N° 000001094

PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO: UNAM

Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica, Perú. Resultados de una encuesta de salud de mujeres rurales

Laura C. Altobelli[1]

1. Consultora Population Council.

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.

Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica, Perú. Resultados de una encuesta de salud de mujeres rurales

Resumen

Se llevó a cabo una encuesta entre 1401 mujeres en edad fértil (MEF) en 24 comunidades de dos provincias de la región andina de Huancavelica, una de las regiones más pobres y aisladas del Perú. El propósito era recolectar información de base sobre la utilización de servicios de salud reproductiva y planificación familiar, y conocer las razones de la necesidad insatisfecha de los servicios, para evaluar el impacto de intervenciones de capacitación del personal de las unidades de salud. Los resultados mostraron que más de 75% de las MEF presentaba algún factor de riesgo reproductivo, y más de la mitad tenían dos o más factores de riesgo. El control prenatal aumentó significativamente entre 1993 y 1997 hasta una cobertura de 70% de la población para un mínimo de una visita. Sin embargo, la atención institucional del parto se mantuvo inferior a 10%, a pesar de una tasa muy alta de complicaciones reportadas durante el parto. El conocimiento espontáneo de métodos anticonceptivos fue mayor para el DIU, píldora y DepoProvera, con variación según el nivel educativo de la mujer. El método usado con mayor frecuencia fue la abstinencia periódica (ritmo), pero sólo 28 y 42% de las MEF de las provincias de Acobamba y Castrovirreyna, respectivamente, la practica en forma correcta. La necesidad no satisfecha para la anticoncepción fue calculada en 58-63% de MEF no embarazadas ni amenorreicas en Acobamba, y 40-47% en Castrovirreyna. Entre aquéllas con necesidad no satisfecha en ambas provincias, 79% mostraba algún factor de riesgo reproductivo, sugiriendo que si llega a la población con necesidad no satisfecha, también se protegerá a las mujeres en más alto riesgo.

Introducción

El estudio sobre salud materna y reproductiva y uso de servicios de salud se llevó a cabo como parte de una respuesta necesaria y por mucho tiempo esperada a las terribles condiciones de salud en el departamento de Huancavelica donde casi todos los indicadores de salud han sido los peores del país, especialmente las tasas de mortalidad materna e infantil. La actividad terrorista de los años ochenta y comienzos de los noventa aumentó los problemas de difícil acceso a la región que, desde siempre, habían mantenido a Huancavelica al margen de los programas de salud pública.

El 24 de abril de 1997, la División de Programas Sociales del Ministerio de Salud (MINSA) declaró al departamento de Huancavelica en estado de emergencia. Las autoridades de salud nacionales y sub-regionales solicitaron a las agencias cooperantes (ACs) que trabajan con el Programa de Apoyo a la Salud Reproductiva (PASARE) de USAID/Perú que priorizaran sus acciones para mejorar los servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Huancavelica. INOPAL III, como una de las ACs de PASARE, ha colaborado a través de investigaciones operativas para ayudar a determinar el impacto de las intervenciones en salud reproductiva sobre las percepciones de la comunidad respecto a la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva y sobre las necesidades no satisfechas de estos servicios.

Aquí utilizamos el término "necesidad no satisfecha" para referirnos a la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento anticonceptivo. La reducción de esta brecha es uno de los principales desafíos del Programa de Planificación Familiar del Perú para 1997-2000. En la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES III, 1996) se calculó una necesidad no satisfecha de planificación familiar de 12.1% nacional de las mujeres en edad reproductiva en unión, y 31.5% en el departamento de Huancavelica.

Las ACs del PASARE incluyen a: International Training for Health (INTRAH/PRIME), Universidad Johns Hopkins/Population Communication Services (JHU/PCS) y Management Sciences for Health (MSH/FPMD), entre otras que trabajan en diversas regiones del país. En las áreas estudiadas en Huancavelica, INTRAH proporcionó intervenciones de capacitación enfocadas al manejo de emergencias obstétricas y destrezas en planificación familiar. JHU/PSC capacitó a personal de salud para fortalecer la calidad de las comunicaciones interpersonales y con la comunidad, y MSH organizó talleres sobre el mejoramiento de la calidad bajo el proyecto PASARE.

Objetivo

El objetivo fue determinar el uso que las mujeres en edad reproductiva hacen de los servicios de salud y de planificación familiar, identificar la necesidad no satisfecha de estos servicios y determinar las causas.

Se trata de un estudio transversal de entrevistas a mujeres en edad fértil en una población y es el componente cuantitativo de un estudio de diagnóstico sobre la condición de la salud reproductiva de las mujeres en edad reproductiva en el departamento de Huancavelica. La encuesta y el componente cualitativo complementario de entrevistas a informantes claves, sirven como base para evaluar la eficacia de las intervenciones del sistema de servicios de salud bajo el Programa PASARE.

Material y métodos

Población del estudio y selección de la muestra

La población del estudio se obtuvo del universo de mujeres en edad fértil (15-49 años) (MEF) que viven en 24 localidades de dos provincias, Acobamba y Castrovirreyna, del departamento de Huancavelica. En la muestra incluimos sólo a las MEF que viven en pueblos cuyo tamaño oscila entre 50 y 400 hogares. No considera aldeas más pequeñas o poblaciones rurales dispersas. En la provincia de Acobamba, el área de estudio incluyó 12 poblados que tienen puestos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud, los cuales dependen del Centro de Salud de Paucará. Los 12 pueblos se encuentran entre colinas y valles relativamente abiertos, a distancias que oscilan entre 30 minutos y cuatro horas en automóvil desde la ciudad de Paucará, ubicada de cuatro a seis horas en automóvil al este de la capital departamental de Huancavelica.

La segunda área de estudio incluyó 12 centros poblados en la parte norte de la provincia de Castrovirreyna, distribuidos entre tres cañones montañosos profundos que se unen en un valle común que abre a la costa del Pacífico del Perú. A ellos se llega por carretera en cuatro o cinco horas por automóvil (ocho horas por transporte público) desde la ciudad de Chincha en la costa. De los 12 pueblos, dos cuentan con centros de salud, Tantará y Huachos, asentados en las partes altas de los dos cañones exteriores. El cañón central superior tiene tres puestos de salud, dos de los cuales (Aurahua y Chupamarca) pertenecen a Tantará y uno (Villa de Arma) a Huachos.

El tamaño deseado de la muestra era de 800 MEF en cada provincia, para un total de 1600 mujeres, tamaño que se basó en la necesidad

de detectar un cambio significativo en la proporción de mujeres que usan anticonceptivos modernos. La muestra final de 1401 MEF incluye a todas las mujeres elegibles en los pueblos seleccionados, de las cuales se eliminaron 108 casos de mujeres afiliadas al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) que tienen acceso a otros servicios de salud. Después de eliminar a las afiliadas al IPSS, la muestra restante de 1293 casos se distribuía como se observa en la tabla 1.

Tabla 1
Distribución de la muestra en estudio de mujeres entre 15 y 49 años, en dos provincias de Huancavelica

Provincia	*Mujeres en unión*	*No en unión*	*Total*
Acobamba	708	209	917
Castrovirreyna	225	151	376
Total	933	360	1293

A. Instrumento de la encuesta

Para la entrevista se utilizó un cuestionario con alternativas cerradas principalmente, adaptado del que se utilizó para la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar de Perú-1996 (ENDES III, 1997). Se agregaron preguntas de interés particular para el estudio, como la razón de no utilizar los servicios formales de salud para el control prenatal o durante el parto, y por qué no usaban anticonceptivos modernos. Se hizo una prueba de una primera versión del cuestionario con mujeres que hablan español y quechua en los pueblos de Lircay y Acobamba, en el departamento de Huancavelica.

B. Trabajo de campo

Dos equipos laboraron simultáneamente para completar el trabajo de campo en ambas provincias. Cada equipo estaba conformado por una supervisora de campo, una supervisora asistente "crítica", seis entrevistadoras y uno o dos choferes. El trabajo de campo del equipo de Acobamba se llevó a cabo entre el 19 de mayo y el 27 de junio (40 días) y el del segundo equipo, de Castrovirreyna, entre el 22 de mayo y el 20 de junio (30 días).

Resultados

A. Características de la población

1. Características de los hogares

La condición socioeconómica de los hogares del estudio se refleja en el tipo de vivienda e instalaciones, la posesión de ciertos artículos y la propiedad de animales, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2
Características de los hogares del estudio

Características	*Acobamba (%)*	*Castrovirreyna (%)*
Piso de tierra:	97.2	85.6
Fuente de agua potable:		
Agua entubada	50.7	32.5
Pileta pública	6.5	16.0
Instalaciones higiénicas:		
Baño	0.2	4.8
Campo abierto	89.8	71.0
Combustible para cocinar:		
Leña	56.8	91.5
Bosta	40.7	0.5
Posesión de:		
Radio	72.7	86.7
Televisor	19.1	27.7
Máquina de coser	23.7	24.2
Posesión de animales	94.3	93.4
Número promedio de:	Promedio (d.e.)	Promedio (d.e.)
Ovejas/cabras	8.2 (14.9)	21.1 (42.8)
Llamas	1.0 (3.9)	1.4 (7.0)
Ganado vacuno	2.0 (2.0)	5.9 (8.2)
Caballos/mulas/burros	1.2 (1.5)	1.0 (3.4)
N =	917	376

2. Características de las personas entrevistadas

Como se observa en la tabla 3, las mujeres de la muestra en estudio de ambas provincias tenían una edad promedio de 29.4 años. Considerando sólo a las mujeres unidas, las de Acobamba tenían una edad promedio de 31.1 años, mientras que las de Castrovirreyna tenían una edad promedio de 32.9 años. La diferencia se debe a un exceso de jóvenes entre 15 y 19 años de edad entrevistadas en Castrovirreyna.

El número promedio de años de educación era de 2.0 en Acobamba *versus* 6.5 en Castrovirreyna. La distribución por categorías muestra que más de 90% de las mujeres entrevistadas en Acobamba no había cursado más allá de la educación primaria, mientras que más del 60% de la muestra de Castrovirreyna había logrado algún grado de educación secundaria o mayor.

La tabla 3 también pone de manifiesto que el 77.2% de la muestra de Acobamba vivía en unión, mientras que 59.8% de las mujeres de Castrovirreyna estaban dentro de esta categoría. Es notable la mayor probabilidad que tenían las mujeres de Acobamba menores de 30 años, y especialmente menores de 20, de vivir en unión, en comparación con sus contrapartes en Castrovirreyna. Esto se debe en cierta medida al exceso de jóvenes colegialas entre 15 y 17 años de edad entrevistadas en la muestra de Castrovirreyna.

La fecundidad en la población del estudio era considerablemente más alta que la informada en la reciente Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES III, 1996), como se aprecia en la tabla 3, donde se presentan, en forma agregada, las tasas de fecundidad de las mujeres, tanto en Acobamba como en Castrovirreyna, combinadas. El 6.3% de las mujeres de Acobamba y 12.5% de las de Castrovirreyna que tuvieron un nacimiento vivo en los cinco años anteriores, no viven en unión con pareja.

B. Riesgo reproductivo

El 82% de las mujeres en unión de Acobamba y 72% de las de Castrovirreyna están en riesgo de concebir o dar a luz hijos con un alto riesgo de mortalidad, en comparación con 66% de mujeres en todo el Perú, como se informa en la ENDES III. El 36 y 37% de mujeres de Acobamba y Castrovirreyna, respectivamente, tienen 35 o más años de edad y más de tres nacimientos vivos, en comparación con 28% a nivel nacional.

Un 43 y 29% de mujeres de ambas localidades corren un alto riesgo reproductivo por tener un intervalo entre nacimientos menor a

Tabla 3
Características sociodemográficas de la población del estudio

Característica	*Acobamba (N=917)*	*Castrovirreyna (N=376)*
Edad	x (sd)	x (sd)
Núm. Promedio de años	29.42 (9.34)	29.36 (10.53)
Mujeres unidas		
% unidas por grupo de edad:	(%) [n]	(%) [n]
15-19	30.3 [165]	7.5 [107]
20-24	82.6 [161]	73.3 [60]
25-29	89.3 [159]	79.6 [49]
30-34	92.2 [154]	93.5 [46]
35-39	93.8 [112]	75.7 [37]
40-44	83.2 [95]	89.3 [28]
45-49	80.3 [71]	77.1 [48]
15-49	77.2 [917]	59.8 [376]
Educación		
Núm. Promedio de años:	x (sd) [n]	x (sd) [n]
Todas las mujeres	2.02 (2.54) [917]	6.47 (3.30) [376]
Mujeres unidas	1.69 (2.29) [708]	5.99 (3.45) [225]
Distribución proporcional:	(%)	(%)
Sin educación	39.4	5.1
Primaria incompleta	43.2	18.6
Primaria completa	9.3	17.6
Secundaria incompleta	6.4	39.4
Secundaria completa	0.9	13.6
Superior no universitaria	0.9	5.9
Total	100.0	100.0
Núm. de nacimientos vivos para las mujeres unidas	(%)	(%)
Distribución proporcional:		
0 nacimientos vivos	4.8	5.3
1-3 nacimientos	31.1	38.7
4-5 nacimientos	23.2	23.1
6-8 nacimientos	24.4	19.1
9-15 nacimientos	16.5	13.8
Total	100.0	100.0
Tasas de fecundidad específicas según edad	Población de estudio total	Perú rural-ENDES, 1996
15-19	114	139
20-24	330	280
25-29	313	229
30-34	305	195
35-39	275	170
40-44	179	85
45-49	42	18
Tasa general de fecundidad	231 por 1,000 mujeres	191 por 1,000 mujeres
Tasa global de fecundidad (15-44)	7.6 nacimientos por mujer	5.5 nacimientos por mujer

24 meses y/o tener más de tres nacimientos vivos, aunque dicho riesgo baja según la edad (18 y 34 años). La cifra nacional comparable es de 27 por ciento.

C. Embarazo

Entre 1992 y 1997, 36.5% de las madres de Acobamba y 55.8% de las de Castrovirreyna recibieron control prenatal para los últimos cinco nacimientos vivos por parte de un profesional de salud. Esto se compara con 35.1% de embarazos atendidos por un profesional de salud en el departamento de Huancavelica, según el informe de la ENDES III. Cuando se incluyó el control prenatal proporcionado por un técnico de salud (equivalente a un auxiliar de enfermería), la cobertura fue de 60.1% en Acobamba y 58.2% en Castrovirreyna.

La gráfica 1 muestra la tendencia en aumento durante los últimos cinco años en la obtención del control prenatal. Información proveniente del estudio cualitativo reveló que en los últimos años se ha obligado a las embarazadas a buscar control prenatal, a fin de registrar el nacimiento del niño, recibir un certificado de defunción, si es el caso, o recibir alimentos suplementarios. Un factor importante en el aumento de la cobertura en Acobamba fue el incremento de establecimientos de salud que entraron en funcionamiento en los últimos dos a tres años.

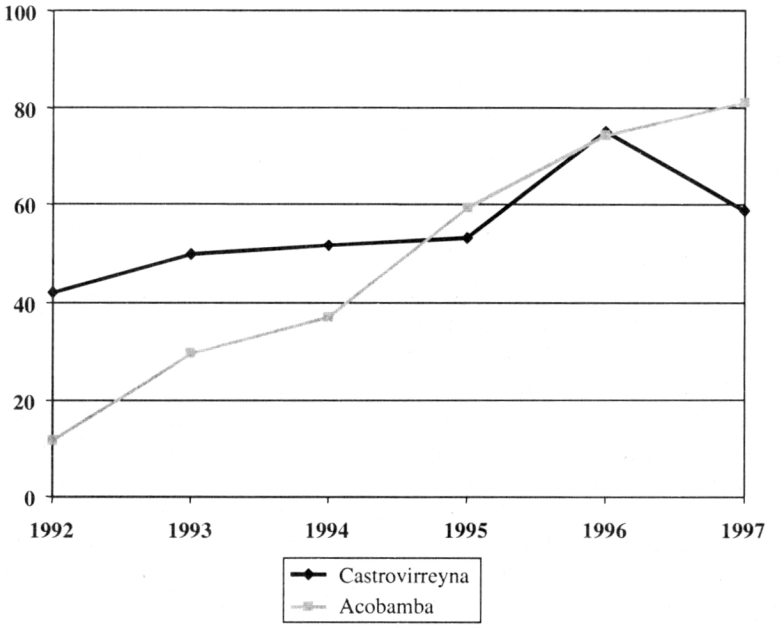
La tabla 4 muestra el número de visitas por control prenatal recibidas en las dos áreas del estudio, comparadas con los resultados del departamento de Huancavelica y el promedio en el Perú obtenidos de ENDES III. Las áreas de estudio no se comparan favorablemente con el promedio nacional respecto a cuatro o más visitas, ya que solamente una

Tabla 4
Número de visitas prenatales para el último nacimiento vivo, por provincia

Provincia	*0 visitas*	*1-3 visitas*	*4 + visitas*	*Total*	*Núm. de casos*
Acobamba	39.4	31.9	28.6	100.00	665
Castrovirreyna	33.2	43.5	23.4	100.00	184
Huancavelica (1991-1996)*	63.7	25.1	11.3	100.00	283
Perú (1991-1996)*	34.0	11.0	54.0	100.00	15,639

* Fuente: ENDES III, 1996.

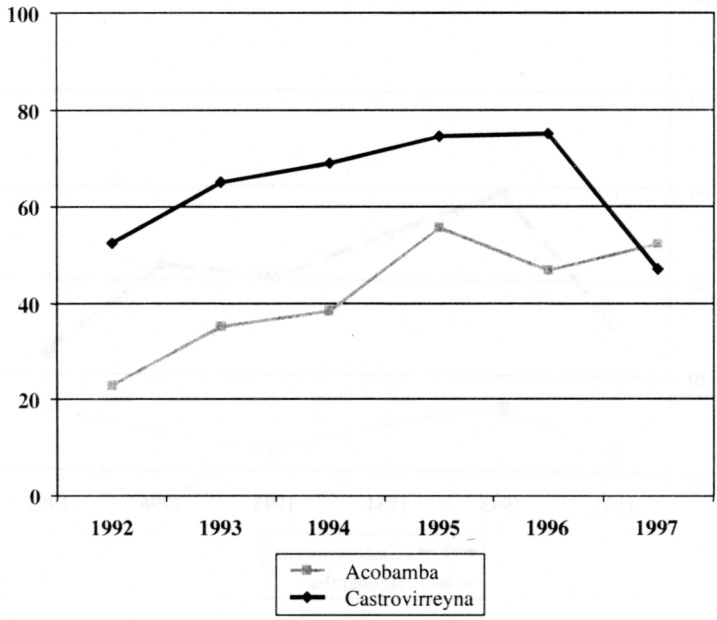
Gráfica 1
Proporción de mujeres con una visita prenatal al menos para el último nacimiento vivo, por año de nacimiento



cuarta parte de los embarazos lograron ese objetivo *versus* la mitad en todo el Perú. Esto refleja que las mujeres en Huancavelica no le dan al control prenatal ninguna importancia.

Otro indicador sobre el nivel de suficiencia del control prenatal es el mes de la primera visita, que debería efectuarse en el primer trimestre del embarazo. Solamente un tercio, o menos, de las madres de la muestra tuvieron su primera visita en ese periodo. La principal razón por la que las embarazadas no acuden al control prenatal es que "no lo consideran necesario". La segunda razón es temor o desconfianza hacia el personal de salud. Estas mujeres señalaron que temían de ser auscultadas por el médico o sentían vergüenza de ser vistas por una persona del género masculino. Sin embargo, la inexistencia de un servicio de salud dejó de ser un factor importante, debido al establecimiento de más unidades durante ese tiempo en el área de estudio.

Gráfica 2
Proporción de mujeres que recibieron la vacuna antitetánica durante el embarazo



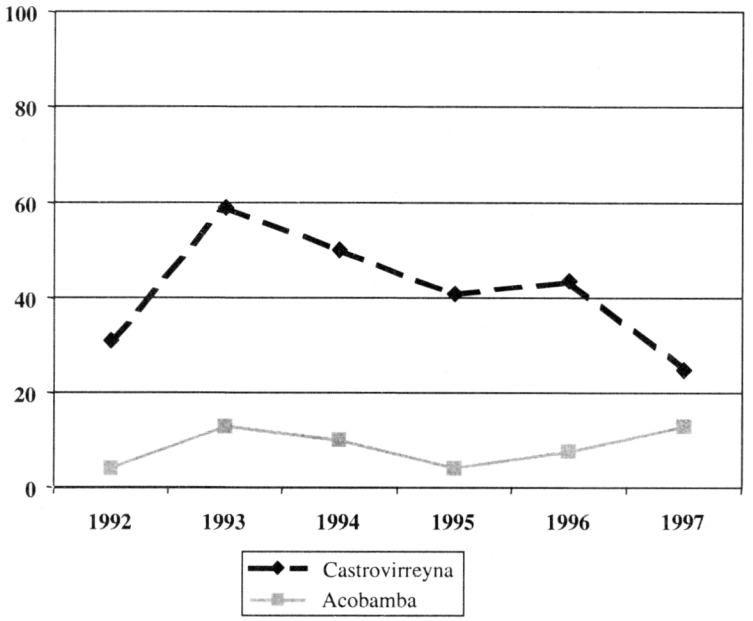
Vacuna antitetánica

La proporción de embarazadas que reciben dos o más dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo se considera como un indicador indirecto para evaluar la calidad del control prenatal. El 40% de las mujeres del estudio informaron dos o más dosis en su último embarazo. La gráfica 2 muestra que en Acobamba la cobertura de cuando menos una vacuna antitetánica no aumentó al mismo ritmo que el incremento en la proporción de mujeres con, al menos, un control prenatal. Comparando las gráficas 1 y 2 se puede observar las dimensiones de las oportunidades perdidas.

D. Parto

Los resultados del estudio, que se ilustran en la gráfica 3, indican que sólo la mitad de la población del estudio dio a luz al hijo menor en la casa. En

Gráfica 3
Proporción de nacimientos atendidos por personal de salud, por año de nacimiento



Castrovirreyna, el 15.3% de los nacimientos fueron atendidos por un servicio de salud. Esto refleja el mejoramiento en la disponibilidad del personal de los servicios de salud de Castrovirreyna, donde 8 de 12 establecimientos estudiados tenían personal profesional además del técnico de salud.

Atención durante el parto y riesgo reproductivo

Otra forma de caracterizar a las mujeres que buscaron atención de un proveedor de salud se presenta en la tabla 5, en la que se muestra cómo se asocia la atención del proveedor de salud en el momento del parto con la presencia de factores de riesgo reproductivo en la madre. Los resultados evidencian que las mujeres que padecían cuando menos un factor de riesgo reproductivo, tenían menos probabilidades de ser atendidas por un proveedor de salud (particularmente por un profesional de salud) que las mujeres sin ningún factor de riesgo.

Tabla 5
Asociación entre el tipo de asistencia durante el parto y la presencia de factores de riesgo reproductivo en la madre*

	Acobamba		*Castrovirreyna*	
Tipo de asistencia en el parto	*Con riesgo*	*Sin riesgo*	*Con riesgo*	*Sin riesgo*
Méd./Obstetriz/Enfer.	3.1	5.8	24.5	38.5
Auxiliar de enfermería	2.5	4.4	9.4	7.7
Miembro de la familia/Nadie	94.4	89.9	66.0	53.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
N =	448	207	106	78
X^2	No significativo		P<.05	

* Los factores de riesgo reproductivo incluyen: menos de 18 años o más de 34 años en el momento del nacimiento, o más de tres partos anteriores con niños vivos.

La razón principal dada por las madres para no acudir a los servicios de salud durante el parto fue que *no consideraban necesario dar a luz en un servicio de salud.* Un 42% de las madres de Acobamba en ambos periodos señalaron esta razón para no utilizar el servicio de salud. Aunque en un porcentaje menor esta también fue la principal razón dada por las madres de Castrovirreyna.

La segunda causa más frecuente para no dar a luz en un servicio de salud, en ambas provincias, fue el temor o desconfianza hacia el personal de salud. Esta categoría incluía vergüenza de ser vista por un médico varón o una persona no conocida, teniendo que asumir posiciones incómodas para dar a luz, temor de ser castigada por algún motivo, temor a intervenciones médicas como corte de cesárea, y temor al daño, sabiendo que otras madres y bebés han muerto mientras eran atendidas en el servicio de salud.

La tercera categoría en frecuencia, referente a la "no disponibilidad del personal de salud", incluye opiniones como: el(los) proveedor(es) de salud presente(s) no está(n) entrenado(s) para atender el parto; no se atiende partos en el puesto de salud; el personal de salud estaba lejos; el servicio de salud estaba cerrado en el momento del parto; y, en un caso, el personal de salud estaba ebrio en el momento del parto, por lo que era incapaz de brindar atención.

La cuarta categoría en frecuencia alude a la distancia: "servicio de salud alejado o dificultad para llegar al servicio". Pero no solamente incluye la dificultad en el traslado, sino también factores como el no haber nadie quién lleve a la madre al puesto de salud; era tarde y la madre tenía miedo de caminar en la oscuridad; una madre de Acobamba hubiera ido

al centro de salud en Paucará pero estaba demasiado lejos, y una madre en Castrovirreyna dio a luz en el camino al hospital de Chincha. Hubo una disminución significativa de 18 a 10% de madres de Acobamba entre los dos periodos que señalaron que antes el servicio de salud estaba muy lejos, o era difícil llegar a él, reflejando mejoras en la disponibilidad del servicio de salud en la provincia.

E. Salud general y ginecológica

1. Información del estado general de la salud

Pedimos a las mujeres que describieran su estado de salud en general durante el año anterior. Clasificada en excelente, buena, regular y mala, los resultados mostraron que similares proporciones de mujeres en ambas provincias informaron tener buena salud (65-66%). El doble de mujeres de Acobamba respecto de las de Castrovirreyna informó tener mala salud (9.7 *versus* 4.8%). Las mujeres que no vivían en unión, más jóvenes, con menos hijos y con mayor educación eran las que con mayor probabilidad informaron tener buena salud. Un 19% de mujeres de Acobamba, cuyas edades oscilaban entre 40-49, informaron tener mala salud (véase la gráfica 4).

2. Visitas a un servicio de salud durante el año anterior

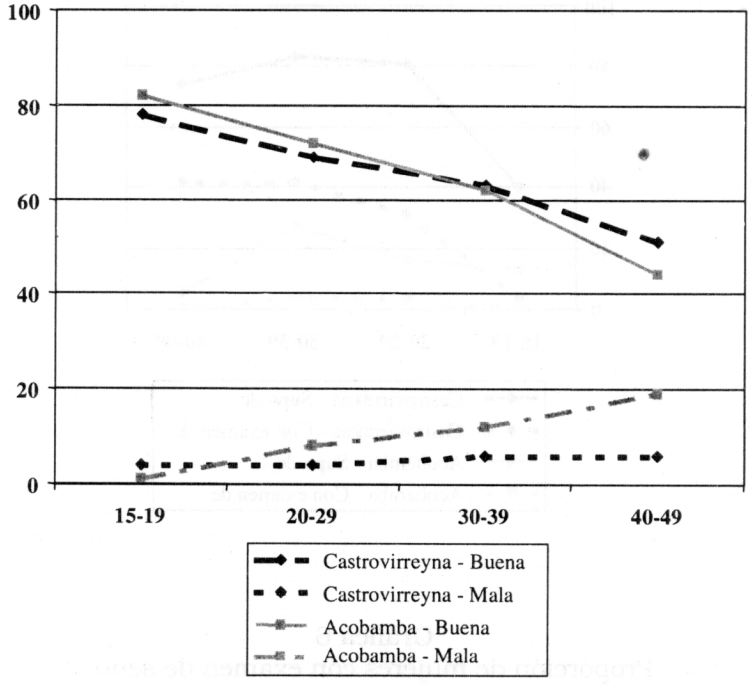
El 25.6% de mujeres de Acobamba y 42.1% de las de Castrovirreyna visitaron un servicio de salud durante el año anterior. No había diferencia entre las dos provincias en la distribución de edad, educación o paridad entre las que visitaron o no un servicio de salud.

Las razones más frecuentes para buscar asistencia médica fueron, en orden de importancia, problemas ginecológicos y problemas relacionados con el embarazo, enfermedades respiratorias, problemas gastrointestinales y síntomas definidos de enfermedades, como dolor de cabeza y malestar general. Al 12% de mujeres de Acobamba y 22% de Castrovirreyna se les informó durante su visita que tenían anemia.

3. Examen de cáncer cervical y cáncer de seno

El 17% de mujeres de Acobamba y 69% de las de Castrovirreyna, a quienes se les preguntó sobre el tema, informaron tener conocimiento sobre

Gráfica 4
Informe del estado general de la salud para el año anterior, por edad

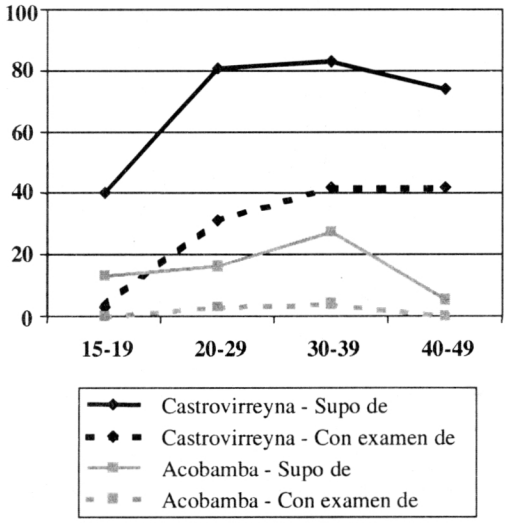


el examen de Papanicolaou para detectar cáncer cervical. El 17% de las de Acobamba habían oído hablar sobre el Papanicolaou, pero 3% o menos habían tenido una prueba de Papanicolaou o un examen de seno en los últimos cinco años. Las gráficas 5 y 6 muestran el conocimiento de las mujeres y el uso del Papanicolaou y del examen de seno según edad de la mujer.

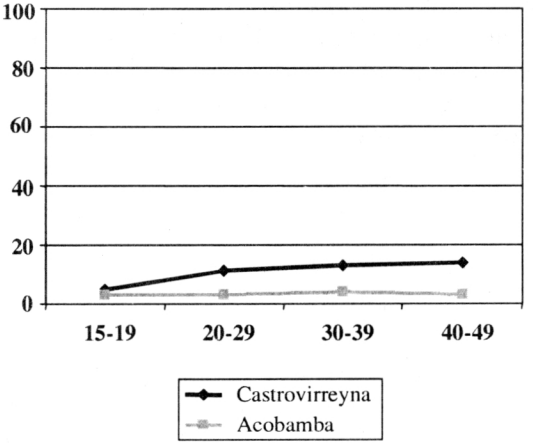
F. Diseminación de la información sobre la anticoncepción

El estudio buscó determinar qué información sobre planificación familiar proporciona el personal de salud a las mujeres de la comunidad. Esto servirá como base para evaluar la capacitación a los proveedores de salud en educación comunitaria y comunicaciones interpersonales.

Gráfica 5
Conocimiento y uso de la prueba de Papanicolaou
en los cinco años anteriores, por edad



Gráfica 6
Proporción de mujeres con examen de seno
en los cinco años anteriores, por edad



1. Conocimiento de dónde obtener un método anticonceptivo

En general, las no usuarias de la anticoncepción estaban bastante bien informadas sobre dónde obtener un método anticonceptivo. El 69% de 811 mujeres de Acobamba que no usaban un método o que estaban embarazadas sabían dónde obtenerlo. La mayoría de éstas (56% de quienes se les formuló la pregunta), identificó el puesto de salud como el lugar donde podrían obtener los métodos, mientras que 11% nombró al centro de salud como el lugar para obtener los métodos.

En Castrovirreyna, 90% de 291 mujeres que no utilizaban un método o estaban embarazadas, sabía dónde obtenerlo. El 66% de todas las mujeres mencionó por nombre un puesto de salud y 22% identificó un centro de salud como el lugar para obtener un método. El 2% en cada provincia nombró otros lugares, tal como un hospital, clínica o una OPV.

2. Visitas de un trabajador de planificación familiar durante el año anterior

A las entrevistadas se les preguntó si en los últimos 12 meses habían recibido una visita de un trabajador de planificación familiar. El 18 y 26% respectivamente, de mujeres de Acobamba y Castrovirreyna a quienes se les hizo esta pregunta, había recibido una visita de un trabajador de planificación familiar el año anterior. Al desagregarlas por edad, se observa que las de Acobamba, pertenecientes a los grupos con menor riesgo reproductivo por la edad (20-39), fueron visitadas con mayor frecuencia que las mujeres de los grupos más jóvenes y mayores. Hubo pocas diferencias por edad en Castrovirreyna, a excepción de una proporción ligeramente menor de mujeres de 15-19 años que fueron visitadas el año anterior.

3. Visitas a un servicio de salud y recepción de la información sobre planificación familiar

A estas mismas mujeres (no usuarias de ningún método anticonceptivo ni embarazadas) se les preguntó si habían visitado un servicio de salud en los pasados 12 meses, sin especificar la razón por la que habían hecho la visita. El 55% en Acobamba y 70% en Castrovirreyna respondieron afirmativamente, como se muestra en la tabla 6. Había una pro-

porción significativamente más alta de mujeres de Acobamba, entre 20-39 años, que había visitado un servicio de salud que las menores de 20 o mayores de 39.

En la tabla 6 se observa asimismo las proporciones de mujeres en cada grupo de edad a quienes se les había hablado sobre métodos anticonceptivos en el servicio de salud, entre las que habían asistido a un servicio durante el año anterior. Es claro que era más frecuente que se les hablara sobre planificación familiar a las mujeres pertenecientes a los grupos de edad de menor riesgo, de 20-29 y 30-39 años, que a aquellas más jóvenes o mayores.

Tabla 6
Proporción de mujeres* que asistieron a un servicio de salud el año anterior y a quienes se les habló sobre métodos anticonceptivos

	Acobamba %	*Castrovirreyna* %
Proporción total que visitó un servicio de salud el año anterior	54.8 (N=811)	69.8 (N=291)
Proporción a quien se le habló sobre anticoncepción entre aquellas que visitaron el servicio de salud el año anterior	69.1	54.7
Distribución según edad		
15-19	45.6	36.1
20-29	74.2	76.0
30-39	74.2	77.5
40-49	66.2	39.0
N =	[444]	[203]

* Sólo incluye a aquellas mujeres que nunca utilizaron un método anticonceptivo moderno o que estaban embarazadas.

4. Fuente de mensajes sobre planificación familiar

A las mujeres del estudio se les preguntó si habían escuchado algún mensaje relacionado con la planificación familiar durante los tres meses anteriores a la entrevista de la encuesta. Nuevamente 55% de las mujeres de Acobamba y 64% de las de Castrovirreyna contestaron afirmativa-

mente. Luego, a estas mujeres se les preguntó dónde habían escuchado el mensaje. La tabla 7 muestra que la radio y los carteles eran las fuentes más frecuentes de mensajes sobre planificación familiar en Castrovirreyna. En Acobamba, el personal de salud fue la fuente más frecuente de información sobre planificación familiar, seguida por la radio y los carteles.

Tabla 7
Proporción de mujeres que escucharon un mensaje sobre planificación familiar en los tres meses anteriores, por fuente de mensaje

Fuente de información	*Acobamba* %	*Castrovirreyna* %
Radio	22	37
Carteles	20	35
Personal de salud	26	17
Volantes	7	20
Familia/vecinos	10	6
Televisión	1	8
Periódicos/revistas/libros	0.5	1
Colegio	1	0.5
Megáfono	0.4	—
Mercado	0.2	—
Club de madres	—	0.3
Ningún mensaje	55	64
N =	[917]	[376]

G. Intenciones reproductivas

Entre las mujeres en unión de Acobamba y las de Castrovirreyna surgieron importantes diferencias en relación con el deseo tener más hijos, como se muestra en la tabla 8. Solamente 6% de las de Acobamba declararon desear más hijos, mientras que 23% de las de Castrovirreyna manifestaban ese deseo. Las diferencias eran notables entre todos los grupos de edad, excepto las mayores de 40 años.

Tabla 8
Intenciones reproductivas: distribución proporcional de mujeres por deseos de tener (más) hijos, por edad y provincia

	Acobamba Edad actual					*Castrovirreyna Edad actual*				
	15-19	*20-29*	*30-39*	*40-49*	*15-49*	*15-19*	*20-29*	*30-39*	*40-49*	*15-49*
Desea más hijos										
Ahora/pronto	6	3	2	1	2	—	6	6	6	6
Después	24	2	—	1	3	86	25	13	—	16
No está segura cuándo	2	—	—	—	1	—	—	1	—	1
Indecisa	10	7	9	2	7	—	1	—	—	1
No quiere más	58	85	87	80	83	14	67	79	77	72
Esterilizada	—	3	2	—	2	—	—	—	—	—
Estéril	—	—	—	16	3	—	—	1	16	5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N =	50	275	245	136	706	7	83	71	62	223

Opinión de las mujeres y sus parejas respecto al uso de anticonceptivos

En la tabla 9 se presentan los resultados sobre las opiniones de las mujeres y sus parejas respecto al uso de anticonceptivos. Casi todas las mujeres y 77% de los hombres en Castrovirreyna están de acuerdo en que las parejas usen anticonceptivos. Más mujeres (23 *versus* 5%) y más hombres (38 *versus* 23%) en Acobamba respecto a Castrovirreyna, están en desacuerdo con el uso de la planificación familiar por otras parejas. También es más probable que las mujeres de Acobamba no sepan cuál es la opinión de su pareja respecto a la planificación familiar, sugiriendo que hay menos comunicación entre las parejas de esta población sobre el tema. Un 18% señaló que no sabía la opinión de su pareja o que no estaba segura sobre su propia opinión, frente a menos de 3% de mujeres en Castrovirreyna. Hay una fuerte relación positiva entre el nivel educativo de la mujer y la opinión sostenida por ella y su pareja respecto al uso de los métodos anticonceptivos.

Tabla 9
Percepción de mujeres unidas no esterilizadas respecto a las actitudes de sus parejas hacia la planificación familiar

	Mujer aprueba			*Mujer desaprueba*							
	Pareja aprueba	*Pareja des-aprueba*	*No conoce la opinión de la pareja*	*Pareja aprueba*	*Pareja des-aprueba*	*No conoce la opinión de la pareja*	*Mujer no está segura*	*Total*	*Mujer aprueba*	*Pareja aprueba*	*N =*
Acobamba	56	11	9	4	11	4	5	100	77	62	695
Castrovirreyna	76	18	0.4	0.4	2	1	1	100	95	77	225
Huancavelica*	64	6	9	2	8	3	7	100	79	68**	290

* Fuente: ENDES III, 1996.
** Incluye a las mujeres en la categoría "mujer no está segura", pero conoce la opinión de la pareja.

H. Conocimiento y uso de anticonceptivos

El conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos es importante tanto para medir los efectos del programa de planificación familiar como para identificar a las poblaciones que no han tenido acceso a estos programas. Esta sección incluye los resultados sobre el conocimiento, uso en el pasado y actual de los métodos anticonceptivos, fuentes de los métodos, razones para no utilizar los modernos y actitudes hacia el uso de los anticonceptivos.

1. Conocimiento de los métodos anticonceptivos

A fin de medir el conocimiento anticonceptivo, primero se les dijo a las mujeres que existen varios métodos o maneras para que una pareja retrase o evite el embarazo. Luego se les pidió que mencionaran los métodos que conocían o de los que habían oído hablar. Para cada método no mencionado espontáneamente, se les preguntó específicamente si lo conocían o habían oído hablar de él. Por ende, el "conocimiento" de un método no necesariamente significa que la mujer sepa cómo funciona. Puede ser que solamente haya escuchado el nombre del método y sea capaz de reconocerlo cuando se le pregunta.

El 95% de las mujeres de Acobamba y 100% de las mujeres de Castrovirreyna conocían (no espontáneamente), por lo menos un método anticonceptivo, como se muestra en la tabla 10. El DIU, la DepoProvera (conocida como la 'inyección') y la píldora eran los métodos modernos más conocidos. Las mujeres de Castrovirreyna tenían mayor conocimiento tanto de los métodos modernos como de los tradicionales que las de Acobamba. El 90% o más de las mujeres de Castrovirreyna conocían el DIU, la píldora, el condón y la inyección, y menos de otros métodos modernos. En Acobamba, 81 y 79% de las mujeres reconocieron el DIU y la inyección, respectivamente, y en menor medida otros métodos modernos.

Los métodos modernos menos conocidos eran el Norplant®, los métodos vaginales y la vasectomía. Sorprendentemente, en Acobamba el condón no era tan conocido como generalmente se asumiría, siendo identificado sólo por 61% de las mujeres.

El conocimiento *espontáneo* de los métodos anticonceptivos estuvo, por supuesto, en los niveles menores que cuando se les preguntaba específicamente si habían escuchado hablar de cada uno de los métodos por su nombre. En la gráfica 7 se muestran las proporciones de mujeres con conocimiento espontáneo de los métodos. Se puede ver que el DIU,

Tabla 10
Proporción de mujeres en edad fértil unidas con conocimiento, algún uso en el pasado y uso actual de cada método anticonceptivo

	Acobamba			*Castrovirreyna*		
	Conocimiento	*Uso pasado*	*Uso actual*	*Conocimiento*	*Uso pasado*	*Uso actual*
Algún método	95.5	52.7	32.5	100.0	80.9	55.1
Métodos Modernos	93.8	24.3	14.5	99.6	53.3	33.3
Píldora	76.0	7.6	2.1	91.1	12.0	0.9
DIU	81.4	4.9	3.0	93.3	22.7	13.8
DepoProvera	79.0	10.0	5.9	90.2	25.8	13.8
Norplant®	18.1	0.1	0.1	41.3	—	—
Ligadura de trompas	73.0	1.8	1.8	82.2	—	—
Vasectomía	53.7	0.1	—	52.4	—	—
Métodos vaginales	35.2	0.9	0.3	63.6	7.6	0.4
Condón	61.3	5.9	1.4	91.1	20.9	5.3
Métodos tradicionales	77.7	38.3	17.8	88.9	63.1	21.9
Ritmo	74.9	35.5	14.4	87.1	55.6	16.1
Retiro	25.9	5.9	2.1	46.7	24.0	4.9
Lact. Amenorrea			0.9			0.9
Folclórico	11.2	3.5	0.4	21.8	5.8	—
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N =	708	708	708	225	225	225

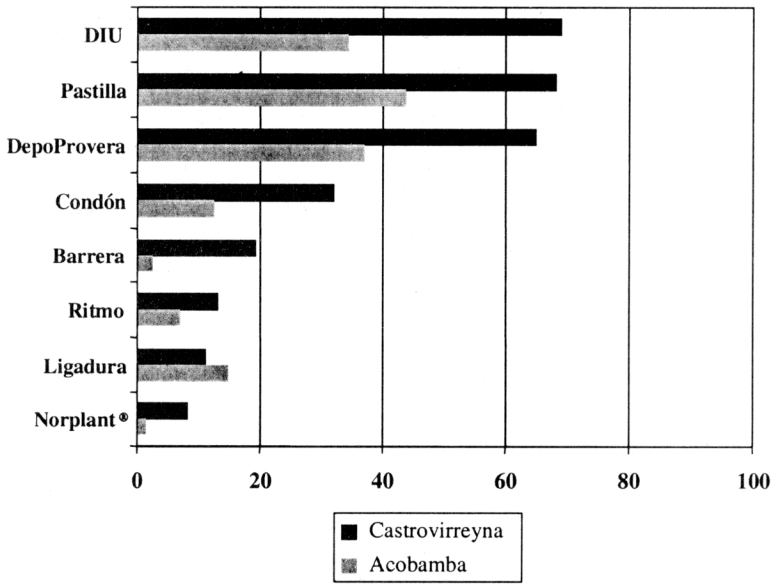
— No se conoce.

los anticonceptivos orales y la DepoProvera resultaron ser los métodos más conocidos.

2. Uso en el pasado de los métodos anticonceptivos

Como se muestra en la tabla 10 y en la gráfica 8, hasta 81% de las mujeres de Castrovirreyna, y más de la mitad de las de Acobamba, habían utilizado en algún momento un método anticonceptivo, ya sea moderno o tradicional. En ambos lugares, había sido mayor la proporción de mujeres que en el pasado habían utilizado métodos tradicionales que métodos modernos. El ritmo era el método más frecuentemente utilizado, en algún momento, por más de la mitad (55.6%) de todas las mujeres de

Gráfica 7
Proporción de mujeres unidas con conocimiento espontáneo de los métodos

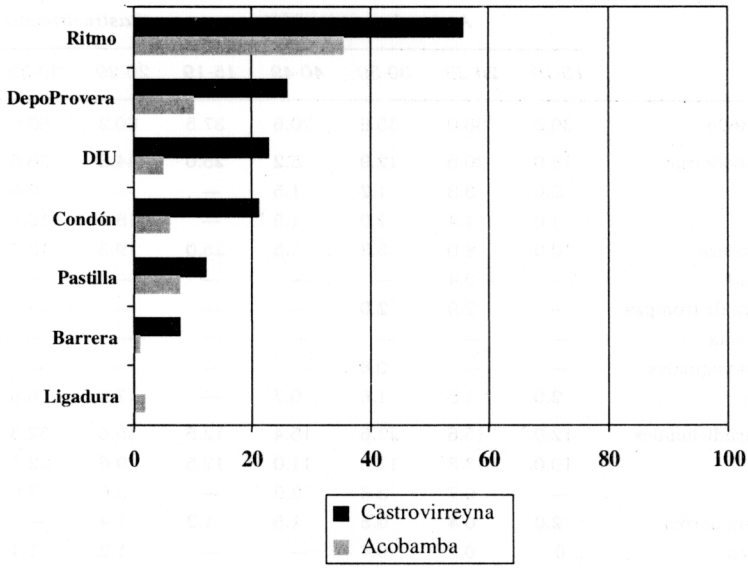


Castrovirreyna en unión, y más de un tercio (35.5%) de todas las mujeres de Acobamba. Más del doble de mujeres de Castrovirreyna había utilizado métodos modernos en algún momento de su vida, en comparación con las mujeres de Acobamba (53.3 *versus* 24.5%). Esta diferencia se debe a la gran proporción de mujeres de Castrovirreyna que utilizaron DIU, DepoProvera, condón y, en menor grado, la píldora.

3. Uso actual de métodos anticonceptivos

Significativamente, menos mujeres utilizan en la actualidad la anticoncepción que en algún momento en el pasado, como se muestra en la tabla 11 y la gráfica 9. Castrovirreyna tenía una tasa de 55.1% de uso de métodos anticonceptivos, en comparación con la tasa de 64% a nivel nacional para las mujeres en unión. Las mujeres de Acobamba tenían una tasa de uso de 32.5%. Esto se compara con la figura de 35.1% para el departamento de Huancavelica, según los datos provenientes de ENDES III (1996). En Castrovirreyna predominaban los métodos modernos, mientras que en Acobamba predominaban los métodos tradicionales.

Gráfica 8
Proporción de mujeres con algún uso
de métodos anticonceptivos en el pasado



El método anticonceptivo más frecuentemente utilizado en el momento del estudio era el método tradicional de la abstinencia periódica (ritmo), utilizado por 14.4% de las mujeres de Acobamba y 16.1% de las de Castrovirreyna. Entre los métodos modernos, la DepoProvera y el DIU predominaban en cada una de las provincias, aunque estos estaban en 5.9 y 3.0%, respectivamente en Acobamba, y 13.8% para ambos métodos en Castrovirreyna.

4. Uso de métodos anticonceptivos por edad de la mujer

La tabla 11 muestra que las mujeres menores de 20 años y mayores de 39, las de mayor riesgo reproductivo por su edad, tenían menos probabilidad de utilizar cualquier método anticonceptivo. En Castrovirreyna era mayor la probabilidad de las mujeres entre 20 y 29 años de edad utilizaran métodos anticonceptivos modernos, y aquellas entre 30 y 39 tenían mayor probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos tradicionales. Las mujeres más jovenes (15-29 años) en Acobamba usaron más los métodos modernos que aquellas mayores de 30. Dentro del grupo de mujeres de

Tabla 11
Distribución de mujeres en unión por uso actual de métodos anticonceptivos, por edad

	Acobamba				*Castrovirreyna*			
	15-19	*20-29*	*30-39*	*40-49*	*15-19*	*20-29*	*30-39*	*40-49*
Algún método	30.0	36.0	35.6	20.6	37.5	60.2	69.0	35.5
Métodos modernos	18.0	20.5	12.9	5.2	25.0	44.6	36.6	19.4
Pastilla	2.0	3.3	1.2	1.5	—	—	2.8	—
DIU	4.0	4.4	2.0	1.5	—	18.1	15.5	8.1
DepoProvera	10.0	8.0	5.3	1.5	25.0	19.3	12.7	6.5
Norplant®	—	0.4	—	—	—	—	—	—
Ligadura de trompas	—	2.9	2.0	—	—	—	—	—
Vasectomía	—	—	—	—	—	—	—	—
Métodos vaginales	—	—	0.8	—	—	—	—	—
Condón	2.0	1.5	1.6	0.7	—	7.2	5.6	3.2
Métodos tradicionales	12.0	15.6	22.6	15.4	12.5	15.6	32.3	16.1
Ritmo	10.0	13.8	17.8	11.0	12.5	9.6	22.5	11.3
Retiro	—	0.7	3.6	2.9	—	3.6	7.0	4.8
Lact. Amenorrea	2.0	0.4	0.8	1.5	1.2	1.4	—	
Folclórico	0	0.7	0.4	—	—	1.2	1.4	—
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N =	50	275	247	136	8	83	71	62

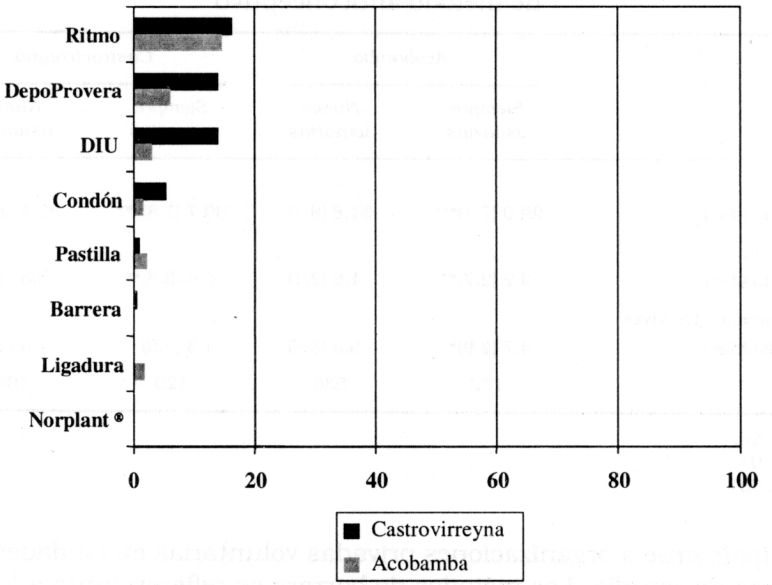
— No se conoce.

15 y 19 años en unión, la DepoProvera era el método moderno más frecuentemente utilizado.

5. Características de usuarias *versus* no usuarias

Comparado con las mujeres que nunca habían utilizado un método anticonceptivo, las que alguna vez los utilizaron son significativamente las más jóvenes y con mayor educación. La tabla 12 muestra que el promedio del número de nacimientos vivos de las que alguna vez los utilizaron es inferior a las que nunca los utilizaron, en Acobamba, a un nivel de 5% de significancia estadística. En Castrovirreyna no existía una diferencia muy importante en el número de nacimientos vivos de las que alguna vez los utilizaron *versus* las que nunca los utilizaron. Este hallazgo sugiere que los métodos anticonceptivos no han sido utilizados con suficiente consistencia como para ocasionar una marcada disminución en la tasa

Gráfica 9
Proporción de mujeres en unión que actualmente usan un método anticonceptivo



de fecundidad. Cualquier diferencia en el número de nacimientos vivos se explica por las edades más jóvenes de las que alguna vez los usaron. Diferencias similares, aunque no tan marcadas, existen entre las usuarias actuales *versus* usuarias no actuales.

6. Lugar donde obtuvieron los métodos anticonceptivos

Los puestos de salud son el lugar más frecuentemente citados donde normalmente se obtuvieron los anticonceptivos, con excepción de la ligadura de trompas, como se muestra en la tabla 13. En Castrovirreyna se informó que los centros de salud son los lugares donde más frecuentemente se obtienen métodos anticonceptivos, ya que más mujeres tienen acceso directo a tal servicio. En ambas provincias, se preferían los centros de salud y los hospitales para la inserción del DIU, pero también existía una gran proporción de mujeres a quienes se les había hecho la inserción en el puesto de salud, probablemente durante las visitas realizadas por profesionales de salud provenientes de centros de salud cercanos. Las píldoras y los DIUs obtenidos de "otras" fuentes se refieren

Tabla 12
Características sociodemográficas de las alguna vez usuarias *versus* las nunca usuarias de ningún tipo de método anticonceptivo

	Acobamba		*Castrovirreyna*	
	Siempre usuarias	*Nunca usuarias*	*Siempre usuarias*	*Nunca usuarias*
Edad				
Promedio (d.e.)	29.0 (7.1)***	31.8 (8.7)	30.7 (7.8)***	35.4 (10.0)
Educación				
Promedio (d.e.)	2.2 (2.7)**	1.6 (2.1)	6.6 (3.3)**	5.3 (3.5)
Núm. nacimientos vivos				
Promedio (d.e.)	4.7 (2.9)*	5.3 (3.5)	4.3 (2.9)	4.9 (3.6)
N =	172	536	120	105

* p <. 05.
** p <. 01.
*** p <. 001.

principalmente a organizaciones privadas voluntarias en ciudades fuera del área de estudio. Los métodos de barrera se refieren tanto a los condones como a los métodos vaginales de barrera.

7. Uso correcto del método de ritmo

El uso correcto del método de ritmo determina su efectividad en la prevención de embarazos. Un estudio realizado en el área rural de la sierra Peruana (región de Cuzco) mostró que tanto las mujeres como los hombres tenían un concepto erróneo del ciclo reproductivo y, por ende, practicaban mal el método (Maynard-Tucker, 1993). Para validar ese hallazgo en nuestra población, a las mujeres que actualmente estaban utilizando dicho método, o que lo habían usado en el pasado, se les propuso que describieran en forma detallada los días en que no es seguro tener relaciones sexuales, para evitar el embarazo. Se consideraba que el uso de ritmo era correcto cuando las mujeres especificaban que los días inseguros comenzaban en el octavo día (o hasta el décimo), a partir del primer día del periodo menstrual, y continuaban durante los siguientes 10 días. Los entrevistadores escribieron al pie de la letra cada respuesta. Luego, la coordinadora de la encuesta evaluó y codificó cada respuesta como correcta o incorrecta. La tabla 14 muestra los resultados de uso co-

Tabla 13
Lugar donde obtienen métodos anticonceptivos las usuarias actuales

	Acobamba					*Castrovirreyna*			
	Píldora	*DIU*	*Inyección*	*Barrera*	*Ligadura de trompas*	*Píldora*	*DIU*	*Inyeción*	*Barrera*
Hospital	—	3.9	3.6	—	15.4	—	8.1	5.4	—
Centro de salud	—	50.	7.1	—	84.5	33.3	46.0	35.1	27.8
	100.0	0	87.5	90.0	—	50.0	40.5	59.5	72.2
Puesto de salud	—	42.	1.8	10.0	—	—	—	—	
	—	3	—	—	—	16.7	5.4	—	—
Farmacia		—							
Otros		3.9							
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N =	27	26	56	20	13	6	37	37	18

rrecto entre las mujeres que utilizaban o alguna vez habían utilizado el método. Había mayor probabilidad que las mujeres de Castrovirreyna usaran correctamente el método de ritmo, con 42% de uso correcto frente al 28 por ciento de uso correcto entre las mujeres de Acobamba. En general, cuanto más alto era el nivel de educación, había más probabilidad de que la mujer conociera correctamente el uso del método. A pesar de su importancia como método de anticoncepción en las dos provincias en estudio, estos hallazgos muestran que la mayoría de las usuarias de ritmo no estaban protegidas de quedar embarazadas.

Tabla 14
Proporción de mujeres que utilizan correctamente el método de ritmo entre las que usan o alguna vez han usado el método, por nivel educativo

	Acobamba		*Castrovirreyna*	
	%	*N* =	%	*N* =
Educación				
Ninguna	27.8	36	—	0
Primaria	25.0	60	45.0	20
Secundaria/superior	50.0	6	38.5	13
% todas las mujeres	27.5	102	42.6	33

8. Razones por las que no utilizaron métodos anticonceptivos modernos

A las mujeres del estudio que no estaban utilizando ninguno tipo de método anticonceptivo moderno o utilizaban un método tradicional, se les preguntó por qué no usaban uno moderno. En la tabla 15 se presentan los resultados por orden descendente de frecuencia. Los porcentajes suman más de 100, ya que las mujeres tuvieron la posibilidad de dar más de una respuesta. Las respuestas fueron marcadas por los entrevistadores en las categorías proporcionadas en el cuestionario, o escritas en la categoría "Otro". Posteriormente, se recodificaron las respuestas "Otro" en más de 100 categorías, y luego fueron reclasificadas en las categorías que se muestran en este cuadro. La respuesta más frecuentemente mencionada era "Temor a los efectos de salud". Esta categoría de respuesta incluye: simple temor de su uso; las mujeres que utilizan anticonceptivos

modernos siempre están enfermas; el DIU puede ocasionar cáncer, las inyecciones provocan hemorragia; las inyecciones ocasionan que la menstruación se detenga; las inyecciones dañan y no se puede caminar debido al dolor de las inyecciones; la píldora causa dolores de cabeza; las tabletas provocan picazón; los niños nacerán con defectos; los métodos modernos interfieren con la capacidad de las mujeres para hacer el trabajo pesado y caminar bastante; se puede morir por una ligadura de trompas; la hija de una de las entrevistadas había muerto debido al DIU; en vez de curar, los doctores "te arruinan al darte métodos anticonceptivos". La implicación de estas respuestas es que las mujeres tienen una información muy pobre de los efectos colaterales de los anticonceptivos modernos y viven en un ambiente donde son fuertes los rumores y la desinformación.

Tabla 15
Razones para no utilizar métodos anticonceptivos modernos entre todas las mujeres unidas, por provincia

	Acobamba	*Castrovirreyna*
Categorías de las razones	%	%
Temor a los efectos sobre la salud	54*	36
Actualmente embarazada o dando de lactar	45	18
Menopáusica/dice ser subfértil	8	14
No sabe cómo utilizar los métodos	14	4
Entrevistada o pareja se opone a los métodos	13	8
Relaciones sexuales esporádicas	5	9
Prohibido por la religión	8	1
Opinión pobre del servicio/personal de salud	1	4
Desea tener más hijos	2	3
Intenta utilizarlos en un futuro (cercano)	0.6	3
No existe servicio de salud/está demasiado lejos	0.6	2
Cuesta demasiado	0.4	2
No sabe dónde obtener los métodos	2	0
Experimentó una falla en el método	1	1
Opina que los métodos no son efectivos	1	1
Prefiere métodos naturales	0.3	1
Otras personas en la comunidad se oponen a su uso	1	0
No le interesa la planificación familiar	1	0.4
Porcentaje que utiliza métodos anticonceptivos modernos	15	34
N =	[708]	[225]

* Porcentaje de todas las mujeres en unión. Las columnas suman más de 100%, ya que las entrevistadas tuvieron múltiples razones para no utilizar los métodos anticonceptivos.

I. Necesidad no satisfecha de la anticoncepción

La necesidad no satisfecha por la planificación familiar es la medida del número de mujeres que muy probablemente estén interesadas en la anticoncepción, pero que aún no la están utilizando. Se sabe que pueden estar interesadas porque no desean quedar embarazadas en el futuro cercano o porque han decidido no tener más hijos. Esta es la definición más ampliamente utilizada para las necesidades no satisfechas, desarrollada principalmente por Charles Westoff (Westoff, 1978) y revisada en una reciente publicación de *Population Reports* (Robey *et al.*, 1996). Esta medida de uso anticonceptivo se desarrolló y se utiliza ampliamente en todas las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDES), que incluyen preguntas estándares para mujeres en edad fértil a fin de determinar el nivel de necesidad no satisfecha. Al utilizar la definición estándar de necesidad no satisfecha, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Perú-1996 encontró que 12.1% de la población de mujeres en edad reproductiva y unidas a nivel nacional, y 40.7% en Huancavelica tenían necesidad no satisfecha. (ENDES III, 1997).

La definición de necesidad no satisfecha de la anticoncepción se modificó en 1982 para incluir a las embarazadas, en periodo de lactancia y amenorreicas, las cuales habían sido anteriormente excluidas. Se determinó que este grupo tenía una necesidad no satisfecha según una pregunta de la encuesta sobre si el embarazo actual o reciente había sido buscado en ese momento, había sido deseado pero la mujer hubiese preferido esperar un poco más, o no fue deseado. Nosotros probamos esta pregunta con un número de mujeres hablantes de quechua en la provincia de Acobamba (se entrevistó en esa lengua a 70% de la muestra de Acobamba) y encontramos que la mayoría eran incapaces de comprender la pregunta. La implicación era que el embarazo no era algo que hubieran elegido desear o no desear. Por lo tanto, nuestra estimación de la necesidad no satisfecha se basa en la población de mujeres en unión que actualmente están expuestas a quedar embarazadas, sin incluir a las embarazadas, amenorreicas o estériles. Otro punto que recientemente ha surgido en cuanto a la definición de la necesidad no satisfecha de la anticoncepción es el tema de qué tan adecuado es el método anticonceptivo. Esto se refiere principalmente al uso de métodos anticonceptivos de baja eficacia que comúnmente están incluidos en la definición del uso anticonceptivo: método de ritmo, retiro y métodos folclóricos (Foreit *et al.*, 1992).

En la definición de necesidad no satisfecha, incluimos a las mujeres que estaban utilizando incorrectamente el método de ritmo. También incluimos otros métodos tradicionales (retiro y folclórico) como un

componente posible de necesidad no satisfecha, puesto que no estamos seguros de qué tan adecuadamente se estaban practicando. Se encontró que la necesidad no satisfecha de anticoncepción era de 58-63% en Acobamba (véase la figura 1) y 40-47% en Castrovirreyna (véase la figura 2).

Las figuras 3 y 4 muestran la misma información desagregada en mujeres con algún factor de riesgo reproductivo (edad < 17 o > 34, paridad > 3, o intervalo entre nacimientos < 24 meses). En ambas provincias, las mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción tienen más probabilidades de tener uno o más factores de riesgo reproductivo. Esta información es solamente ilustrativa para mostrar la relación entre el riesgo y la necesidad no satisfecha. No sugerimos que se deba convencer a las mujeres con alto riesgo de cambiar sus intenciones reproductivas. Sin embargo, mostramos que las mujeres que no desean tener más hijos y no están utilizando actualmente la anticoncepción son, en su mayoría, mujeres con alto riesgo.

Discusión y conclusiones

¿Cuáles son las razones de la necesidad no satisfecha de anticoncepción? El cuestionario de la ENDES utilizado en muchos países entre 1985 y 1990 preguntaba a las mujeres con necesidad no satisfecha cuál era su razón principal para no utilizar actualmente la anticoncepción. La mayoría citó la desaprobación de sus esposos y las preocupaciones por su salud (Bongaarts y Bruce, 1995). En estudios cualitativos en Filipinas, Nepal, Guatemala, India y Kenya, que buscaban conocer las actitudes, intereses y valores que ayudarían a explicar la necesidad no satisfecha de las mujeres, (Robey *et al.*, 1996) se encontró que estas eran también las dos razones más frecuentemente citadas.

Como hemos mostrado en las razones dadas por las mujeres para no utilizar métodos anticonceptivos modernos, la necesidad no satisfecha en nuestra población de estudio en Huancavelica está principalmente relacionada con su temor a los efectos negativos en su salud. Las preocupaciones sobre los efectos en la salud provenían de las experiencias de las propias mujeres con los anticonceptivos, las experiencias de otras mujeres que conocían y de los rumores que circulaban dentro de las comunidades, originados en las experiencias de mujeres o grupos (tales como organizaciones religiosas) que buscan disuadirlas de utilizar la anticoncepción. Estudios cualitativos en México (Pico *et al.*, 1996) y en Bangladesh (Simmons, 1995) mostraron que las mujeres aceptaban los efectos colaterales de la anticoncepción como el precio para evitar el embarazo no deseado. A estas mujeres se les informó acerca de los riesgos y ellas

Figura 1
Necesidad anticonceptiva no satisfecha
en Acobamba

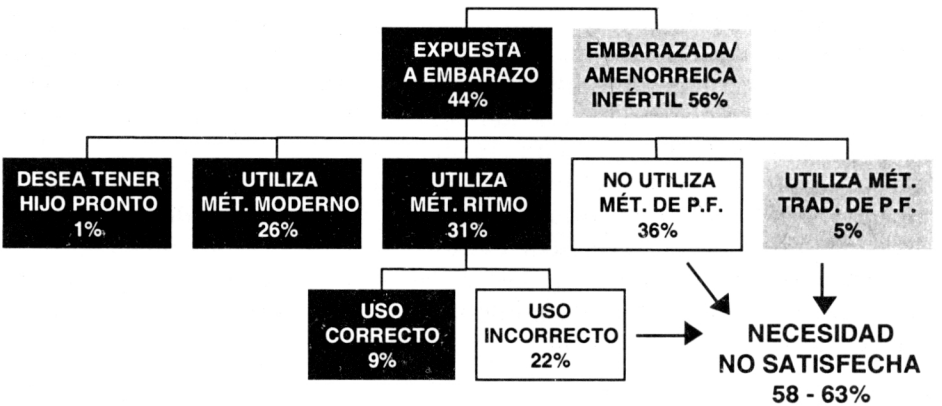


Figura 2
Necesidad anticonceptiva no satisfecha
en Castrovirreyna

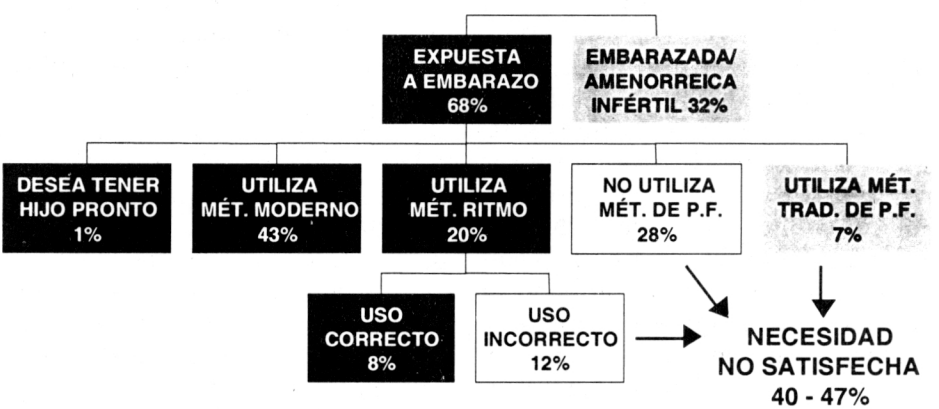


Figura 3
Necesidad no satisfecha según riesgo reproductivo*
en Acobamba

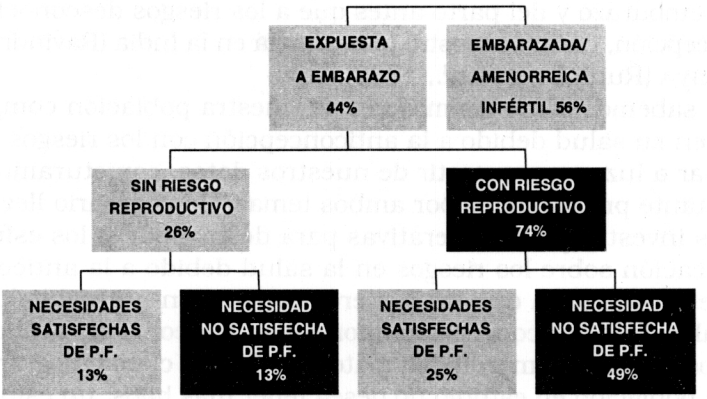


Figura 4
Necesidad no satisfecha según riesgo reproductivo
en Castrovirreyna

* Riesgo reproductivo implica tener una o más de las siguientes características:
1) menos de 17 años de edad
2) más de 34 años
3) paridad mayor a 3
4) intervalo intergenésico menor de 24 meses.

fueron las que tomaron la decisión. Por otra parte, cuando no estaban bien informadas acerca de los posibles efectos en su salud, tenían más temores y, por lo general, optaban por enfrentarse a los riesgos conocidos del embarazo y del parto antes que a los riesgos desconocidos de la anticoncepción, como se mostró que ocurría en la India (Ravindran, 1993) y en Kenya (Rutenberg *et al.*, 1996).

No sabemos cómo las mujeres de nuestra población comparan los riesgos en su salud debido a la anticoncepción con los riesgos en su salud al dar a luz, pero, a partir de nuestros datos, conjeturamos que están bastante preocupadas por ambos temas. Es necesario llevar a cabo mayores investigaciones operativas para determinar si los esfuerzos de comunicación sobre los riesgos en la salud debido a la anticoncepción serían efectivos para que las mujeres consideren preferible los efectos colaterales de la anticoncepción (morbilidad anticonceptiva) a los riesgos de partos continuos (morbilidad materna). Queda claro que gran parte de nuestra población en estudio no desea tener más hijos, un esfuerzo educativo para orientar a las mujeres y a sus parejas sobre los efectos en la salud relativos a la anticoncepción y al parto, debería ser bien diseñado, probado y evaluado en campo.

Un enfoque educativo sobre los efectos imaginarios y reales en la salud debido a la anticoncepción podría ser un principio efectivo para diseminar el concepto de riesgo reproductivo causado por el parto. Gran parte de nuestra población en estudio tenía uno o más factores de riesgo reproductivo. Los resultados del estudio indican que, especialmente entre las mujeres de Castrovirreyna, no había una asociación positiva de comportamiento entre riesgo reproductivo y uso de servicios de salud materna. Era *menos* probable que las mujeres con riesgo obtuviesen control prenatal o que un proveedor profesional de salud las atendiese durante el parto, que las mujeres que tenían por lo menos un factor de riesgo (edad < 18 o > 34 años o paridad > 3). También era menos probable que utilizaran un servicio de salud durante el parto si tenían complicaciones de parto y alumbramiento que si no tenían complicación alguna. Por el contrario, en el caso de Acobamba, aunque las mujeres mostraron una diferencia en el comportamiento de búsqueda de atención médica formal para dar a luz cuando tenían complicaciones de parto y alumbramiento, no hubo ninguna evidencia acerca de que la presencia de factores de riesgo reproductivo jugaran un papel en otras decisiones para buscar atención médica. Sin embargo, como se muestra en un análisis de regresión, tanto en Castrovirreyna como en Acobamba, hubo una asociación significativamente alta entre mayor educación y presencia de un trabajador de salud durante el parto.

El tema de identificar y priorizar los casos de riesgo reproductivo para concentrar los escasos recursos en aquellas que más los necesitan está aún sin resolver para nuestra población. Las experiencias con programas comunitarios para identificar los embarazos de alto riesgo no siempre han proporcionado resultados alentadores, debido a la baja sensibilidad, especificidad y valor predictivo de las tablas de riesgo utilizadas (Kwast, 1995) y a no disponer de un sistema adecuado de calificación de riesgo o al uso inadecuado en campo de los sistemas de calificación de riesgo existentes. Sin embargo, otros programas de identificación de riesgo obstétrico han sido efectivos. En muchas partes del mundo el control prenatal es una norma. Desde hace tiempo, la OMS y la OPS vienen proponiendo el uso del enfoque de riesgo en la salud materno-infantil (González y Schwarcz, 1990). Los beneficios potenciales de concentrar los esfuerzos educativos y recursos de atención médica en las mujeres que más lo necesitan para prevenir la morbilidad y mortalidad materna justificarían un esfuerzo piloto para desarrollar y probar/validar en campo un sistema para controlar el alto riesgo en esta población dentro del marco de un programa integrado con intervenciones en la comunidad, a nivel primario, secundario y terciario.

En este sentido, una preocupación importante es si se debería sensibilizar a las comunidades acerca de la utilización de los servicios de salud cuando estos funcionan en forma inadecuada. Las intervenciones mediante el Proyecto PASARE se diseñaron para mejorar la capacidad del personal de los puestos de salud a fin de identificar y manejar las emergencias obstétricas a nivel primario, mejorar las habilidades en la entrega de servicios de planificación familiar y fortalecer la capacidad para comunicarse efectivamente con los pacientes individual y comunalmente. Sin duda alguna, las intervenciones mejorarán el funcionamiento del sistema de salud, reconociendo sus limitaciones de corta duración de las capacitaciones, poca práctica clínica supervisada con pacientes reales, y un enfoque en los procesos de comunicación más que en los mensajes y contenidos específicos de salud que necesitan ser promocionados en la comunidad. Necesitamos determinar si las grandes diferencias en la cobertura de los servicios de salud, niveles de conocimiento y prevalencia anticonceptiva entre las dos provincias del estudio se debían en mayor grado a la gran diferencia en el nivel educativo de las mujeres o al hecho de que 8 de los 12 pueblos del estudio en Castrovirreyna tenían un médico y/o enfermeras y obstetrices profesionales, en comparación con Acobamba, donde sólo 1 de los 12 pueblos contaba con esos servicios.

¿Aumentaría la utilización de los servicios de salud en Acobamba si se mejorara la disponibilidad de personal profesional de salud? La

evolución del uso del control prenatal en Acobamba durante los últimos cinco años (véase figura 1) sugiere que el hecho de haber contado con mayor número de servicios de salud, además de otros incentivos proporcionados para buscar el control prenatal, fue un factor importante para mejorar la cobertura. Sin embargo, si el control prenatal fue eficaz para identificar a las mujeres con perfiles de alto riesgo y/o con signos y síntomas de desarrollar complicaciones durante el embarazo, ¿no habría habido mayor incentivo por parte de las mujeres para buscar un servicio de salud formal para dar a luz? Aquí entran los temas de percepción de la calidad en los servicios de salud.

El hecho que altas proporciones de mujeres actualmente estén recibiendo por lo menos un control prenatal ofrece una gran oportunidad para proporcionar intervenciones preventivas y llegar a ellas con micronutrientes que han probado proteger a las mujeres contra la morbilidad y mortalidad materna: especialmente el sulfato de hierro y la vitamina A, los que preferiblemente deberían suministrarse, junto con otras vitaminas y minerales, en un suplemento multivitamínico.

Por otro lado, el uso de promotoras comunitarias de salud especialmente capacitadas para identificar mujeres con alto riesgo y signos de peligro en el embarazo y parto, ¿sería una estrategia efectiva en estas poblaciones para iniciar y fomentar comportamientos de búsqueda de servicios de salud cuando es necesario?

Un mayor desarrollo de un sistema de referencia basado en la comunidad debe incluir tambien la participación de hombres como pareja de las parturientas que ayudan en las decisiones de la familia sobre la búsqueda de servicios de salud. Nuestro estudio mostró el papel crítico del esposo en la atención de los partos y como acompañante de su pareja al servicio de salud cuando es necesario. Un sistema de referencia basado en la comunidad también debe incluir líderes comunales, quienes desarrollarían respuestas de emergencia y un sistema de transporte para evacuar a las mujeres con complicaciones hacia el servicio de salud con capacidad resolutiva más cercano. Además, el sector salud podría y debería proporcionar un sistema simple de comunicaciones por radio, que uniera los puestos de salud con los centros de salud, de manera que los técnicos de los primeros cuenten con medios para pedir apoyo de emergencia y/o recibir instrucciones inmediatas para resolverlas.

Un sistema efectivo de referencia, que salvaría las vidas de las madres, debe tener el respaldo de un servicio de salud secundario que proporcione las "funciones obstétricas esenciales" (FOE), las cuales deben incluir, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud: *1)* cirugía obstétrica; *2)* anestesia; *3)* tratamiento médico; *4)* transfusión de sangre; *5)* procedimientos manuales y monitoreo del parto;

6) manejo de mujeres con alto riesgo; *7)* apoyo en planificación familiar, y *8)* atención neonatal especial (OMS, 1991). Nuestro inventario de personal, suministros y equipo de los servicios de salud, otro componente de nuestro estudio de base en Huancavelica, mostró una terrible carencia de estos requerimientos en los tres centros de salud en las áreas de estudio: Tantará y Huachos en Castrovirreyna, y Paucará en Acobamba (Noble, 1997). Los pueblos del estudio en Castrovirreyna están a unas ocho horas de distancia, por transporte público, del centro de referencia de emergencias más cercano, en la ciudad de Chincha. La población del área de Paucará está entre una y cinco horas de la capital del distrito de Acobamba (la cual tiene un minihospital que no está completamente equipado para las FOE básicas) y está mucho más lejos del hospital regional de referencia en la capital del departamental de Huancavelica. El transporte público no es frecuente hacia y desde todos estos centros poblados. El costo de acceder a estos establecimientos de referencia es otra barrera que en la mayoría de los casos es insuperable para la población rural. En este departamento, en su mayor parte rural y con una economía sin dinero, sólo 10% de los pacientes son exonerados de pago en el Hospital Regional de Huancavelica.

Los innumerables mejoramientos del sistema de salud que fortificarían el sistema de respaldo para los servicios comunitarios de salud reproductiva (mayor capacitación, equipamiento, abastecimiento continuo, subvenciones para la exoneración de pagos, mejores sistemas de financiamiento, logística, supervisión y monitoreo/evaluación, y otros) depende de que el nivel central tenga como prioridad las regiones rurales y de la redistribución de los recursos en todo el país. Estas acciones sólo se cumplirían con la actual política del sector salud de equidad en la entrega de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1996), y no deberían ser aplazadas por más tiempo.

Referencias

Bongaarts, J. y Bruce, J. "The causes of unmet need for contraception and the social content of services". *Studies in Family Planning*, Mar.-Apr., 1995; 26(2): pp. 57-75.

Carrasco, E. *Resultados del autodiagnóstico por mujeres comunitarias en el departamento de Huancavelica bajo el Proyecto ReproSalud.* Presentación ante la Oficina de Salud, Población y Nutrición, USAID/Perú. Manuela Ramos, Lima, 20 de octubre de 1997.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar del Perú-1996 (ENDES III). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro Internacional, 1997.

González, A. y Schwarcz, R. "Avances sobre riesgos en la atención materno-infantil", *Tecnologías Perinatales*. Publicaciones Científicas CLAP No. 1202. Washington D.C.: Centro Latinoamericano de Perinatología, Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de Salud, 1990.

González, H. *Resultados del estudio de base sobre la salud reproductiva en Huancavelica: Estudio cualitativo de Acobamba*. Presentación ante la Oficina de Salud Población y Nutrición, USAID/Perú. Population Council, Lima, 20 de octubre de 1997.

Kwast, B.E. "Building a community-based maternity program". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1995; 48 Suppl.: S67-S82.

Maynard-Tucker, G. *Why Peruvian Quechua-speaking Indians fail to use modern contraception*. (Unpublished document). UCLA Department of Anthropology, 1986.

Ministerio de Salud. *Política de Salud 1995-2000: Hacia la equidad, eficiencia y calidad en salud*. Lima: Ministerio de Salud, 1996.

Noble, J. *Resultados del estudio de base sobre la salud reproductiva en Huancavelica: Inventario de los servicios de salud*. Presentación ante la Oficina de Salud, Población y Nutrición, USAID/Perú. Population Council, Lima, 20 de octubre de 1997.

Nortman, D. "Measuring the unmet need for contraception to space and limit births". *International Family Planning Perspectives*. Dec., 1982; 8(4): pp. 125-134.

Pick, S. y Collado, M.E. *Factors affecting the safe provision of IUDs in resource-poor settings: A community-based study in Mexico*. Presentado en la Reunión Annual de la Asociación de Población de America, New Orleans, Louisiana, May 9-11, 1996.

Ravindran, R.K.S. "Users' perspectives on fertility regulation methods". *Economic and Political weekly*. Nov. 13-20, 1993: pp. 2508-2512.

Robey, B., Ross, J. y Bhushan I. *Meeting Unmet Need: New Strategies. Population Reports*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, September 1996; Series J, Number 43.

Rutenberg, N. y Watkins, S.C. *Conversation and contraception in Nyanza Province, Kenya*. Apr. 30, 1996: 31 p. (en prensa).

Simmons, R. "Women's lives in transition: A qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh". In: Simmons, R. y Mita, R. *Women's status and family planning in Bangladesh: An analysis of focus group data*. Final Report. New York: Population Council, Feb. 1995: pp. 31-64.

Valverde, R. *Resultados del estudio de base sobre la salud reproductiva en Huancavelica: Estudio cualitativo de Castrovirreyna. Presentación ante la Oficina de Salud, Población y Nutrición*, USAID/Perú. Population Council, Lima, 20 de octubre de 1997.

Westoff, C. "The unmet need for birth control in five Asian countries". *International Family Planning Perspectives*, May-June 1978; 10(3): pp. 173-181.

Organización Mundial de la Salud. *Elementos esenciales para la atención obstétrica en el primer nivel de referencia*. Génova: OMS, ISBN, 1991; 92 4 15 4424 4.

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.