condón/tableta vaginal	36	24
Esterilización	30	5
Coito interrumpido	21	6
Otro	4	3
Total	*802*	*367*

La tabla 3 presenta las tasas de discontinuidad a los 3, 6 y 12 meses, y la mediana de la duración del uso para cada uno de los tres métodos y para los métodos modernos en general.[2] La tasa de discontinuidad a los 12 meses representa el porcentaje de usuarias que dejó de usar el método en algún momento durante el año. La duración mediana de uso se define como la duración para la cual la mitad de las usuarias han dejado de usar el método.

Tabla 3

Tasas netas de discontinuidad y mediana de duración del uso

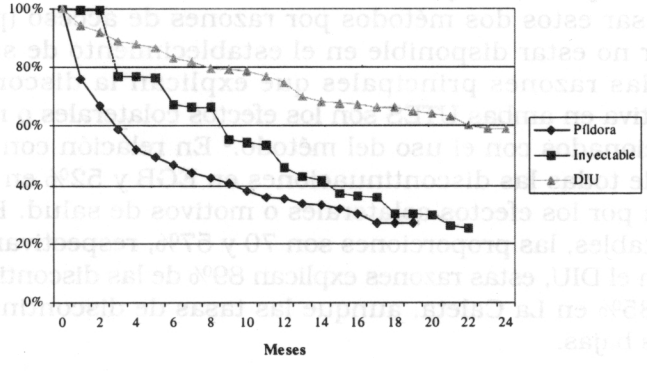
	A los 3 meses		*A los 6 meses*		*A los 12 meses*		*Mediana de duración de uso (en meses)*	
Método	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*
Inyectables	21.4	25.9	31.5	35.5	55.2	51.0	11.4	11.8
Pastillas	38.3	46.9	52.0	55.5	63.8	66.2*	5.5	3.6
DIU	11.0	11.0	17.5	15.2	28.4	18.1	24+	22+
Cualquier moderno	16.4	16.2	24.5	22.3	35.4	30.8	24+	23+

* Menos de 30 casos.

Se observa que las pastillas muestran las mayores tasas de discontinuidad en ambas UTES (con una duración promedio de uso menor de 6 meses) en fuerte contraste con el DIU, que sigue siendo utilizado por más de dos tercios de las usuarias a los 12 meses después de la inserción. La tasa de continuidad de cualquier método moderno es más alta que la tasa de continuidad para pastillas o inyectables. Eso se explica por el movimiento de un método moderno a otro (sobre todo de pastillas a inyectables y viceversa), que no se considera como discontinuidad de métodos modernos. La siguiente gráfica muestra las tasas de continuidad por método de las dos UTES combinadas.

Gráfica 1

Tasas de continuidad por método, EGB y La Caleta combinados



Las razones de discontinuidad

Desde la perspectiva de los que brindan servicios de planificación familiar, es importante entender por qué las usuarias dejan de usar un método determinado. Conociendo las razones para la discontinuidad de métodos, los proveedores pueden modificar la oferta de servicios para responder mejor a las necesidades de anticoncepción de las usuarias.

Tabla 4
Tasas netas de discontinuidad por razón a los 12 meses de uso

	*Ya no es necesario**		*Falla de método*		*Costo/No disponible*		*Efectos colaterales/ Motivos de salud*		*Inconven. usar/ Otra razón*		*Total*	
	EGB	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*
Inyectables	6.1	3.4	0.3	0	3.3	3.4	38.5	29.4	6.9	13.6	55.2	51.3
Pastillas**	3.3	1.3	3.2	1.0	0.6	5.6	42.2	34.4	14.5	23.0	63.8	66.6
DIU	0	1.4	0	1.4	0	0	25.4	15.3	3.0	0	28.4	18.1

* La categoría "Ya no es necesario" incluye las razones siguientes: sexo poco frecuente, marido ausente, desea embarazo, difícil quedar embarazada, menopausia, y disolución marital o separación.

** Para La Caleta hay menos de 30 casos.

Entre 3 y 6% de usuarias de pastillas e inyectables abandonan su método durante el primer año de uso porque ya no necesitan protección anticonceptiva, lo que no requiere ninguna acción por parte de los proveedores de servicios. La falla de método sólo tiene importancia como razón de discontinuidad en relación con las pastillas, y aun así no llega a explicar más de 3% de las discontinuaciones. El 3% de usuarias de inyectables (y en La Caleta 6% de usuarias de pastillas) dejan de usar estos dos métodos por razones de acceso (por el alto costo o por no estar disponible en el establecimiento de salud). Sin embargo, las razones principales que explican la discontinuidad anticonceptiva en ambas UTES son los efectos colaterales o motivos de salud relacionados con el uso del método.[3] En relación con las pastillas, 66% de todas las discontinuaciones en EGB y 52% en La Caleta se explican por los efectos colaterales o motivos de salud. En cuanto a los inyectables, las proporciones son 70 y 57%, respectivamente. En relación con el DIU, estas razones explican 89% de las discontinuaciones en EGB y 85% en La Caleta, aunque las tasas de discontinuidad son mucho más bajas.

Cambio de método

Además de entender las razones de discontinuidad por tipo de método, es importante saber lo que sucede posteriormente. Cuando una usuaria abandona el uso de un método anticonceptivo, puede optar por otro de igual efectividad (*v.g.* de pastillas a inyectables), cambiar de un método moderno a otro de menor efectividad (*v.g.* de DIU a abstinencia periódica o condón), o abandonar el uso de la anticoncepción por completo. La tabla 5 presenta esta dinámica anticonceptiva por método y UTES. La categoría "métodos de barrera o tradicionales" está compuesta por condón, tableta vaginal, abstinencia periódica, coito interrumpido, amenorrea de la lactancia y otros naturales. La categoría "abandono de PF" representa a las mujeres que dejan de usar planificación familiar aunque todavía tienen una necesidad anticonceptiva. En contraste, la categoría "ya no es necesario" representa a las mujeres que dejan de usar anticoncepción porque desean un embarazo o ya no están expuestas al riesgo de quedar embarazadas.

Tabla 5
Tasas netas de discontinuidad a los 12 meses
por método y tipo de cambio

	A Inyectables		*A Pastillas*		*A DIU*		*A método de barrera o tradicional*		*Abandono de PF necesitado*		*Ya no es necesario*	
De	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*
Inyectables	—	—	14	22	2	0	15	16	17	12	8	4
Pastillas	20	30	—	—	6	1	18	15	13	11	7	9
DIU	4	0	7	6	—	—	8	8	11	1	0	3

En relación con usuarias de inyectables, 17% en EGB y 12% en La Caleta abandona la planificación familiar durante el primer año de uso. Además, 15% en EGB y 16% en La Caleta cambia de inyectables a un método menos efectivo. La mayor diferencia entre las dos UTES se encuentra en relación con la proporción de usuarias de inyectables que cambia a pastillas, la que es más alta en La Caleta (22%) que en EGB (14 por ciento).

Un hallazgo sorprendente es el alto porcentaje de usuarias de pastillas que cambia a inyectables durante el primer año de uso: 20% en EGB y 30% en La Caleta. Esto puede reflejar la creciente disponibilidad de inyectables en los establecimientos del MINSA durante el periodo 1995-1996. El abandono de la planificación familiar durante los primeros 12 meses de uso es parecido entre usuarias de pastillas e inyectables. Una proporción ligeramente mayor (16%) cambia de pastillas o inyectables a un método de menor eficacia (métodos tradicionales, condones o tabletas vaginales).

Se observa mucho menos movimiento entre usuarias de DIU y los otros métodos. El porcentaje de usuarias de DIU que abandona la planificación familiar durante los primeros 12 meses de uso es casi nulo en La Caleta (1%) y es menor que el porcentaje de usuarias de inyectables y pastillas que la abandonan en EGB (11%).

La tabla 6 presenta la dinámica anticonceptiva por usuarias de inyectables, pastillas y DIU tomadas juntas. En este cuadro, el movimiento entre métodos modernos es considerado como continuación, dado que el nivel de protección anticonceptiva continúa en forma similar.

Como se observa en la tabla 6, la mayoría de las usuarias que abandona el uso de un método moderno pasa a un método menos efectivo o queda sin protección alguna, aunque no desea un embarazo. Durante los primeros 6 meses de uso, alrededor de 10% de las usuarias dejan de usar la planificación familiar, aunque siguen teniendo una necesidad anticonceptiva. A los dos años, esta cifra llega a 20% en EGB y 15% en La Caleta. La combinación del abandono anticonceptivo y el cambio de un método moderno a uno menos efectivo asciende a 75% de todas las discontinuaciones en las dos UTES.

Tabla 6
Tasas netas de discontinuidad entre usuarias de métodos modernos, por tipo de cambio a los 6, 12 y 24 meses

	Ya no es necesario		*Falla de método*		*Cambio a método tradicional o de barrera*		*Abandono de PF necesitándola*		*Total*	
	EGB	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*	*EGB*	*LAC*
A los 6 meses	2.8	1.2	2.8	2.4	9.3	10.3	9.6	8.8	24.6	23.1
A los 12 meses	4.7	3.8	3.6	4.2	12.0	13.3	14.9	10.5	35.2	32.1
A los 24 meses*	8.0	5.7	3.8	4.2	17.6	16.8	19.6	15.3	48.9	42.4

*Las tasas para La Caleta sólo llegan a los 21 meses por el número de casos insuficiente.

Discusión

Habiendo existido diferencias en la recolección y análisis de los datos de las dos UTES, que se reflejaron en los diferentes tamaños de muestra, la principal pregunta por responder en esta sección es si las diferencias observadas en este estudio entre las UTES obedecen a problemas metodológicos o causas sustantivas.

En un estudio sobre la preparación de los establecimientos realizado en la provincia de Santa, meses antes del estudio de continuidad (Noble y Solís, 1997), se halló que los establecimientos de salud que pertenecían a la UTES La Caleta estaban mejor preparados para la entrega de anticonceptivos que los de E. Guzmán Barrón. La diferencia radicaba sobre todo en los sistemas logísticos. En La Caleta, 48% de los establecimientos contaban con un mes o más de abastecimiento de todos los métodos anticonceptivos al momento del inventario, comparado con sólo 6% de los establecimientos en EGB. En La Caleta, 95% de los puestos contaban con inyectables, mientras sólo la mitad de los puestos en EGB estaban igualmente abastecidos. En relación con el DIU y las pastillas, la diferencia entre las dos UTES era menor, pero siempre con mejores condiciones observadas en La Caleta. Esto no debe extrañar, pues tanto las distancias entre poblados como la extensión de la población rural son mayores en EGB que en La Caleta.

Estas diferencias respecto a la disponibilidad de los métodos anticonceptivos en La Caleta y EGB podrían estar reflejadas en los resultados del estudio de discontinuidad anticonceptiva. En efecto, en relación con los inyectables, la tasa de discontinuidad durante el primer año de uso fue ligeramente mayor en EGB que en La Caleta. Y cuando una usuaria de inyectables o DIU dejó de usar su método, fue más probable que la usuaria en EGB abandonara la planificación familiar por completo (aunque todavía tuviese una necesidad anticonceptiva) que la usuaria en La Caleta. Esto podría adjudicarse a limitaciones para contar con alternativas. Sin embargo, pocas mujeres identificaron las dificultades de acceso a los métodos entre las razones de discontinuidad.

La disponibilidad de métodos por sí sola no es capaz de dar cuenta de todas las diferencias observadas en este estudio entre La Caleta y EGB. El análisis de la discontinuidad por razón de abandono muestra que el porcentaje de usuarias que deja de usar un método por efectos colaterales es mayor para cada uno de los tres métodos modernos en EGB que en La Caleta. Es improbable que esto refleje problemas de disponibilidad. Más bien podría atribuirse a características diferenciales de las usuarias o a deficiencias en la calidad de la consejería anticonceptiva. Hay evidencias empíricas a favor de la última hipótesis: un estudio con

clientes simuladas que se realizó en 1997 reveló mejor calidad de atención en La Caleta que en EGB (Cáceres y Villanueva, 1997).

Así, los resultados son bastante consistentes al señalar que los problemas de discontinuidad estuvieron asociados con limitaciones de disponibilidad y deficiencias en la consejería. Estos resultados sugieren que las diferencias metodológicas tuvieron escaso o nulo impacto en los hallazgos del estudio.

Por otra parte, las diferencias observadas entre las dos UTES, tanto en discontinuidad como en disponibilidad de métodos y calidad de la consejería, fueron relativamente pequeñas y se han magnificado aquí por razones de exposición. No deben, pues, distraernos de lo esencial. En general, los resultados del estudio destacan la necesidad de mejorar la logística y, sobre todo, la consejería anticonceptiva en ambas áreas de la provincia de Santa. Siendo los efectos colaterales del uso de métodos y las expectativas negativas de efectos en la salud las principales causas de discontinuidad, la consejería apropiada constituye el mejor instrumento para reducir la alta tasa de abandono de anticoncepción entre mujeres que desean postergar o limitar futuros embarazos en Santa.

Notas

[1] Los resultados presentados aquí difieren respecto de los de análisis preliminares previos a la depuración final de casos y ajustes en los programas de análisis.

[2] A lo largo de este informe se categoriza como métodos modernos a la esterilización, DIU, pastillas e inyectables. Los métodos de barrera se excluyen de esta categoría a causa de su menor efectividad.

[3] Los efectos colaterales siempre son secundarios al uso de un método, mientras que los motivos de salud son temores a que un método cause daño a la salud (*v.g.* cáncer, "acumulaciôm de sangre en el cuerpo", etcétera).

Referencias

Cáceres, Carlos y Emilia Villanueva (1997). "Comportamiento del proveedor en la consulta de planificación familiar". En F. R. León, *Quality of Care and User Outcomes in the Province of Santa, Peru: I. A Diagnostic Study with Focus on Providers.* Informe Final de Subproyecto de INOPAL. Lima: Population Council, 1997.

Curtis, Sian (1997). "Using Calendar Data to Study Contraceptive Use Dynamics." Presentado en mayo de 1997 para el seminario de IUSP/Evaluation Project, Costa Rica, *Evaluating Family Planning Program Impact.*

INEI y Macro International (1997). *Encuesta demográfica y de salud familiar 1996 (ENDES).* Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Jain, A.K. (1989). "Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services." *Studies in Family Planning*, 20, 1: 1-16.

León, Federico R. (1997). *Quality of Care and User Outcomes in the Province of Santa, Peru I. A Diagnostic Study with Focus on Providers. II. A Diagnostic Study with Focus on Clients.* Informe Final de Subproyecto de INOPAL. Lima: Population Council.

Noble, Jeanne y Nelly Solís (1997). "Preparación de los establecimientos para ofrecer servicios de planificación familiar". En F. R. León, *Quality of Care and User Outcomes in the Province of Santa, Peru: I. A Diagnostic Study with Focus on Providers.* Lima: Population Council.

Reconocimientos

El estudio de continuidad en La Caleta estuvo a cargo de Irma Ramos, Luz Carbajal y Fernando Iturrizaga, y contó con la asesoría de Alberto Padilla, Jeanne Noble y María Rosa Gárate. Esta porción fue auspiciada por el Taller de Investigación Operativa que condujo IEPO, auspiciado por el Proyecto INOPAL del Population Council y usando fondos de USAID. El estudio en Guzmán Barrón fue parte de un subproyecto de INOPAL III financiado por USAID ("Quality of Care and User Outcomes in the Province of Santa, Peru"). Estuvo a cargo de Jeanne Noble y contó con el apoyo técnico de Alberto Padilla y María Rosa Gárate. Participó en él Edgar Caballero como parte de las tareas de institucionalización de la investigación operativa de dicho subproyecto.

Los análisis y redacción de la presente versión estuvieron a cargo de Jeanne Noble. Los autores agradecen las sugerencias editoriales de Federico León.

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.