



**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México**

**Acceso, Disponibilidad y Calidad de los Servicios de Planificación
Familiar en el estado de Morelos.**

Artículo

Que para obtener el grado académico de
Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud
Generación 2013-2015

Presenta:

Elizabeth Cárdenas Pineda

Directora de Tesis:

Mtra. Pilar Torres Pereda

Asesora:

Dra. Ileana Beatriz Heredia Pi

Lectora Externa:

Dra. Betania Allen Leigh

Cuernavaca, Morelos a 29 de enero de 2016

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO	6
OBJETIVO GENERAL	8
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
Tabla 1. Características de la población	9
Análisis de los datos.	10
RESULTADOS.....	12
Obtención de la información.....	12
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	14
Acceso.....	15
Disponibilidad.....	16
Calidad.....	19
Utilización.....	23
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS	33

RESUMEN

Objetivo: Describir desde la perspectiva y experiencia de las(os) usuarias (os), el acceso, disponibilidad y calidad de la atención recibida, durante la utilización de servicios de planificación familiar en unidades de primer nivel de los Servicios de Salud de Morelos.

Material y métodos: estudio descriptivo, transversal que utilizó un acercamiento cualitativo donde se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra de usuarias (os) de servicios de planificación familiar en unidades del primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Morelos. Se ocupó una muestra por conveniencia de 18 mujeres y un hombre de unidades de primer nivel de atención de salud que acudieron a los servicios de planificación familiar. La recolección de datos fue a través de un equipo de entrevistadoras. Se realizaron entrevistas semiestructuradas que abordó tres grandes temas: acceso, disponibilidad y calidad de la atención. Estos fueron divididos en 14 subtemas. El análisis de la información se hizo a través del software de análisis de datos cualitativos Atlas. Ti versión 7.5.

Resultados: los principales resultados con base en los tres grandes temas fueron: la obtención de la información se dio mayormente a través de las pláticas en los centros de salud y la escuela. El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos se ve limitado a la existencia de estos, siendo incompleta, los efectos secundarios son desconocidos por las usuarias, mientras que el conocimiento adquirido por medio de la experiencia de las redes de apoyo es mejor valorado. Existe acceso a los servicios de planificación familiar, pero la disponibilidad limita el acceso al método. El implante y el hormonal inyectable son los de mayor utilización, el DIU se vio ligado principalmente al evento obstétrico. La calidad en la atención se refleja en la disponibilidad del método y variedad para elegir, utilización forzada del DIU en el post evento obstétrico.

Conclusiones: Para el acceso; aunque en realidad el acceso aparenta ser bueno, existen inequidades entre mujeres beneficiarias y no beneficiarias de programas como PROSPERA y el Seguro Popular que presentan mayor ventaja a la hora de solicitar una cita de planificación familiar. Disponibilidad: los métodos más solicitados son el hormonal inyectable y el implante, sin embargo, son los referidos como más faltantes. La calidad de atención se ve mermada por la pobre calidad técnica del proveedor de servicio desde la perspectiva de las usuarias y utilización forzada del DIU en el post parto.

Palabras clave: planificación *familiar*, acceso, calidad de la atención, Morelos.

INTRODUCCIÓN.

La Planificación Familiar (PF) y la anticoncepción (AC), constituyen la base fundamental de la salud sexual y reproductiva, esto es gracias a los potenciales beneficios que otorgan a la sociedad y la salud. Algunos de estos beneficios incluyen, un crecimiento más ordenado de la población, la disminución de la pobreza y de la mortalidad materna e infantil, la prevención de infecciones de transmisión sexual y la disminución de los riesgos para la salud durante el embarazo, entre otros. La PF permite a las personas decidir sobre el número de hijos que tendrán y el espacio entre cada uno de ellos, esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.(1)

El Programa de Planificación Familiar en México es una prioridad porque pretende contribuir a que las personas alcancen una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual(2). Por otro lado, fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres y madres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico.(2)

La fecundidad general en México ha disminuido desde 1974 cuando era de 5.8 hijos por mujer, habiendo diferencias entre las mujeres que viven en zonas rurales y urbanas de 7.8 y 4.7 respectivamente(3). En este año se inició la implementación de los programas de planificación familiar, y luego de varios años, para 1987 este indicador era de 3.8, experimentando un continuo decrecimiento, llegando a ser de 2.28 hijos por mujer para el año 2011.(4)

La utilización de los métodos anticonceptivos según datos de la Encuesta Nacional De Dinámica Demográfica 2009 (ENADID) dice que la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se presentó de manera distinta en los diversos grupos de mujeres unidas: en las áreas urbanas, alrededor de 75.1% de las mujeres usa anticonceptivos y en áreas rurales el porcentaje correspondiente es 63.7%; el 28.8% de las mujeres sin hijos usaba anticonceptivos para retrasar la llegada del primero; 84.9% de las mujeres con tres hijos usa

anticonceptivos, la mayoría para limitar su descendencia(5). Asimismo, 60.1% de las mujeres en edad fértil sin educación usa anticonceptivos, mientras que asciende a 74.4% de las que tienen estudios pos básicos.(5)

Los métodos definitivos son los de mayor frecuencia relativa, la Oclusión Tubárica bilateral y la vasectomía, en su conjunto, representan el 53.2% de los métodos utilizados (50.1% y 3.1%, respectivamente); 13.6% de las usuarias utiliza métodos hormonales; 26.1% métodos no hormonales y 7% usa métodos tradicionales.(5)

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT)(6), el conocimiento de los métodos anticonceptivos en el estado de Morelos entre los adolescentes se distribuyó de la siguiente manera: 91.5% de la población de 12 a 19 años de edad escuchó sobre métodos anticonceptivos(6). De igual forma el 87.1% de los adolescentes de menor edad (12 a 15 años) informó haber escuchado de algún método, al igual que 96.8% de los de 16 a 19 años(6). En contraste, entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad, el 76.4%, en 2000, y 85.7%, en 2006, declararon conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, lo que muestra que a pesar del incremento en el conocimiento sobre la existencia de los métodos anticonceptivos, aún quedan brechas que disminuir en el conocimiento(6). Del total de adolescentes de 12 a 19 años que habían iniciado su vida sexual, 19.7% no utilizó ningún método anticonceptivo, este porcentaje es menor al nacional (22.9%)(6). De los que sí usaron algún método, 75.6% utilizó condón masculino(6). Si comparamos esta información con la obtenida en la encuesta de 2006, observamos que 42.5% de los adolescentes morelenses no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual y el 53.2% que lo hizo, usó el condón masculino.(6)

Entre la población adulta del estado de Morelos, es decir, de 20 a 49 años de edad, que utilizó algún método, 32.8% reportó el uso de condón y 3.3% de hormonales, el primero menor a la cifra nacional y el otro ligeramente mayor (35.8 y 3.2%, respectivamente)(6). De los adultos que sí utilizaron método anticonceptivo en su última relación sexual, el 26.0% usó condón masculino, mientras tanto, el uso de hormonales fue de 7.0% y el de oclusión tubaria bilateral o vasectomía de 6.9%.(6)

En relación a la utilización de Anticoncepción Post Evento Obstétrico sabemos que en México las coberturas de APEO pasaron durante el periodo de 2006 a 2011 del 43 al 55% y la meta estimada para el 2012 fue del 70%(7). Mientras que la Encuesta Nacional de Salud y

Nutrición 2012 nos dice que la distribución porcentual de uso de APEO en mujeres adultas fue de 57.2%, según esta misma encuesta las coberturas alcanzadas entre las adolescentes fue sólo del 48%(8). Un estudio realizado por Heredia y Cols(9) muestra las coberturas nacionales de APEO estratificando por quintiles de nivel socioeconómico y por grupos etarios, así como por lugar de residencia, tipo de seguro médico y tipo de hogar (indígena y no indígena). Los resultados obtenidos en este estudio revelan la inequidad que existe entre los diferentes grupos. Las coberturas de APEO es de 0.50 en el Nivel Socioeconómico I (NS) y de 0.57 en el Nivel Socioeconómico V (NSV), mientras que en las mujeres con seguridad social es de 0.63, las que tienen Seguro Popular es de 0.55 y para las mujeres que se encuentran desprotegidas en cuanto a protección social en salud, la cobertura es de 0.53. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Adicionalmente, el estudio identifica diferencias significativas en relación a la condición indígena o no del hogar; para los hogares indígenas se identificó una cobertura de 0.49 y en los no indígenas de 0.58. Otras evidencias de diferencias evitables e injustas se identificaron en relación a grupos etarios para las mujeres adultas la cobertura es de 0.58 y para las adolescentes es de 0.47, casi duplicando la cobertura entre un grupo poblacional y otro.(9)

La evidencia disponible nos sugiere que existen problemas de acceso a los métodos anticonceptivos y diferenciales de utilización de acuerdo a grupos poblacionales, lo que sugiere inequidad en el acceso. Por lo que abordar este tema de una forma cualitativa que permita identificar algunas de las razones, desde el punto de vista de la y el usuario que favorecen estas inequidades.

El presente estudio se enfoca a describir, desde la experiencia y percepción de las y los usuarios de los servicios de PF el acceso al servicio, la disponibilidad de los métodos anticonceptivos y la calidad del servicio.

MARCO TEÓRICO

México cuenta con una trayectoria de más de 35 años en la promoción de Planificación Familiar, la cual fue impulsada por dos importantes cambios en el marco legal y de las políticas públicas(10). El primero, en 1973, cuando México se convirtió en el segundo país del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución Política, el derecho de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; esto se encuentra estipulado en el artículo 4º constitucional(10).

El segundo fue el planteamiento en 1974 de una serie de acciones para regular el crecimiento de la población dentro de la Ley General de Población.(10)

Los Servicios de planificación familiar, dentro de la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, comprenden los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos (temporales como hormonales orales, hormonales inyectables, hormonales subdérmicos, dispositivo intrauterino, de barrera y espermicidas y, permanentes que son la Oclusión Tubárica Bilateral y la Vasectomía)(11). Adicionalmente, se incluye, la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil.

En su artículo 5.1.3, la NOM 005-SSA2-1993 dice: *“La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo”*.(11)

En este contexto, el acceso a los servicios de planificación familiar se debe impartir a toda persona en edad reproductiva. Acceso, disponibilidad y calidad son determinantes clave para que las personas se interesen en la regulación de su fertilidad, adopten un método y mantengan su uso.(12) El acceso juega un rol esencial una vez que el individuo se interesa y hace contacto con los servicios de planificación familiar, es decir, la persona se encuentra “a la puerta” (ver Anexo), solicitando el servicio. Una vez que entra, o cruza la puerta, elementos como la calidad, la disponibilidad y barreras médicas o culturales, jugaran un punto clave que afectara la decisión de adoptar o motivar a continuar usando un método anticonceptivo.(12) El acceso a los servicios de planificación familiar es generalmente tomado en la medida en que un paquete adecuado de métodos y servicios anticonceptivos pueden ser adquiridos en un lugar dado.(13)

Una vez que el usuario accede a los servicios de planificación familiar, la calidad es el siguiente punto a superar. El marco de Bruce-Jain es el paradigma central de la calidad centrada en el cliente de los servicios de planificación familiar; define la calidad en 6 elementos fundamentales: la posibilidad de elegir entre diferentes métodos, competencia

técnica, entrega de información a los usuarios, relación interpersonal con el proveedor de servicios, seguimiento al cliente y la continuidad de la atención y la adecuada variedad de servicios, incluyendo una amplia variedad de métodos anticonceptivos que permita la libre elección de las(os) usuarias (os).(14)

La calidad puede medirse desde un nivel político, de prestación de servicios y desde la perspectiva del cliente.(15)

Aunque el marco de Bruce-Jain representa la base para el estudio de la calidad desde la perspectiva del cliente, para ampliar el conocimiento pretendemos agregar los componentes de Avedis Donabedian (estructura, proceso y resultado) al estudio de la calidad, lo que aporta una visión complementaria al marco.(16)

Donabedian propone tres amplios temas: Estructura, que hace mención a todos los atributos (materiales y organizacionales) relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención. Proceso: incluye todo lo que los médicos o proveedores pueden hacer por los pacientes , así como la habilidad con la que la llevan a cabo, incluyendo en este rubro se encuentra lo que los paciente pueden hacer por ellos mismos. Por el ultimo, resultados hace referencia a lo que se obtiene para el paciente, específicamente supone un cambio en el estado de salud, conocimiento sobre la enfermedad, cambios en la conducta que conducen a la salud y la satisfacción del paciente.(16)

OBJETIVO GENERAL

Describir desde la perspectiva y experiencia de las(os) usuarias (os), el acceso, disponibilidad y calidad de la atención recibida, durante la utilización de servicios de planificación familiar en unidades de primer nivel de los Servicios de Salud de Morelos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio descriptivo, transversal que utilizó un acercamiento cualitativo donde se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra de usuarias (os) de servicios de planificación familiar en unidades del primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Morelos.

Muestra: se realizó un muestreo intencional por conveniencia, de acuerdo a criterios de inclusión y basada en la búsqueda de casos ricos en información. El tamaño de la muestra se determinó a través del nivel de saturación teórica de datos descrita por Bertaux(17). Obtenida a partir de una base de

datos secundaria del proyecto: *Estudio para la determinación de la situación actual del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción como línea base para su comparación con evaluaciones del desempeño*(18), llevado a cabo en el periodo 2014-2015.

Criterios de inclusión para usuarias(os) de servicios de Planificación Familiar: mujeres y hombres identificados en las listas de citas programadas y que acudan los servicios de Planificación Familiar en los centros de salud participantes; mujeres (o sus parejas) identificados en las listas de citas programadas y acudan a consulta para seguimiento luego de un evento obstétrico (consultas de puerperio), durante el periodo que permaneció el equipo de campo en las unidades de salud. En ambos casos se consideró además como criterio que acepten participar en el estudio.

Tabla 1. Características de la población

Características	Porcentaje Rural	N Rural	Porcentaje Urbano	N Urbana
Edad				
≥18	85.7%	12	100%	5
≤17	14.3%	2	0%	0
Escolaridad				
Primaria o menos	38.6%	4	20%	1
Secundaria o más	71.4%	10	80%	5
Estado conyugal				
Unidas	100%	14	40%	2
No unidas	0%	0	60%	3
Sub-Totales	100%	14	100%	5
Totales		19		

Recolección de datos.

Los datos fueron recogidos por un equipo de entrevistadoras cualitativas capacitadas previo al trabajo de campo. Las entrevistas se llevaron a cabo en un lugar elegido por el demandado cuyas condiciones cuidaran su confidencialidad. Las entrevistas se basaron en un guía de discusión que cubría el principal tema explorado en este trabajo, el acceso, la disponibilidad y la calidad de los servicios de planificación familiar, que son narraciones de las y los participantes a través del cual se exploran los siguientes temas: las dificultades para acceder a una consulta de planificación familiar, el conocimiento sobre la variedad de los métodos que se ofertan, disponibilidad del método elegido en el centro de salud, calidad de la atención por parte del proveedor, así como acceso a la información sobre los métodos de planificación familiar. Otros temas explorados durante la discusión con los participantes fueron: lugar donde se le atendió (limpieza, privacidad, respeto a sus derechos);

conocimiento sobre efectos secundarios; historias de adquisición (cómo compran o reciben anticonceptivos modernos); experiencia de categoría (pasados y presentes experiencias y otras conductas de competencia); conocimiento y acceso a la información sobre anticonceptivos (talleres, escuela, medios de comunicación); Redes de apoyo (lazos emocionales con anticonceptivos específicos por influencia de familiares o amigos).

Análisis de los datos.

Obtención de la información: Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas a usuarios y usuarias de los servicios de planificación familiar, que aceptaron participar en la investigación. Estas entrevistas fueron audiograbadas, con el consentimiento previo de la o el participante.

Captura, transcripción y ordenamiento de la información: Las entrevistas recolectadas se transcribieron en archivos Word, se pasaron al programa de análisis cualitativo Atlas Ti® V7, dónde se elaboró un libro de códigos que se conformaba de 14 códigos construidos a partir de conceptos clave derivados tanto de las guías de entrevista semi-estructurada como del contenido del discurso de los informantes, además se crearon 4 códigos in vivo.

Los códigos utilizados se agruparon, después de una primera lectura de los datos en 5 códigos generales bajo los cuales los códigos conceptuales fueron analizados. Los 14 sub-códigos fueron:

- I. Obtención de la información: Métodos conocimiento, Métodos Conocimiento de Efectos Secundarios, Métodos Conocimiento Erróneo, Métodos Información (Obtención de la información), Información sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- II. Utilización: Métodos Uso, Métodos uso de Pos Day.
- III. Acceso: Métodos Acceso, Métodos Disponible, Métodos Pago, Métodos Restricciones, Acceso Servicios de Planificación Familiar, Servicios Privados.
- IV. Calidad: Servicios Calidad.
- V. Códigos in vivo: Planificación, Red Apoyo, Sugerencias Mejora y Violencia Obstétrica.

Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación: una vez construido el libro de códigos, se procedió a codificar las entrevistas, realizando conforme la codificación, la elaboración de “memos” para los códigos.

Para el caso de los y las usuarias se buscó, desde una perspectiva teórica construccionista(19) comprender las dimensiones de: acceso, disponibilidad y calidad. “La naturaleza del paradigma constructivista busca descifrar las construcciones de la realidad, es decir no parte de una realidad fija

sino ‘construida’ con base en las percepciones, experiencias y significados de los sujetos y es consciente del papel que el investigador u observador tiene como interpretador de la misma. La meta del constructivismo es el entendimiento y la reconstrucción de las realidades socialmente sostenidas(20).

Análisis de la información: Para el presente estudio se realizó análisis de contenido. El análisis de contenido se basa en la deducción, en la inferencia, busca significaciones, interacciones, patrones de razonamiento y sobre todo busca fragmentos de texto que expresen el contenido de las construcciones sociales. Es decir, parte de una lectura de primera intención que nos permite observar los temas recurrentes así como los temas emergentes e ir en busca de fragmentos del discursos que contienen significados, patrones de razonamiento, patrones de interacción entre personas, con la finalidad de alcanzar un nivel más profundo que supera los significados explícitos, en el que al final, el texto es un pretexto(21). El texto lo usamos para encontrar el contenido, las construcciones o representaciones sociales, pero no analizamos las palabras sino la forma de nombrar y por ende, el contenido implícito en los discursos y sus significados (17).

Estructuración de resultados: Se leyeron los 14 códigos donde se encontraron relaciones entre cada uno de ellos que concluyeron 5 grandes temas: obtención de la información, conocimiento, acceso y restricciones, calidad y utilización. El primer gran tema fue obtención de la información, que incluye tres subtemas: los diferentes medios de los cuales los(as) usuarias(os) se basaban para saber de algún método; medios de comunicación (TV, Radio, Internet), escuela (profesores, personal de salud que acude a dar pláticas), el propio centro de salud a través de talleres que se dan cada mes, así como la red de apoyo de las personas. Esta última puede dar información que no siempre es correcta para tomar una decisión, por lo que se incluyó información errónea también. El segundo tema es el conocimiento: basado no sólo en la existencia de los métodos anticonceptivos y su uso, sino también efectos secundarios. El acceso a los servicios de planificación familiar, así como a los métodos anticonceptivos es un gran tema que está influido por la disponibilidad de los métodos y su falta que implica un pago por ellos. Las restricciones son el tema que habla sobre lo que las usuarias dijeron respecto a sus dificultades para recibir una consulta de planificación familiar; la capacidad de atención que se ve influida por los requisitos que debe explicar el proveedor de salud, es decir, las indicaciones clínicas para el uso de un método y los documentos que se requieren para la apertura de un expediente clínico, por ejemplo, la póliza del Seguro Popular, todo esto lleva a tiempos de espera prolongados que incurren en el cambio de método o el abandono de este. La disponibilidad es un tema dentro del acceso, donde se observa que los métodos favoritos de los usuarias son también los que incurren en mayor desabasto (implante e inyectable), lo que obliga a la usuaria a comprar su método, por otro lado tenemos que no sólo el medicamento (método anticonceptivo) ha llegado a faltar, sino los

insumos necesarios para la aplicación de estos, como en el caso de las jeringas, que han sido necesario comprarlas fuera del centro y regresar a su aplicación en él. Para la utilización observamos que los métodos de mayor utilización son el hormonal inyectable seguido del implante y el DIU, aunque este último es elegido posterior a un evento obstétrico. Por último tenemos el tema de calidad, donde los temas abordados son la calidad técnica, desde la perspectiva de la usuaria y el trato digno.

Los resultados se agruparon y se representaron de manera gráfica que ilustra la relación entre el servicio, la calidad y la utilización de los métodos anticonceptivos. Este esquema grafico fue resultado del análisis de los datos, refleja las relaciones que los discursos de los usuarios revelan respecto al acceso, disponibilidad y calidad de la atención y permite estructurar los resultados de la presente investigación.

De esta forma, el esquema 1 ‘adentro / afuera’ servirá como un marco gráfico de referencia que ilustra las relaciones conceptuales entre las dimensiones sociales y la realidad experimentada por las y los usuarios respecto a los servicios, al acceso y utilización de los MAC.

Por tanto, los resultados se estructurarán siguiendo el camino argumentativo del esquema ‘adentro / afuera’ creado ad hoc para la presente tesis. Se presentarán inicialmente el acceso y la disponibilidad, así como la calidad de la atención, para posterior discutir con la literatura los resultados. Una vez presentados los temas bajo la lógica antes expuesta, se discutirá la experiencia en el acceso y disponibilidad de las usuarias (os) de los centros de salud participantes para concluir con calidad de la atención.

RESULTADOS.

Es necesario comprender los elementos que explican la utilización de los métodos anticonceptivos que son en primer lugar, la obtención de la información sobre los métodos anticonceptivos, elemento inicial y necesario para su búsqueda, seguido de ello, se hablará del conocimiento que se obtiene por estos medios. Ambos, tanto fuentes de información como conocimientos obtenidos son antecedentes directos del acceso, tanto a los servicios como a la utilización de los MAC. Se destacarán las restricciones que el acceso a los MAC representa en esta población para finalmente, poder explicar tanto el uso de los MAC como la calidad de los servicios que la acompañan en la población participante del estudio.

Obtención de la información.

Las y los usuarios de los servicios de planificación familiar obtienen información por diversos medios, en primer lugar se declaran los Servicios de Salud, seguidos por la escuela. Del total de los y las entrevistadas (19), 16 hablaron respecto a cómo obtienen la información

respecto a los métodos anticonceptivos. Las pláticas dadas por el personal de salud cada mes resulta el medio de información más nombrado y en ellas quienes están involucrados en impartir la información son médicos y enfermeras. Lo anterior lo podemos ver en los siguientes testimonios de dos mujeres rurales de 17 y 20 años respectivamente, quienes mencionan donde se les da la información:

e: ¿y no hay pláticas?
u: si
e: ¿y esas cada cuanto las hacen?
u: cada mes
e: ¿y tú has venido cada mes?
u: cada dos meses me tocaba, pero si veníamos
e: ¿quién venía?
u: hay muchas que vienen a las platicas
Mujer, rural, 17 años, implante.

No sólo las pláticas en los centros de salud son fuente de información para las usuarias, sino también la escuela, dónde se ha visto que una chica que recibe información en la escuela parece estar incentivada para seguir en la búsqueda de la información, por medios de comunicación masiva o incluso en el mismo centro de salud. Esto podemos verlo en los siguientes testimonios de mujeres que obtuvieron información de la escuela:

e: oye y por ejemplo, ¿todos los métodos que tú conoces, casi todos te informaron aquí, en las pláticas? o de otros te enteraste por otro lado?, por ejemplo
u: ummm yo me entere pues, fue aquí, pero también busque información por mis medios, en la escuela y así
e: ¿y donde crees que encontraste la mejor información?
u: este... buscando la información yo misma
e: ¿pero dónde la encontraste?
u: en libros más que nada
e: ¿en libros de la biblioteca?
u: no, de la escuela...
Mujer, rural, 19 años, inyectable

E: oye... y por ejemplo, a parte de aquí con la doctora ¿en algún otro lugar escuchaste información sobre los MAC?
U: si, en la escuela. Ajá, nos fueron platicando de eso.
E: ¿y quienes les platicaban de eso?
U: los maestros y a veces las enfermeras iban a platicarnos de eso, sobre el embarazo, los anticonceptivos, ajá.
E: ¿Cómo qué información recuerdas que te daban?
U: este... como, ahorita como somos jóvenes, pues dijo que nos cuidemos porque podríamos contraer alguna enfermedad o un embarazo no planeado y fue cuando nos fue presentando los anticonceptivos que podíamos usar, así como las pastillas, las inyecciones, el DIU, el implante, ajá, y nos fue explicando cómo se ponen, como funcionan.
Mujer, rural, 18 años, DIU

A pesar de que cuentan con medios de obtención de información, ésta no es completa, pues sólo se limitan a informar sobre la existencia y uso de los métodos anticonceptivos en el

centro de salud. Como lo muestra el testimonio de esa mujer de 21 años, usuaria del hormonal inyectable bimensual:

E: ¿Qué información le dieron a usted la primera vez que solicitó su MAC? Hablando de la inyección... ¿le dijeron como usarla, le dijeron cuáles son los efectos? ¿Se acuerda más o menos? ¿Me puede contar como fue?

U: vengo a ponérmela cada dos meses para que ya no tenga más hijos, por eso vengo pues a ponerme las inyecciones

E: ¿Qué personal del centro de salud le dio la información?

U: las enfermeras

E: Cuando le dieron la información ¿le hablaron sobre las ventajas y desventajas de estos MAC?

U: no

E: ¿solamente le dijeron como usarlos?

U: si

Mujer, rural, 21 años, inyectable.

Las barreras encontradas para la obtención de la información son principalmente intrínsecas, “la pena a preguntar”, “murmuraciones”, son las imperantes. El testimonio de esta joven de 19 años nos habla de esto:

e: ¿y te pareció buena la información o tú como viste?

u: si

e: ¿completa?

u: si completa, pero yo vi que varios así se quedaban, igual y callado acerca de alguna duda, igual y por pena, no sé

e: bueno, no crees, que había más dudas, porque a veces te platican algo y a veces te quedan más dudas de lo que te aclaran. ¿Para ti cómo fue?

u: si, si fue claro. Pero yo más que nada vi que los jóvenes no participaban, nada más les preguntaban algo y se quedaban callados, no sé si era por pena, porque no lo sabían, no sé en realidad.

Mujer, rural, 19 años, inyectable

E: ¿alguna vez acudiste a algún servicio de planificación familiar?

U: ¿aquí en el centro de salud? No, a ninguno

E: ¿en otro lado si?

U: si

E: ¿A dónde fuiste?

U: fui a una clínica particular

E: ¿Por qué decidiste agarrar un servicio de esos?

U: en realidad no sé, bueno si, porque aquí la gente de repente murmura... y como es un pueblo chico, pues aquí la gente se entera de todo

E: ¿por eso decidiste ir por un método privado?

U: si

Mujer, rural, 19 años, inyectable

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

La mayoría de las y los entrevistados mencionaron conocer los métodos anticonceptivos, de estos, los mayormente identificados son los métodos hormonales inyectables, sumados a estos; el parche, el condón y el Dispositivo Intrauterino (DIU). El conocimiento de los

métodos temporales impera sobre los definitivos, sólo dos usuarias los refirieron durante las entrevistas.

como podemos observar en los siguientes testimonios en que se revela por un lado la pobre información que se ofrece sobre los MAC y por otro lado, la difusión del conocimiento mediante la experiencia vivida por las redes de apoyo:

E: ¿qué les han dicho en las pláticas? ¿Nada más les dicen cómo es?

U: nada más nos platican, no nos han dicho que quienes los pueden utilizar

E: ¿pero qué les dicen?

U: el condón para los hombres, estos son para las mujeres

E: ¿Cuáles son para las mujeres?

U: este... el implante, las pastillas y las inyecciones

E: ¿para las mujeres?

U: sí, y también hay condones para mujeres, eso es lo que nos han dicho.

Mujer, rural, 17 años, implante.

e: sobre el conocimiento que tiene usted sobre MAC, ¿cuáles son los métodos que conoce?

u: el condón, el DIU, las pastillas, este... hay otros que no sé cómo se llama, que lo ponen aquí

[Señalando el brazo]

e: ¿y si conoces como se pone y eso?

u: no, solo sé que, porque sí, mi prima tiene uno y sé que ahí va

e: ¿conoce algún problema para usar métodos anticonceptivos?

u: no, no conozco ningún problema

Mujer, urbana, 23 años, preservativo.

e: ¿conoce algún problema al utilizar estos métodos anticonceptivos?

u: ¿problema?

e: algún efecto secundario, hablando de algún efecto secundario como dolor de cabeza, vómito..

u: no

Mujer, Urbana, 29 años, Parche

e: ¿usted conoce algún efecto adverso, digamos, algún problema que causen los métodos anticonceptivos?

Como mareos y vómito...

u: no, no sé

Mujer, Rural, 29 años, OTB

Acceso.

De las 19 entrevistados/as, 18 hablaron sobre el acceso a los servicios de planificación familiar, ya que sólo una usuaria habló sobre su preferencia a utilizar los servicios privados.

La mayoría de los usuarios/as dijeron que era fácil para ellos/as acceder a una consulta de planificación familiar. Dentro de los requisitos solicitados, sólo pedían que se anotaran en una lista para poder llevar un control del método otorgado. Entre otros se mencionó la póliza

del Seguro Popular. El requisito imperante para acceder al servicio de planificación familiar fue: tomar un turno, es decir, tener una cita. A continuación lo vemos en los testimonios:

e: ¿ alguna vez has venido a una cita de planificación familiar?

u: eh... si

e: ¿Cómo le hiciste para obtener esa cita o como fue esa cita de planificación familiar?

u: más bien, saque ficha

e: eeeh ¿le pediste a la enfermera y te la dio?

u: si

e: ¿quién te dio la consulta?

u: la doctora

Mujer, rural, 16 años, DIU

E: bueno, pues usted ya me dijo que es fácil, ¿verdad?, ¿qué requisitos le pidieron la primera vez que usted solicitó un MAC?

U: pues no, nada, sólo el Seguro Popular

Mujer, Rural, 21 años, inyectable

E: ¿usted ha recibido servicios de planificación familiar aquí en el centro de salud?

U: ajá si

E: ¿usted considera que le fue fácil acceder a estos servicios? ¿Qué le dieran la información fácilmente?

U: no, fácil

E: ¿cómo obtuvo su cita de planificación familiar?

U: vine a sacar una ficha con el doctor pues

E: ¿tomó turno y ya le dieron su cita?

U: ajá si

Mujer, rural, 31 años, OTB

Disponibilidad.

Una vez que una mujer accede al servicio de planificación familiar, la utilización de un método, es decir, el acceso al método, estará en dependencia de que se encuentre o no disponible y pese a que en su mayoría las usuarias declararon no percibir barreras de acceso, la única barrera presentada pero que tiene central importancia para nuestro estudio es la disponibilidad de los métodos elegidos. Cuando una mujer decide utilizar un método anticonceptivo y este no se encuentra en el stock por el momento, lo que sigue es ofertar un método que si se encuentre disponible en el momento o que ella adquiera de manera particular el método de su preferencia. Lo anterior, aunque pareciera una práctica razonable puede resultar en una importante barrera de acceso a los MAC y sin duda representa un elemento a considerarse en términos de la calidad del servicio ofrecido a las usuarias.

Aunque a algunas mujeres deciden optar por comprar el método anticonceptivo en lugar de cambiar su método o esperar a que se encuentre disponible, lo que hace incurrir en gasto de bolsillo a estas mujeres, quienes no tienen la capacidad adquisitiva pueden verse en una

situación que vulnera su derecho a la anticoncepción que eventualmente puede verse traducido en un embarazo no planeado. En los siguientes testimonios podemos escuchar en la voz de diferentes mujeres, cómo el método de su elección (implante) suele no estar disponible y por tanto, cómo bajo tales circunstancias, deciden usar un método que no es de su preferencia, disminuyendo de forma importante la calidad de la atención recibida

P: ¿Aquí en el centro de salud siempre está disponible?

R: No

P: ¿Qué usted hace para cuando no está disponible, usted lo compra o le dan algún otro método?

R: Comprarle o nos dicen que tenemos que esperar a que haya, si no lo compro pues entonces cambiar de método por mí o sea no porque me lo den aquí pues

Mujer, Urbana, 29 años, parches

P: cuando tuvo el implante... ¿quién se lo recetó?

R: aquí escuche que estaban poniendo eso y por eso vine a preguntar si había, dos veces, a los dos... una vez dicen que no mandaban mucho, nada más se venían a anotar, esa vez no me tocó, esa vez vine y me lo pusieron, me vine a anotar pues.

Mujer, Rural, 35 años, Inyectable

P: y por ejemplo... ¿si tienen los medicamentos?

R: a veces no. Como el que yo quería, no

P: ¿te dijeron que te esperarás?

R: que venga a preguntar

P: ¿y ahorita ya está?

R: no

P: ¿pero tiene que estar el implante y tiene que coincidir con tu periodo?

R: si

Mujer, rural, 20 años, inyectable.

E: ¿ahí el doctor no te sugirió que hay algunos métodos para no tener hijos o para espaciar los embarazos?

U: si

E: ¿sí? ¿Qué te dijo?

U: que... que si quería, que si tenía la idea de que me cuidara, pues para no tener hijos, el implante, cuando tenga mi hija 3 meses.

E: ¿te dijo que te lo podía poner cuando tu hija tuviera 3 meses?

U: si

E: ¿Por qué?

U: dice que les hace daño si otro, le da otro método como las inyecciones o las pastillas. Y vine cuando me puso la cita, tenía 4 meses y dice que ¡no hay!

E: ¿no te pusieron nada?

U: no

E: ¿no te ofrecieron otro método?... ¿no te dijeron... “bueno, no hay implante, pero te podemos ofrecer otra cosa”?

U: si, pero dice que cuando este reglando que venga para ponerme las inyecciones.

Mujer, rural, 20 años, inyectable

En algunas ocasiones, no es el método el que falta, sino el material desechable, que aunque pareciera ser barrera de orden menor, pone a las usuarias en una situación de falta de

confidencialidad y de riesgo de no ocupar el método, sea por no tener los medios para obtener el material desechable, sea por no querer develar sus decisiones reproductivas con sus redes de apoyo:

u: cada mes, cada mes estaba yendo

e: ¿y nunca les faltó...?

u: no, cuando no tenían jeringa me la daban para que yo me la pusiera

e: O sea, el inyectable si lo tenían, nada más lo que les llevo a hacer falta era...

u: la jeringa

e: ya nada más te la daba y tu ...

u: yo me la ponía, si

Mujer, urbana, 18 años, implante

Tal vez, la disponibilidad debería ser la mayor de las restricciones, sin embargo, cuando se les entrevistó a las y los usuarios, no la vieron como una barrera. Ellas/os, no identificaron como tal una restricción, tal parecía que el término no lo asimilaban como algo negativo. Pero las barreras que ellos nos hablaron fueron: indicaciones clínicas del método anticonceptivo, por ejemplo, la usuaria debe venir cuando se encuentre menstruando para que se le coloque un hormonal inyectable; no les era informado como debían ir preparadas y perdían hasta un mes para poder volver por el método elegido. Por ejemplo, una mujer que solicitaba el inyectable, debía ir en el primer día de su menstruación, si esto no ocurría así, debía regresar hasta el mes entrante. Lo que se ve circunscrito a los tiempos de espera, los requisitos médicos, la póliza del Seguro Popular y la capacidad de atención.

e: bueno, usted ya me dijo que es fácil, ¿verdad? ¿Qué requisitos le pidieron la primera vez que usted solicito un método anticonceptivo?

u: pues no, nada, solo el Seguro Popular

e: ¿usted sabe si otras personas a parte de usted pueden acceder aquí a los servicios de PF?

u: si, aquí nos los dan

Mujer, rural, 21 años

e: en la relación al acceso a los métodos, ¿considera que es fácil acceder a los métodos aquí en el Centro de Salud?

u: pues, pues no. Aquí te los otorgan, vienes y te los otorgan, nada más te anotan en la lista, en una hoja y pues te los otorgan así, nada más te anota para llevar el control de cuantos dieron y así

e: ¿entonces si es fácil?

u: aja

e: ¿qué requisitos le pidieron la primera vez que solicito algún método?

u: pues solamente que diera mi nombre y mi edad

Hombre, urbano, 18 años

Las restricciones identificadas se limitan principalmente a barreras organizacionales, como sacar un turno, llevar la póliza del Seguro Popular y el tiempo de espera que conllevan las

indicaciones médicas. Pero no pudimos encontrar que no se les atendiera por algún motivo de tipo racial, ideológico, político o social.

Calidad.

La calidad centrada en perspectiva del usuario o cliente, desde el marco teórico de Donabedian y Bruce-Jain (1990). Las barreras en materia de calidad desde el marco de Donabedian que se identificaron son:

Organizacionales: tiempos de espera por indicaciones clínicas. Como le vemos en el siguiente testimonio de una mujer que espero más de 4 meses para recibir un método y le hicieron esperar más por la indicación de menstruar para iniciarlo.

E: ¿ahí el doctor no te sugirió que hay algunos métodos para no tener hijos o para espaciar los embarazos?

U: sí

E: ¿sí? ¿Qué te dijo?

U: que... que si quería, que si tenía la idea de que me cuidara, pues para no tener hijos, el implante, cuando tenga mi hija 3 meses.

E: ¿te dijo que te lo podía poner cuando tu hija tuviera 3 meses?

U: sí

E: ¿Por qué?

U: dice que les hace daño si otro, le da otro método como las inyecciones o las pastillas. Y vine cuando me puso la cita, tenía 4 meses y dice que ¡no hay!

E: ¿no te pusieron nada?

U: no

E: ¿no te ofrecieron otro método?... ¿no te dijeron... "bueno, no hay implante, pero te podemos ofrecer otra cosa"?

U: sí, pero dice que cuando este reglando que venga para ponerme las inyecciones.

Mujer, rural, 20 años, inyectable

Estructurales: se identificó por medio del testimonio de algunas de las mujeres que los lugares donde se les proveyó de consejería eran lugares privados, limpios y adecuados para la atención. Como lo vemos a continuación:

E: y cuando, por ejemplo, te dieron la orientación y donde te pusieron el implante... ¿estaban bien las instalaciones?

U: uju, sí, fue aquí

E: ¿aquí? ¿En este lugar? [Señala sala de espera]

U: no, en el consultorio. Me refiero al centro de salud, este, pero igual, están bien los consultorios y donde te hacen las curaciones y eso, es de este lado y al fondo, está muy bien, muy limpio y todo.

Mujer, rural, 27 años, implante.

*E: este... ¿Cuándo te dan tus MAC en el lugar en el que estas, es un lugar privado, es un lugar limpio?
U: si, es un lugar privado y limpio
Mujer, rural, 22 años, inyecciones*

Materiales: dentro de los insumos llegaban a faltar se encontraban los desechables, lo que provocaba que una usuaria adquiriera el desechable y se le colocara en el centro o que se llevara sin aplicar por una enfermera capacitada el medicamento.

*u: cada mes, cada mes estaba yendo
e: ¿y nunca les faltó...?
u: no, cuando no tenían jeringa me la daban para que yo me la pusiera
e: O sea, el inyectable si lo tenían, nada más lo que les llevo a hacer falta era...
u: la jeringa
e: ya nada más te la daba y tu ...
u: yo me la ponía, si
Mujer, urbana, 18 años, implante*

Proceso: la capacidad técnica de un proveedor quedó mucho en entredicho cuando las mujeres refirieron que no se les hablaba de ventajas y desventajas de los métodos, además de que no se les explicaban efectos secundarios, cuando llegó a surgir una duda recibieron respuesta de tipo “quien sabe por qué será”. Hablar en la consejería sobre los métodos anticonceptivos post parto, u ofrecerles durante el momento de la vacunación del pequeño son tiempos adecuados para hacer oferta del servicio de PF. Estos dos casos fueron señalados en los testimonios. Sin embargo, que sólo se hable de la existencia de los métodos es una falta a la NOM.

*E: ¿Cuándo tuvo el implante, le daban citas de revisión?
U: no, nada más me dijeron que cuando me bañara me hicieras así [toca el sitio del implante y lo mueve en círculos], y así le hacía cuando me bañaba y entonces se tardaron para quitármelo, entró hasta dentro... en la primera el doctor ahí estaba conmigo y no, no podía, tardaba, como dos horas y me estaba... me decía: “ya no se puede, entro hasta dentro pues”. Como dos horas ahí buscando, lo jalaba pero ya no sentía pues mi mano... me pusieron anestesia.
E: pero... ¿estuvieron ahí mucho tiempo?
U: si, y estaba sangrando mucho y por eso me espante, dije ya no mejor, por eso ya no quise...
E: ¿y con esto de las inyecciones se ha sentido bien?
U: si, me he sentido bien. Estoy comiendo bien. Nada más que no me baja cada mes, ya les dije a las enfermeras y me dicen que es normal. Y yo les pregunte porque me dijo una vecina que se embarazo que se estaba poniendo la inyección pues, que se embarazo y les pregunte que si era cierto y me dijeron que ¡quién sabe porque será!
Mujer, rural, 35 años, inyectable.
E: ¿viniste a alguna cita?*

U: sí, a ponerle una vacuna al bebé
E: ¿ahí el doctor no te sugirió que hay algunos métodos para no tener hijos o para espaciar los embarazos?
U: sí
E: ¿sí? ¿Qué te dijo?
U: que, que si quería, que si tenía la idea de que me cuidara, pues para no tener hijos, el implante, cuando mi hija tenga 3 meses.
Mujer, rural, 20 años, inyectable.

Imperan viejos conceptos sobre los métodos anticonceptivos entre los proveedores, lo que indica falta de capacitación continua. Según el testimonio una usuaria, su médico/a posterga el uso del implante mientras la mujer se encuentre amamantando. Como lo podemos ver en el siguiente testimonio de una mujer que le fue colocado el DIU a causa de esto:

E: ¿te hablaron de todo? ¿Del DIU que te dijeron? ¿Por qué te lo pusieron? ¿Era buena opción?
U: porque le iba a dar pecho a mi hija
E: para poder dar pecho...
U: ajá, con el implante no se puede, dicen... [Los médicos]
Mujer, Rural, 26 años, OTB

E: ¿ahí el doctor no te sugirió que hay algunos métodos para no tener hijos o para espaciar los embarazos?
U: sí
E: ¿sí? ¿Qué te dijo?
U: que... que si quería, que si tenía la idea de que me cuidara, pues para no tener hijos, el implante, cuando tenga mi hija tres meses
E: ¿te dijo que te lo podía poner cuando tu hija tuviera 3 meses?
U: sí
E: ¿Por qué?
U: dice que les hace daño si otro, le da otro método como las inyecciones o las pastillas. Y vine cuando me puso la cita, tenía 4 meses y dice que ¡no hay!
E: ¿no te pusieron nada?
U: no
E: ¿no te ofrecieron otro método?... ¿no te dijeron... “bueno, no hay implante, pero te podemos ofrecer otra cosa”?
U: sí, pero dice que cuando este reglando que venga para ponerme las inyecciones.
Mujer, rural, 20 años, inyectable

Existe una demanda inducida por parte del proveedor. El método que mayormente se oferta es el hormonal inyectable bimensual y el método mayor demandado es el implante subdérmico. Esto lo vemos en los testimonios de mujer que prefirieron usar el implante o que les fue indicado por su proveedor el inyectable:

E: ¿habías pensado en otra cosa o no pensabas cuidarte?
U: si lo había pensado, pero no quería esa [el DIU]
E: ¿Cómo cual hubieras preferido?
U: el implante

E: ¿pero ese no te lo habían ofrecido?

U: no

Mujer, rural, 20 años, DIU

E: cuando tuvo el implante... ¿Quién se lo receto?

U: aquí escuche que estaban poniendo eso y por eso vine a preguntar si había, dos veces, a los dos... una vez dicen que no mandaban mucho, nada más se venían a anotar, esa vez no me tocó, esa vez vine y me lo pusieron, me vine a anotar pues.

Mujer, rural, 28 años, inyectable.

E: ¿Quién te recomendó después de que te quitaras el DIU...? Te lo quitó una enfermera y luego... ¿Quién te recomendó...?

U: el doctor

E: el doctor, y ahí en esa cita ¿ahí te volvió a ofrecer todos los métodos anticonceptivos?

U: no, ahí ya nada más me dijo que si quería la ampollita o quería el condón

E: ¡esos dos!

U: ajá, ya porque le dije que la ampollita

Mujer, urbana, 18 años, inyectable.

E: ¿has utilizado algún MAC?

U: si

E: ¿Cuál?

U: la inyección... pero ahora cuando me alivie me pusieron el DIU

E: ¿y quién te había recetado la inyección?

U: la doctora

Mujer, rural, 16 años, Inyectable.

La calidad centrada en el cliente desde el marco de Bruce y Jain (1990)(22). Que un proveedor les oferte una variedad de métodos anticonceptivos, de modo que los y las usuarios puedan tener un mayor catálogo de elección. Vemos que este principio se ve mermado cuando no hay disponibilidad del método preferido o se les oferta una segunda opción por ser el único método que se encuentra abundante en el stock. En el siguiente testimonio de un chico de 18 años podemos ver que no conoce más métodos que el preservativo:

E: ¿Cuándo ha solicitado algún MAC han tomado en cuenta su preferencia por alguno?

U: no

E: ¿le han dado la oportunidad de elegir entre los diferentes métodos?

U: pues me preguntan que por cual vengo, de que yo sepa, pues nada más el condón, pero tengo idea de que den otro.

Hombre, urbano, 18 años, preservativo.

La entrega de información a las usuarias a través de folletos o las pláticas es un indicador de calidad para las mujeres, según el marco.

E: ¡ah! Hubo una plática en el centro de salud

U: si

E: ¡ah! ¿Y qué les dijeron ahí?

U: que hay varios métodos para que uno no se quiera embarazar pues y que si queríamos uno de los métodos para que nos lo pusieran, no dieran lo que íbamos a tomar, sea pastillas...

E: ¿y cuales les dieron a conocer ahí en esa ocasión?

U: este... el DIU, este... la ampollita esa del mes... la que es del brazo [el implante]...

E: ¿esos tres?

U: y el condón

E: y el condón...

Mujer, urbana, 18 años, inyectable.

Que un proveedor cuente con la calidad técnica para proveer un servicio de PF de calidad, así como el seguimiento a la mujer es bien valorado por ellas. Ofrecer además de los métodos anticonceptivos, información sobre ITS, aumenta la calidad del servicio y el apego a la normatividad nacional en materia de planificación familiar.

La calidad en los servicios de planificación familiar presenta grandes retos, desde la capacitación del personal de salud, hasta la formación de alianzas intersectoriales que garanticen la educación sexual en las escuelas. Una mujer percibe como un servicio de calidad el hecho de que no le sea negada la atención, que una enfermera no la regañe, aunque sus derechos no sean del todo respetados, por ejemplo al perderse que presente su afiliación al Seguro Popular para ofrecerle un método anticonceptivo. Puede valorar que le sea atendido rápido y su método se encuentre disponible, aunque esto no sucede, particularmente en lo que respecta a los métodos anticonceptivos de su preferencia (el implante sub-dérmico y la inyección). Lo anterior puede ser explicado por la “gratuidad” de los servicios que colocan como un bien menor a los Servicios de Planificación Familiar, sin embargo, no puede ser cuestión de suerte que una mujer reciba una atención de calidad y un trato digno a la hora de hacer efectivos sus derechos sexuales y reproductivos.

Utilización.

La mayoría de las usuarias, 18 de 19, utilizaron algún método anticonceptivo, mientras que el promedio de uso de MAC fue de 2 por persona. El MAC de mayor demanda es el implante

subdérmico pero el más utilizado fue la inyección bimensual. Cuando se trató de métodos definitivos sólo 2 mujeres se han realizado la OTB.

En la mayoría de las mujeres usuarias de un DIU, lo vemos asociado al pos evento obstétrico. Y que no ha sido el método de su elección, pero han sido convencidas para egresar con este del hospital.

E: ¿y ahí te habían dado alguna orientación también o te dijeron “te vamos a poner el DIU o ya te habían preguntado, platicado, si querías algo más para no tener hijos?

U: si, pero me dijeron que me iban a poner el... el dispositivo. Yo le dije que iba a ver, pero me lo pusieron.

E: ¿aunque no quisieras, o sea, no estabas tan segura?

U: no

Mujer, rural, 20 años, DIU

E: por ejemplo en el Hospital General, cuando le pusieron el DIU... ¿usted lo solicitó?

U: no, ellos me lo pusieron

E: ¿y cómo se dio cuenta usted de que se lo habían puesto?

U: porque me dijeron que si no me lo ponía me iban a operar

E: ¿ah sí? ¿Y después que pasó? ¿Me puede contar más o menos que pasó?

U: pues eso fue lo que me dijeron, que si no me pongo el DIU, me hubieran operado, pero no quise, pero me lo pusieron, ahí sí me obligaron.

Mujer, rural, 21 años, implante

E: ¿Cuál me dices que te recomendó más?

U: el DIU

E: ¿y eso porque? ¿Cómo? ¿Qué te dijo? ¿Por qué te lo recomendaba?

U: bueno, también me dijo porque ahí en el Hospital General si les tienen que poner, ajá, es como a fuerzas pues, les tienen que poner y pues me dijo que mejor me lo pusiera y si ya no quería tenerlo me lo podría retirar aquí y ponerme el implante, si yo quería, sino pues el DIU.

Mujer, rural, 18 años, DIU

Se hace énfasis en el uso de MAC por las adolescentes, porque ha habido casos desafortunados de embarazo adolescente y suicidio. El testimonio de esta mujer nos expresa lo sucedido:

E: ¿y usted qué opina? [Respecto a la información de MAC a los jóvenes]

U: pues que se cuide mejor, porque hay muchas enfermedades que no quiero que le pase ahorita pues, nada a mi hijo, apenas tiene 16

E: ¿mejor que tenga la información?

U: ¡ajá, que sepa! Hay unos niños que no saben, que... cuando venimos a taller nos dicen las enfermeras que platiemos con nuestros hijos, con nuestras hijas que se cuiden que ahora hay muchas enfermedades. Hay unas muchachas que se embarazan. Acá se embarazan muchas, nos han contado pues y nos dicen que no es bueno así, y dice que una muchacha se colgó con su reboso, que estaba embarazada, que no quieren que pase eso, que platiemos con nuestras hijas, con nuestros hijos... ajá una muchacha, que la regañaba su mamá... ¡se mató!, la encontraron colgada con su reboso y hay dos muchachas que hicieron así. Por eso nos dijeron que ya no quieren que pase así, nos dicen que nosotros les platiemos a los niños, que no hagan eso, que mejor se cuide que hay mucho para que se cuiden...

Mujer, rural, 35 años, inyectable.

Uso de métodos: los hormonales son los más usados, implante es el más buscado y el DIU es puesto, en ocasiones sin consentimiento, en post evento obstétrico.

Los métodos anticonceptivos de mayor utilización son los temporales (parche, condón, hormonales orales e inyectables, implante subdérmico y pos day). Mientras que los definitivos son muy poco conocidos y poco valorados por las usuarias, ya que aún no termina su vida reproductiva.

El implante subdérmico parece ser un anticonceptivo de moda, donde las mujeres lo solicitan más y tienen menos oportunidades de colocarse uno debido a que ellas mencionan que no siempre cuentan con las unidades necesarias.

El hormonal inyectable es el más frecuentemente utilizado por las mujeres y el preferido de varias. En este método impera la comodidad por su colocación solo una vez cada dos meses, pero también es el de segunda opción cuando no se encuentra disponible el elegido.

El Dispositivo Intrauterino se vio ligado únicamente a su utilización pos evento obstétrico, donde las mujeres refirieron que lo utilizaban porque había sido impuesto por el personal de salud, más allá de su propia elección. 13 mujeres de 19 dijeron conocer la pastilla del día siguiente, pero sólo tres mujeres mencionaron haberla utilizado, como lo muestra a continuación los testimonios:

E: ¿conoces lo que se llama la pastilla de emergencia?

U: si

E: ¿Qué conoce sobre la pastilla de emergencia?

U: ah pus para no tener hijos, ¿no? Para que no se le pase

E: ¿conoce en que situaciones se debe usar esa pastilla anticonceptiva?

U: si

E: ¿Cómo en que situaciones sería bueno utilizar esa pastilla anticonceptiva?

U: para no tener hijos pues

E: si, pero... ¿en qué situaciones?, digamos, cuando no está utilizando algún otro método o cuando se rompe el condón, por ejemplo

U: la de emergencia, si, cuando se les rompe, alguna emergencia

Mujer, rural, 28 años, implante.

E: oye, ¿has escuchado de la pastilla de emergencia?

U: si
E: ¿Qué has escuchado?
U: si he escuchado
E: ¿Qué has escuchado? ¿Cómo funciona?
U: he escuchado, si has tenido relaciones, al otro día tomártela.
E: ¿tú alguna vez la usaste?
U: no
E: ¿sabes si aquí la manejan?
U: si
Mujer, rural, 22 años, inyectable.

E: ¿usted conoce o ha escuchado de la pastilla anticonceptiva del día siguiente?
U: si
E: ¿Qué es lo que ha escuchado?
U: ah pues... ¿del día siguiente? Pues lo que he escuchado que, como haz de cuenta que tienes una relación sin protección, algo así, para el día siguiente dices, pues no, pues me la tomo. ¿No? Porque no tuviste protección o algo así
E: ¿en qué situaciones se debe usar esa?
U: pues algo de emergencia, ¿no? De que no, no te protegistes o se te olvidó tomarte tu pastilla o el condón se le rompió a tu pareja
Mujer, urbana, 19 años, inyectable.

E: ¿Qué es lo que ha escuchado sobre la pastilla anticonceptiva del día siguiente?
U: pues cuando, por ejemplo, usó condón y se le rompe, esa es la otra, la otra siguiente anticonceptiva que te podría ayudar a que tu pareja no quede embarazada o si lo hicieron sin condón, sin precaución, pues muchos utilizan esa pastilla para no quedar embarazada, pero si, si hay riesgos con esas, porque si tomas más de la cuenta puede provocar algo en el vientre de la mujer que ya no te permita tener hijos
E: ¿usted sabe en qué situaciones se puede utilizar esa pastilla?
U: pues solamente como ya dije pues, si se rompió el condón o que no tuvieron precaución al tener relaciones.
Hombre, urbano, 18 años, preservativo.

E: ok. ¿Has escuchado a parte de esos métodos que me comentaste de la pastilla de emergencia?
U: ummm... ¡ah sí!
E: ok, ¿esa para qué sirve?
U: es para interrumpir la fecundación del óvulo con el espermatozoide y lo puedes usar durante las 72 horas después de las relaciones
E: ¿y tú lo has utilizado?
U: si
Mujer, rural, 19 años, inyectable.

E: ¿usted ha escuchado de a pastilla anticonceptiva del día siguiente?
U: este si
E: la pastilla de emergencia, ¿Qué sabe?
U: ¡ah la emergencia! Es cuando hay, a alguien lo hayan violado, ¿verdad?
E: puede ser, ¿usted que sabe de esa pastilla?
U: no, casi no sé
Mujer, rural, 31 años, OTB

DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido describir, desde la perspectiva de la demanda la experiencia en la búsqueda, acceso, y utilización de los servicios de planificación familiar en unidades del primer nivel de los Servicios de Salud de Morelos. Adicionalmente, se ha documentado la percepción de las y los entrevistados sobre la disponibilidad de MAC y la calidad del servicio recibido. Nuestro estudio permite documentar importantes retos que enfrentan las

unidades visitadas para cumplir con la finalidad de garantizar un acceso oportuno y universal a servicios de planificación familiar de calidad.

- I. Al parecer se ofrece información de forma rutinaria en los centros de salud y en las escuelas, esto es importante como primer paso en la búsqueda del servicio de PF y en el acceso, sin embargo, los testimonios evidencian que debe ofrecerse información más amplia, pues no es habitual que se les informe sobre los potenciales efectos adversos que pueden aparecer y, en consecuencia, tampoco sobre qué hacer si estos ocurren.
- II. Se requiere poner mayor atención a las condiciones de privacidad y/o confidencialidad al momento de ofrecer la información, porque algunos informantes revelaron el miedo a solicitar información por la posibilidad de que se conozca o se escuche por otras personas, ajenas al personal de salud.
- III. Con relación al acceso, las y los entrevistados refirieron la necesidad de tener una cita y contar con Seguro Popular, de alguna forma, esta situación está limitando tanto el acceso a la información como a los propios métodos. Los esfuerzos del Programa de Planificación Familiar, deben ir encaminados a incidir sobre la organización y operación de éstos servicios, de forma tal que se garantice acceso universal, y no medie una condición de aseguramiento. Evidencia encontrada en otros contextos han señalado además la oferta limitada de citas, los horarios limitados y prolongados tiempos de espera para obtener la consulta.(18)
- IV. El presente estudio identifica problemas de disponibilidad de MAC en las unidades de atención, lo que se contrapone con la libre elección, de acuerdo a las preferencias de las usuarias y, en ocasiones impone un gasto de bolsillo para poder satisfacer la demanda en anticoncepción. Nuestros hallazgos coinciden con evidencia de otros estudios donde la falta de disponibilidad vulneró el derecho de las usuarias de tener el control de su propia fertilidad (se cedió el control a la pareja)(18). Estos hallazgos, en sí mismos, permite poner en cuestionamiento la calidad del servicio que se presta en las unidades visitadas. La libre elección y la asequibilidad de los MAC son indicadores que permiten evaluar la calidad de los servicios de planificación familiar (23–25). En el largo plazo, esta situación influye en la continuidad del uso y en la adherencia. Los MAC, en los que es más

frecuente este hallazgo son los implantes, parches y DIU medicado, coincidentemente, los más costosos, y por tanto, los que se adquieren en menor cantidad por parte del sector público en México. En este sentido el sector salud debe hacer esfuerzos por ajustar o alinear la asignación de recursos financieros (incrementar el gasto en MAC y otros insumos necesarios) con las preferencias y la demanda en las unidades de atención, de forma que se puedan satisfacer los requerimientos en insumos del Programa de PF. De acuerdo a la literatura internacional(26), el gasto anual recomendado para planificación familiar es de 16 USD por mujer en edad fértil (MEF). México al 2012 mostró una inversión en PF, por MEF, 55.42% menor al recomendado internacionalmente.(18)

- V. El programa de Acción Específico 2013-2018(2) actual contiene indicadores de monitoreo que difícilmente, permiten evaluar exhaustivamente el acceso, disponibilidad y calidad de los servicios de PF. En este sentido, los sucesivos Programas Sectoriales deberán ampliar su marco de monitoreo y evaluación, para alinearse con las recomendaciones internacionales vigentes. De esta forma será posible implementar estrategias que permitan monitorear tanto desde la perspectiva de la oferta como de la demanda estos indicadores(27).
- VI. Existe discordancia entre la demanda de MAC y la disponibilidad de los mismos en las unidades, influyendo en su utilización. En este sentido, los esfuerzos de políticas públicas en materia de PF en México deben dirigirse a erradicar esta barrera.

CONCLUSIONES

- I. Saben que existen pero no los conocen. Aunque la escuela es una forma inicial de obtención de información, las pláticas que se reciben en la clínica son realmente la forma de conocer. Las (os) usuarias (os) acuden por información cuando ya tienen el primer hijo, lo que podría plantear que se está previniendo el segundo embarazo y no el primer embarazo.
- II. El conocimiento al que las usuarias le otorgan mayor validez es el que otorga la red de apoyo, una experiencia previa tiene mayor peso para la mujer que el recibido en la clínica.

- III. Se hace énfasis en que a pesar de tener acceso a información por diferentes medios (clínica, escuela, TV, radio, Internet), el conocimiento no está completo, desconocen los efectos secundarios de un método anticonceptivo que podría conllevar ciertos riesgos a la salud que no se diagnostiquen, además del cambio o abandono del método que puede traer como consecuencia embarazos no planeados.
- IV. El implante es el método mayormente solicitado seguido del hormonal inyectable. La utilización del DIU se ve ligado a casos de uso forzado por el personal de salud.
- V. La calidad de la atención se ve mermada por el pobre conocimiento técnico del proveedor desde la perspectiva de la usuaria, la falta de métodos, la solicitud de agendar una cita o llevar la póliza del Seguro Popular para recibir atención, lo que genera inequidades en el acceso, dando ventajas a mujeres beneficiarias de programas como PROSPERA.

RECOMENDACIONES

- I. Adicionalmente a los objetivos establecidos por el PAEPF 2013-2018, se recomienda agregar indicadores aceptados internacionalmente, como la equidad y no discriminación, el empoderamiento, transparencia y contabilidad, la decisión informada, la voz y participación de los usuarios (FP2020) que puedan incrementar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en los y las mexicanos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. OMS | Planificación familiar [Internet]. WHO. [cited 2014 Jul 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. Planificación Familiar y Salud Reproductiva [Internet]. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Available from: <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/programas/planificacion-familiar-y-anticoncepcion>
3. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Fecundidad. INEGI Mujeres Hombres En México 2006 [Internet]. Available from: www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/.../myh_x_2.pdf
4. INEGI. Mujeres y Hombres en México 2006 [Internet]. Available from: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/myh_x_2.pdf
5. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) [Internet]. INEGI. [cited 2014 Jul 1]. Available from: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/default.aspx>
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por Entidad Federativa. Morelos [Internet]. 2013. Available from: encuestas.insp.mx
7. Villalobos A, Allen B, Hernández-Serrato M, Suárez L, De La Vara E, De Castro F. USO DE ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS: CERRANDO LA BRECHA ENTRE METAS Y REALIDADES. Salud Pública México [Internet]. 2012 Nov; Available from: <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0203.pdf>
8. De Castro F VA, Allen B H-SM. Uso de anticonceptivos y planificación familiar entre las mujeres adolescentes y adultas: cerrando la brecha entre metas y realidades [Internet]. ENSANUT 2012; 2012. Available from: <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0203.pdf>
9. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. Salud Pública México. 2013 Jan;55:S282–8.
10. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-20012. Planificación Familiar y Anticoncepción. [Internet]. Available from: <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/planificacion-familiar-y-anticoncepcion/introduccion.html>

11. Secretaría de Salud. NOM 005-SSA2-1993 [Internet]. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. [cited 2014 Jul 1]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
12. Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, Quality Of Care and Medical Barriers In Family Planning Programs. *Int Fam Plan Perspect*. 1995 Jun 1;21(2):64–74.
13. The availability and accessibility of contraceptive services. | POPLINE.org [Internet]. [cited 2016 Jan 15]. Available from: <http://www.popline.org/node/347040>
14. Brook RH, Lohr KN. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Health Serv Res*. 1981;16(2):236–7.
15. Assessing the quality of family planning services in developing countries. | POPLINE.org [Internet]. [cited 2016 Jan 16]. Available from: <http://www.popline.org/node/369190>
16. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
17. Bertaux D. Los Relatos de vida en el análisis social. *Hist Fuente Oral*. 1989;(1):87–96.
18. Lozano R, Heredia-Pi I, Serván-Mori, Torres-Pereda, P, González-Robledo, MC, Ávila-Burgos, L. Estudio para la determinación de la situación actual del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción como línea base para su comparación con evaluaciones del desempeño. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
19. Crotty M. *The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process*. SAGE; 1998. 260 p.
20. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE; 2005. 1238 p.
21. Minayo MC de S, Assis SG de, Deslandes SF, Souza ER de. Possibilities and difficulties in the relationships between social sciences and epidemiology. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2003 Jan;8(1):97–107.
22. Creel LC, Sass JC, Yinger NV, Bureau PR. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. *Nuevas Perspect Sobre Calid Aten* [Internet]. 2002 [cited 2015 Sep 15];1. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23077&indexSearch=ID>

23. Bertrand JT, Magnani RJ, Rutenberg, N. Handbook of indicators for family planning program evaluation. [Internet]. Available from:
<https://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/ms-94-01.pdf>
24. Tumlinson, Katherine S, Ilene, Curtis S, Pence, Brian. Validity of Standard Measures of Family Planning Service Quality: Findings from the Simulated Client Method. Available from: <http://paa2014.princeton.edu/papers/141471>
25. Strobino, DM K M, Grason, HA. Approaches and Indicators for Measuring Quality in Region VIII Family Planning Programming. Baltim MD Women's Child Health Policy Cent Johns Hopkins Sch Public Health [Internet]. 2000 Dec; Available from: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/womens-and-childrens-health-policy-center/publications/famplanreg8.pdf>
26. Nguyen H, Snider J, Ravishankar N, Magvanjav O. Assessing public and private sector contributions in reproductive health financing and utilization for six sub-Saharan African countries. *Reprod Health Matters*. 2011 May;19(37):62–74.
27. FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf [Internet]. [cited 2016 Jan 28]. Available from:
http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf

ANEXOS

Esquema "dentro-fuera"

