

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



**COMUNICACIÓN EN SALUD: EXPERIENCIAS DE PROMOCION EN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON JÓVENES DE ZONA RURAL. TAYACAJA -
HUANCAVELICA**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL

**MARÍA CHARA SANTA CRUZ
ROSARIO VÁSQUEZ FLORES
ADA SOSA SOLANO**

**ASESORA: AMELIA FORT CARRILLO
JURADO: MARFIL FRANCKE
ELIZABETH ALIAGA HUIDOBRO**

LIMA-PERÚ 2012

RESUMEN EJECUTIVO

La tesis titulada “**Comunicación en Salud: Experiencias de promoción en planificación familiar en jóvenes de la zona rural de Tayacaja – Huancavelica**”, tiene como objetivo central: determinar la pertinencia de las estrategias de comunicación y educación en el tema de planificación familiar en mujeres y varones de 18 a 24 años en ocho establecimientos de salud.

Para realizar la investigación se determinó que la metodología del estudio tenga carácter exploratorio-descriptivo, contando con los enfoques metodológicos cuali- cuantitativo para medir y profundizar en el análisis en la línea de acción de Promoción en Planificación Familiar implementado en los establecimientos de salud. De acuerdo al análisis realizado encontramos que:

Desde los enfoques de Derechos Sexuales y Reproductivos, Interculturalidad y Género; el personal de salud brinda orientación y consejería sobre la elección del uso voluntario de la ampolla, píldora, condón y t de cobre. La poca información con respecto a las ventajas, desventajas del método elegido, afecta los derechos sexuales y reproductivos de la personas. Así mismo la elevada rotación del personal influye en las relaciones de confianza establecidos con los/las usuarios/as.

Ante la actitud machista de los varones, el personal de salud viene trabajando el enfoque de interculturalidad apoyado con diversas tácticas para que las mujeres se cuiden. Sin embargo, es poco el trabajo con varones, quienes muestran incomodidad y vergüenza al asistir al servicio de Planificación Familiar (PF), asimismo aluden poco interés por asistir al establecimiento de salud. Sin embargo, tanto mujeres y varones afirman que deciden el uso del método en parejas, se hace sentir con sutileza la influencia del varón en la decisión. Tanto las mujeres y varones reconocen la importancia de planificar su familia.

Otro aspecto relacionado a interculturalidad es que gran parte del personal de salud se comunica en español aunque la población tiene como idioma materno el quechua y les es más familiar este idioma, lo que dificulta fundamentalmente la confianza que tiene que existir entre la usuaria y la/ el proveedor del servicio. Afecta aún más esta situación el trabajo limitado con la /el agente comunitario de salud, quien habla ambos idiomas y promueve el acercamiento con el establecimiento de salud, ellos han señalado no contar con capacitación en el tema y herramientas que le permitan desarrollar su labor.

El personal de salud emplea diferentes canales de comunicación comunitarios e interpersonales, los cuales llegan especialmente a las mujeres. Presentándose algo paradójico en el elevado nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos en las mujeres, acompañado de dudas y confusiones sobre las contraindicaciones de estos métodos.

Al finalizar la investigación se propone el Plan Comunicacional en PF, el cual permita mejorar el acceso a la información, orientación y servicios de óptima calidad en PF, facilitando de esta manera el ejercicio a una sexualidad responsable en mujeres y varones con respecto a los derechos sexuales y reproductivos.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	II
ÍNDICE	IV
CAPÍTULO I.....	11
INTRODUCCIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. JUSTIFICACION.....	15
1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivo Especifico.....	19
 CAPÍTULO II.....	 21
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	21
2.2 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.....	21
2.3 UNIDAD DE ANALISIS.....	28
2.4 FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	28
2.5 DIMENSIONES DEL ESTUDIO.....	32
2.5.1 Muestra	32
2.6 DISEÑO MUESTRAL.....	34
2.7 FASES DEL ESTUDIO	36
2.8 PROCEDIMIENTO PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN	37
2.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	39
 CAPÍTULO III.....	 41
CONTEXTO Y ENFOQUES SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	41
3.1. CONTEXTO.....	41
3.2. CONOCIENDO LA ZONA DE ESTUDIO TAYACAJA-HUANCAVELICA	
.....	44
3.2.1. Descripción del problema social la zona de estudio	44
3.2.2. Provincia de Tayacaja.....	47
3.2.3. Acceso a Servicios Básicos.....	49

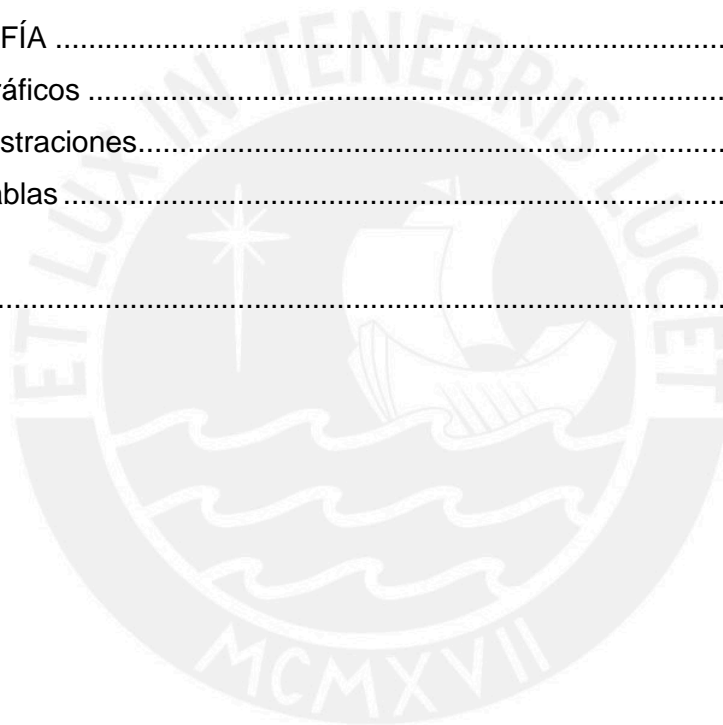
3.3 CONCEPTOS	54
3.3.1. Derecho a la salud	54
3.3.2. Derechos Sexuales y Reproductivos.....	55
3.3.3. Estrategia IEC.....	58
3.3.4. Estrategias de comunicación.....	58
3.3.5. Niveles de intervención comunicacional.....	59
3.3.6 Canales de comunicación.....	60
3.3.7. Componentes de eficacia en comunicación.....	60
3.3.8. Métodos anticonceptivos	60
3.3.9. Género	62
3.3.10. Interculturalidad	63
3.3.11. Multiculturalidad	66
3.3.12. Planificación Familiar	67
3.3.13. Ciudadanía.....	68
3.3.14. Universalización del acceso	68
3.3.15. Salud Intercultural	68
3.4. DESARROLLO TEÓRICO	69
CAPÍTULO IV	86
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	86
4.1 LA INTERCULTURALIDAD EN LA LÍNEA DE ACCIÓN DE PROMOCIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	86
4.1.1. Entre el quechua y el español	87
4.1.2. Materiales educativos y su contexto cultural	93
4.1.3. Conocimiento del personal de salud sobre las necesidades de información de la población	96
4.1.4. Organizaciones de base e instituciones que apoyan en la organización de acciones de información y educación en la comunidad	100
4.2. GÉNERO Y COMUNICACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	105
4.2.1. Participación de hombres y mujeres en actividades de información y educación.....	107
4.2.2. Acompañamiento de la pareja	109
4.2.3. Toma de decisión para el uso del método según las mujeres	114
4.2.4. Lo que piensan las mujeres de una mujer que se cuida	118

4.2.5. Qué piensan los varones de las mujeres que se cuidan.....	119
4.2.6. Por qué algunos varones no quieren que su pareja se cuide	119
4.2.7. Cómo se animaron los varones a tener o no tener hijos/as.....	120
4.2.8. Lo que entienden por planificación familiar los varones.....	121
4.2.9. Cómo se cuidan los varones	122
4.2.10. Opinión sobre el uso del condón	125
4.3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA PROMOCION DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	128
4.3.1. La salud sexual y reproductiva	128
4.3.2. Conocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos.....	129
4.3.3. Información sobre la variedad de métodos tradicionales y modernos y su acceso voluntario	132
4.3.4. Elección libre y responsable	135
4.3.5. La cultura como derecho sexual y reproductivo.....	136
4.3.6. La promoción de la sexualidad plena y responsable	138
4.3.7. Cómo promueven un servicio de calidad.....	146
4.3.8. El personal de salud en la elaboración de materiales educativos.....	149
4.3.9. Análisis de los materiales educativos y comunicacionales en los servicios de planificación familiar	151
4.4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE PROMOCIÓN EN SALUD	155
4.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONALES	160
4.5.1 Medios masivos	164
4.5.2. Medios comunitarios.....	165
4.5.3. Campañas integrales.....	167
4.5.4. Comunicación Interpersonal y grupal	167
4.6. MATERIALES DE APOYO EN LA DIFUSIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	170
4.7. ACCESO A INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	173
4.7.1. Conocimiento de los/las usuarios/as sobre los MAC.....	174
4.7.2. Mujeres e información completa sobre los MAC	177

4.7.3. Mujeres y varones que recibieron Información de las ventajas y desventajas del método en uso	178
4.7.4. El servicio de Planificación Familiar: ¿absolvió sus dudas?.....	181
4.7.5. Varones e información completa sobre los MAC.....	181
4.8. ACCESO A INFORMACIÓN OPORTUNA	182
4.8.1. Edad en la que recibieron información sobre Planificación Familiar.....	182
4.8.2. Fuentes de Información en Planificación Familiar	187
4.8.3. Abastecimiento y Disponibilidad de los MAC.....	191
4.8.4. Disponibilidad de los MAC	192
4.9. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA ORIENTACIÓN RECIBIDA	193
4.9.1. Satisfacción de los/las usuarios/as con la información recibida..	194
4.9.2. Dudas sobre los métodos de parte de los/las usuarios/as	200
4.9.3. Dudas sobre PF en Varones	203
4.9.4. Factor determinante para una buena Comunicación	207
4.9.5. Retorno del Servicio.....	210
4.9.6. Recomendación del Método	212
4.9.7. Importancia de Planificación Familiar y del Servicio de Planificación Familiar.....	216
4.9.8. Actitudes e interese de las mujeres y los varones sobre el servicio de planificación familiar.....	221
4.10. EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN	228
4.10.1. Recordación de actividades de promoción en planificación familiar	228
4.10.2. Recordación del mensaje	231
4.10.3. Identificación con los mensajes y la planificación familiar.....	237
4.10.4. Agrado y desagrado del mensaje/acción comunicacional	242
4.10.5. Efectividad de las campañas en planificación familiar	246

CAPÍTULO V	248
CONCLUSIONES.....	248
5.1. Desde los enfoques de los derechos sexuales y reproductivos, género e interculturalidad en la línea de acción de información	248
5.2. Sobre una información completa y oportuna.....	250
5.3. Sobre la satisfacción de información y la efectividad de la línea de acción e información.....	251
 CAPÍTULO VI : RECOMENDACIONES GENERALES	 253
 CAPITULO VII PROPUESTA DEL PLAN COMUNICACIONAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	 257
7.1. INTRODUCCIÓN.....	257
7.2. ENFOQUE DE COMUNICACIÓN	259
7.3. DATOS BÁSICOS	260
7.4. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE COMUNICACIÓN	265
7.5. SEGMENTACIÓN DE AUDIENCIAS	265
7.5.1 Población objetiva primaria.....	265
7.5.2 Población objetiva secundaria	266
7.5.3. Aliados estratégicos.....	267
7.6. OBJETIVOS COMUNICACIONALES	267
7.6.1. Objetivo general.....	267
7.6.2. Objetivos secundarios.....	268
7.7. ALGUNAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	268
7.7.1. Movilización comunitaria.....	268
7.7.2 Abogacía	269
7.7.3. Comunicación comunitaria	269
7.7.4. Edu entretenimiento.....	269
7.7.5. Difusión en radios locales.....	269
7.7.6. Comunicación alternativa.....	269
7.7.7. Comunicación intepersonal	269
7.7.8. Estrategias transversales:.....	269
7.8. ESTRATEGIA CREATIVA.....	270
7.8.1. Mensajes dirigidos a la mujer joven.....	270

7.8.2. Mensajes dirigidos al varón	270
7.8.3. Mensajes secundarios de referencia para el centro de salud	271
7.9. Pre test en la producción de los materiales	271
7.10. Algunas limitaciones que se pueden presentar:	272
7.11. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	273
7.11.1 Plan de Monitoreo	273
7.12. ANEXO	279
GUÍA PARA LA VALIDACIÓN DE FOLLETO	279
BIBLIOGRAFÍA	282
Índice de Gráficos	293
Índice de Ilustraciones.....	293
Índice de Tablas	293
ANEXOS.....	295



AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora por su paciencia y dedicación.

A la Red de Salud de Tayacaja-Huancavelica

A los agentes comunitarios de salud por su labor abnegada y voluntaria

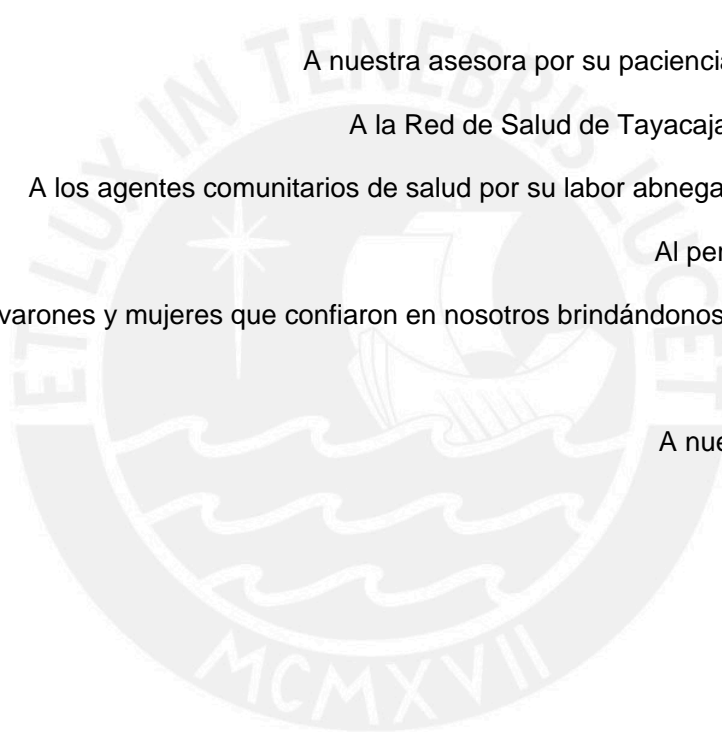
Al personal de salud

A todos los varones y mujeres que confiaron en nosotros brindándonos la información

requerida

A nuestros padres y

A Dios



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar orienta a las mujeres y varones sobre los hijos/as que puedan tener, a tomar en cuenta el tiempo que tienen que esperar, a tener acceso a la información y capacitación sobre los métodos anticonceptivos, prevenir embarazos no deseados y protegerse de infecciones de transmisión sexual. Los derechos reproductivos son un derecho humano, reconocido así por el Estado y es a través de la planificación familiar una forma en que se ejerce este derecho.

Se señala que la salud sexual y reproductiva es uno de los ámbitos donde más se manifiesta la inequidad de género porque se deja en manos de la mujer la responsabilidad sexual y reproductiva y es carente la información y las acciones que conlleven a la participación dirigida al varón por ejemplo en lo que respecta a la planificación familiar. Esto por consecuencia del prejuicio y la tendencia generalizada que las prácticas y las decisiones para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos dependen sólo de las mujeres. (OPS 2007: 24-25)

Si bien la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ¹ ha ido disminuyendo, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Continua, 2009, es de 2,6 hijos/as por mujer para el período 2006-2009, pero continúan existiendo diferencias por el lugar de residencia y el nivel de estudio. En el área urbana la TGF es de 2,3 hijos/as por mujer y en el área rural de 3,6. Huancavelica tiene una de las más altas tasas del país 3,4. El número

¹ Tasa Global de Fecundidad-TGF es el promedio de hijos/as que tendría una mujer durante su vida fértil. Es el número promedio de hijas que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos/as de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de un determinado período de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

promedio de hijos/as nacidos vivos en las mujeres de 40-49 años de edad es de 3,1 y 5,2 en las áreas rurales. (INEI 2009)

Otro indicador que manifiesta las diferencias desfavorables es la mayor brecha entre la tasa de fecundidad deseada² y la tasa global de fecundidad que ocurre en Huancavelica con 1,9 hijos/as de diferencia.

Como se observa existe una notable diferencia en el comportamiento reproductivo de las mujeres de la zona rural y urbana, se puede explicar por la inequidad en el acceso a los servicios de planificación familiar y a la educación de las mujeres, así como a factores culturales relacionados al ámbito sexual y reproductivo particulares de la población rural. A esta situación se suma la relación desigual de poder entre mujeres y varones. (Valdivia 2002:4-5)

La proporción de usuarias de un método moderno es mayor en el área urbana (53,3) que en el área rural (42,3 %). En tanto que el uso de métodos tradicionales es mayor en el área rural 27,8 y en el urbano es de 21,3 % (ENDES 2009). Según el ENDES en el período 2000 a 2009 la proporción de usuarias del área urbana se incrementa en 1,6 puntos porcentuales al variar de 73,0 a 74,6 por ciento; sin embargo, en el área rural dicha proporción aumentó en 8,5 puntos porcentuales, al variar de 61,5 a 70,0 por ciento, en dicho periodo. El mismo que principalmente fue resultado del mayor incremento de usuarias de un método tradicional (8,0 puntos porcentuales). Según la publicación Estado de la Población Peruana 2009 (INEI) principalmente aumentó el método tradicional de la abstinencia periódica, con un saldo no precisado de embarazos no deseados en el período 2000 al 2007-2008.

Estos datos numéricos y los factores sociales y culturales son determinantes y dan pie a interrogantes respecto al trabajo que se viene

² expresa el nivel de fecundidad si todos los nacimientos no deseados pudiesen prevenirse

desarrollando en las comunidades rurales, tal es el caso de Tayacaja en la región de Huancavelica. La comunicación es un aspecto clave que puede contribuir a revertir los problemas de salud. Precisamente, una de las líneas de acción del Programa de Planificación Familiar es la información, educación y comunicación, esta línea establece que las actividades que se dirijan a varones y mujeres les permita acceder a información adecuada respecto a la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar y así favorecer la toma de decisiones informada, como así también lo norma la Guía Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud. (MINSa 2005)

Otro aspecto importante a identificar son los conocimientos y percepciones de los trabajadores de salud en los servicios de planificación familiar sobre los/las usuarios/as y usuarios que asisten a este servicio.

Es elemental la recopilación de la información puesto que son varias las críticas y sugerencias que han recibido los servicios de salud en general respecto a la calidad de la atención, específicamente relacionados con la insensibilidad y la poca competencia del personal de salud para atender en los servicios. Esta situación unida al temor de los/as usuarios/as del servicio respecto a los métodos anticonceptivos modernos y las pruebas en sí, aumenta por el mal trato que da el personal que provee el servicio, la comunicación inadecuada y una consejería deficiente que no toma en cuenta las inquietudes personales, los deseos y las necesidades de cada mujer en particular (Ferrando, 1996).

Por ello la pregunta central que se plantea es ¿Cómo se diseña e implementa la estrategia de información y comunicación en los servicios de planificación familiar, sobre el uso de los métodos anticonceptivos modernos, en las mujeres en edad fértil en la ciudad de Tayacaja y su comunidades?

Esta pregunta se disgrega en una primera parte interrogando sobre los enfoques de trabajo en los servicios de planificación familiar: ¿La línea de acción de información toma en cuenta los enfoques de derechos sexuales y reproductivos, interculturalidad y género?

¿Se informa sobre todos los métodos anticonceptivos? ¿Cómo se promueve el acceso a los métodos? ¿Cómo es la atención? ¿Cómo se promueve la demanda a los servicios? ¿Cuáles son los derechos reproductivos y de los usuarios promocionados? ¿Cómo se promueve la participación de la población? ¿Hay equidad de género en el acceso de información?

En una segunda parte las preguntas giran en torno a los usuarios del servicio:

¿Cómo es el acceso a la información en los centros poblados alejados? ¿Reciben información completa sobre los métodos anticonceptivos modernos? ¿Están satisfechos con la calidad de la información en planificación familiar? ¿Reciben información equitativa de todos los métodos anticonceptivos modernos?

También se formulan preguntas sobre la línea de acción de información, educación y comunicación: ¿Qué canales, medios o estrategias usa el personal de salud para dirigirse a la población? ¿Qué criterios básicos considera en la producción de materiales o realización de actividades comunicacionales?

Finalmente se esbozan preguntas guías para formular algunas recomendaciones: ¿Qué enfoques se tiene que reforzar en un plan de comunicación? ¿Cómo se integra las percepciones de los usuarios y usuarias en el plan de comunicación? ¿Qué estrategias se tiene que tener en cuenta para la línea de promoción en planificación familiar en zona rural?

Se reconoce que uno de los aportes a la gerencia social del presente estudio es de proveer conocimiento para el pleno ejercicio de sus derechos humanos, específicamente, sus derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones de zonas rurales.

1.2. JUSTIFICACION

La realidad expresa que la salud sexual reproductiva en las mujeres y varones de las zonas rurales de nuestro país se entreteje con la pobreza y problemas socioculturales como el machismo entre otros. Siendo estos factores los preponderantes y que influyen en que las personas más vulnerable no gocen de una salud sexual y reproductiva plena. En una sociedad como la nuestra con una amplia brecha entre las zonas urbanas y rurales, donde las mujeres y varones con menos ingresos son los menos favorecidos por tener sólo educación básica (primaria y secundaria), y por no contar con una adecuada información y acceso a la misma. El acceso a información sobre salud sexual y reproductiva tiene más limitaciones.

El Estado ha firmado compromisos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Social y Culturales, ONU(1996); el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo; (1994); la Convención para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer, OEA (1994). En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, se reafirmó los derechos sexuales y reproductivos; los gobiernos presentes en la Cumbre, uno de ellos nuestro país, aprobaron la Declaración de Beijing y una Plataforma de Acción. Una de las medidas fue reconocer que los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad y su reproducción.

Si bien existen estos mecanismos internacionales de protección de los derechos sexuales y reproductivos, a nivel nacional se tienen documentos normativos y técnicos como las Guía Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva; el Documento Técnico "Adecuación

Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva”; el Manual de Orientación/Consejería en Salud sexual y reproductiva y la Norma Técnica de Planificación Familiar. Una forma en que queda explícita la política de salud sexual y reproductiva es a través de estos documentos pero el problema radica en cómo se vienen implementando dichas normas.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESN SSR) del Ministerio de Salud tiene como propósito mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana concentrando el mayor esfuerzo en la reducción de la mortalidad materna y perinatal y una de sus líneas de acción es la planificación familiar, teniendo como objetivo ayudar a las personas a lograr sus ideales reproductivos. (MINSA 2011).

El equipo técnico de la ESN SSR ejerce la rectoría en la materia, dirigiendo y diseñando las políticas, planes o programas a nivel nacional a través de los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar constituye una acción eminentemente preventiva, desde todos sus ángulos, y está ligada a la toma de decisiones, sobre la cantidad de hijos/as que deseen tener, la capacidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones.

Así se manifestó nuestro interés por el servicio de planificación familiar, área preventivo y promocional de la salud, considerando que en el año 2009, se proyectó 7 millones 754 mil 639 mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Este grupo poblacional representa el 53,4% de la población femenina y el 26,6% de la población total.³ (INEI 2009)

³ La información proviene principalmente de las últimas estimaciones y proyecciones de población, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1986 - 2008 y la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2008.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, uno de los estudios más reconocidos e importantes a nivel nacional, nos indica que la situación de salud de las mujeres ha mejorado pero no ha sido de manera equitativa, como controlar su fecundidad y disminuir la mortalidad materna. Estas mejoras se han producido en las zonas urbanas pero mucho menor en las zonas rurales. Las mujeres de las zonas rurales tienen más hijos/as de lo que desean tener. El 29% asevera no acudir al establecimiento de salud porque desconoce donde se ubica. (Foro Salud 2008)

Hay estudios que señalan el deseo de las mujeres a tener un menor número de hijos/as, pero esto no se manifiesta en el uso de los métodos anticonceptivos modernos. Aunque se ha producido un progreso en el aumento del uso de métodos anticonceptivos, este incremento no se ha dado en las zonas rurales. Por ello el interés de investigar en uno de los pueblos de la región cuyo índice del desarrollo humano es el más bajo que existe en el país, Huancavelica. El estudio se centró en la provincia de Tayacaja.

Un tema que no es parte fundamental de este estudio pero que influye es el aspecto educativo que tienen las personas, existen diferentes estudios que reconocen que la educación como un componente de desarrollo. Para Amartya Sen, es uno de los pilares para lograr el desarrollo humano, considera que mejorar la educación contribuye con el “capital humano”. Como vemos el nivel educativo de la población rural llega en mujeres llega a primaria completa mientras que en varones secundaria completa. Tener mejores niveles educativos contribuye también en el acceso a la información y la mejora en la comprensión de la información y comunicación. Por ello en este estudio indagaremos sobre los niveles educativos de las mujeres como referente pero no como un tema a abordar y a analizar.

Siendo la sexualidad un componente del desarrollo humano y parte esencial de la salud integral de las personas, el equipo de esta investigación, consideró necesario estudiar aspectos que vienen afectando tanto a varones como a mujeres en esta zona que se caracteriza también por poseer la mayor cantidad de mortalidad infantil y con miles de casos de maternidad adolescente.

El propósito del estudio es conocer e identificar los factores que afectan en la comunicación de la información en los Servicios de Planificación Familiar dirigidos a las mujeres usuarias entre los 18 y 24 años y a los varones no usuarios del servicio de planificación familiar entre los 18 a 38 años. Así mismo, se busca conocer la percepción que tiene las mujeres y varones sobre los métodos anticonceptivos modernos, así como saber cuáles son los canales por los cuales ellos reciben información en el tema de PF y SSR.

Se considera que el presente estudio contribuye a conocer mejor las necesidades de información de la población de la zona de Tayacaja en el tema de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, a través de la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas tanto al personal de salud, como a los agentes comunitarios, así como a las/os usuarios y no usuarios del servicio de planificación familiar en los establecimientos de salud que participarán en la investigación.

Otro aporte del presente estudio es conocer la opinión de las parejas varones, pues en casi todos los estudios que comprenden el tema de SSR son excluidos, por ello se busca dar una mirada integradora y con equidad de género a sus opiniones.

Desde el enfoque de la Gerencia Social provee nuevos conocimientos de una realidad que viene afectando a las mujeres y varones de Tayacaja-Huancavelica con respecto a su derecho sexual y reproductivo. Así también, sirve de base para que los profesionales de salud y los agentes

comunitarios puedan conocer y replantear diversas estrategias de información y comunicación para dirigirse con mayor eficiencia a la población, según los enfoques de derechos humanos, interculturalidad y género.

Como parte del proceso final de la presentación de la tesis, una vez aprobado por el jurado de la maestría, el equipo de tesis se comprometió a presentar los resultados y un esbozo del Plan de información y comunicación sobre Planificación Familiar con enfoque de derechos sexuales y reproductivos a la Red de Salud de Tayacaja. De esta manera se genera una herramienta para el sector salud de Tayacaja para adecuar a sus estrategias de intervención en los servicios de planificación familiar.

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como estructura medular del estudio se ha planteado los siguientes objetivos:

1.3.1 Objetivo General

Determinar la pertinencia de las estrategias de información y comunicación que se desarrolla para la atención a mujeres y varones en edad fértil, sobre los métodos anticonceptivos modernos en las zonas rurales de Huancavelica mediante un análisis en los servicios de Planificación Familiar para proponer un Plan de Información y Comunicación basado en los derechos sexuales y reproductivos.

1.3.2 Objetivo Especifico

Los objetivos específicos que se plantea en la investigación son:

1. Analizar si los enfoques de derechos sexuales, interculturalidad y género están presentes en los contenidos de información y comunicación en los servicios de Planificación Familiar.
2. Verificar si las mujeres y varones acceden a información de calidad sobre Planificación Familiar.
3. Identificar la manera cómo el personal de salud desarrolla la línea de acción de información educación y comunicación con la población en edad fértil.
4. Esbozar un Plan de información y comunicación sobre Planificación Familiar con enfoque derechos sexuales y reproductivos.



CAPÍTULO II

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación tiene por objeto presentar un orden estructural sobre el cual fueron organizados los diversos insumos empleados para el desarrollo del estudio, así como la revisión de los hechos con los conceptos y los aportes bibliográficos.

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tiene carácter exploratorio, ya que no se ha encontrado un estudio similar en nuestro medio que nos permita tener antecedentes sobre el tema específico a desarrollar. Durante la revisión bibliográfica se ha encontrado que la dimensión comunicacional en la gestión de la Planificación Familiar ha sido parcialmente abordada por algunas investigaciones, abocándose sobre todo, a los materiales de difusión y comunicación o en algunas acciones puntuales sobre movilización comunitaria, los cuales han sido mostrados como experiencias ajenas a la zona de estudio y sin tener en cuenta los enfoques que se están tomando en el presente estudio.

Es un estudio de caso de nivel descriptivo, ya que pretende dar una visión general de los objetivos planteados en la investigación para luego proporcionar descripciones más detalladas y completas del componente comunicacional en el servicio Planificación Familiar, profundizando la relación que tiene con los enfoques de Derechos sexuales y reproductivos, interculturalidad y género.

2.2 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Para el análisis de datos se dispuso trabajar lo cualitativo con el aporte cuantitativo. El método de investigación ha sido especialmente cualitativo

y se utilizó el método cuantitativo para medir las frecuencias, comparar y complementar los resultados. La combinación permitió investigar a fondo el tema de estudio a la vez que facilitó la validación de la información obtenida por las diferentes fuentes recogidas.

El análisis de la información recolectada se orientó a obtener mediciones para cada uno de los diferentes indicadores planteados en la matriz de consistencia, con el objetivo de lograr un análisis más profundo.

El componente cuantitativo es complementario a la metodología cualitativa, el cual es descriptivo, de corte transversal, permitiendo en primer lugar, profundizar las características o componentes en la gestión de la información y comunicación de los servicios de Planificación Familiar en los establecimientos de salud. En segundo lugar, apunta a un esfuerzo por comprender la realidad social de la zona de estudio y el sentir de sus protagonistas, como son los/las usuarios/as y sus parejas, y del personal de salud, por ende, comprende aspectos particulares, con la visión cultural de la zona. Al ser la misma población quien proporciona la información y cuyas percepciones y opiniones son la base para realizar la propuesta, ante ello debemos decir, que el estudio también incluyó una investigación participativa en el recojo de la información.

Se consideró necesario triangular los resultados. Lo que permitió, además capturar una imagen más completa, del objeto de estudio, el componente comunicacional en los servicios de planificación familiar, así como validar y comparar los resultados obtenidos a través de la aplicación de los diferentes instrumentos; identificar diferencias o inconsistencias entre ellos, sus características y/o variables, según el planteamiento realizado para la investigación sobre: *La pertinencia de las estrategias de información y comunicación sobre Planificación Familiar y Salud Reproductiva aplicadas a mujeres y varones de 18 a 24 años con pareja en Tayacaja.*

Como se observa en la tabla 2.1 hubo preguntas necesarias de profundizar especialmente en el caso de los dirigidos a los proveedores de la salud para reconocer con más detalle el trabajo que vienen realizando en la línea de acción de información, educación y comunicación.



Tabla 2. 1 Preguntas de investigación y variables

OBJETIVOS	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES	INDICADOR
<p>Objetivo General Determinar la pertinencia de las estrategias de información y comunicación que se desarrolla para la atención a mujeres y varones en edad fértil, sobre los métodos anticonceptivos modernos en las zonas rurales de Huancavelica mediante un análisis en los servicios de Planificación Familiar para proponer un Plan de Información y Comunicación basado en los derechos sexuales y reproductivos.</p>			
Objetivos específicos			
<p>1. Analizar si los enfoques de derechos sexuales, interculturalidad y género están presentes en los contenidos de información y comunicación en los servicios de Planificación Familiar.</p>	¿Cómo el personal de salud está incorporando los enfoques de derechos sexuales y reproductivos, interculturalidad y género en la línea de acción de información?	<p>presencia de enfoques de derechos sexuales y reproductivos</p>	Nº y tipo de materiales que informan sobre la amplia gama de los métodos anticonceptivos modernos y su acceso voluntario
	¿Se informa sobre todos los métodos anticonceptivos?		Nº de materiales que promuevan el ejercicio de una sexualidad plena y responsable
	¿Cuáles son los derechos reproductivos que son promocionados?		Nº de materiales que promuevan un servicio de calidad en salud sexual y reproductiva
	¿Cómo se promueve la participación de las organizaciones locales?		Grado de participación del personal de salud en la elaboración del material
	¿Cómo es el		Nivel de conocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales reproductivos.
		presencia de enfoques de interculturalidad	Nivel de conocimiento del personal de salud sobre las necesidades

	<p>acceso a la información en los centros poblados alejados?</p> <p>¿Hay equidad de género en el acceso de información?</p>		<p>de información de la población.</p> <p>Nº de organismos de base e instituciones que apoyan en la organización de acciones de información y educación en conjunto con la comunidad.</p> <p>Nivel de conocimiento del personal de salud sobre los hábitos de acceso de información de la población</p> <p>Nº de materiales que usan ejemplos y gráficos locales</p> <p>Frecuencia en que recibieron orientación y consejería en quechua</p> <p>Nº personal del servicio de planificación familiar quechua hablante</p>
		<p>presencia de enfoques de género</p>	<p>Nº de mujeres que recibieron orientación y consejería en los servicios de planificación familiar</p> <p>Nº de varones que recibieron orientación y consejería en los servicios de planificación familiar</p> <p>Frecuencia de atención a varones en los servicios de planificación familiar</p> <p>Frecuencia de atención a mujeres en los servicios de planificación familiar</p> <p>Nº de materiales que presentan a la pareja en roles de género</p>
<p>2. Verificar si las mujeres y varones acceden a información de calidad sobre Planificación Familiar.</p>	<p>¿Cómo es el acceso a la información en los centros poblados alejados?</p> <p>¿Los usuarios reciben información equitativa de cada</p>	<p>Acceso a información completa sobre P.F.</p>	<p>Nivel de conocimiento de los/as usuarias/os sobre los MAM</p> <p>Nº de personas de cada uno de los sexos que cuentan con información completa sobre el o los métodos anticonceptivos que se encuentran usando en</p>

	<p>uno de los métodos anticonceptivos modernos?</p> <p>¿Qué acciones está realizando el PS para promocionar los servicios de planificación familiar y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Cómo se promociona el acceso a los métodos</p>		<p>el momento actual. (ventajas y desventajas)</p> <p>Nº de métodos anticonceptivos sobre los cuales recibieron información los varones</p> <p>Nº de métodos anticonceptivos sobre los cuales recibieron información las mujeres</p>
	<p>¿Contaban las mujeres y varones con información sobre planificación familiar en el momento que lo necesitaban?</p>	<p>acceso a información oportuna</p>	<p>Nº de de métodos anticonceptivos disponibles en el establecimiento de salud</p> <p>Nº de usuarios por sexo y edad que señalan que la consejería en los servicios de planificación familiar les ayudó a planificar su familia.</p>
	<p>¿Los usuarios están satisfechos con la calidad de la información en el puesto de salud sobre planificación familiar?</p>	<p>Satisfacción de los usuarios sobre la orientación y consejería recibida</p>	<p>Nivel de satisfacción de los/as usuarios/as sobre la información que recibieron</p> <p>Nº de personas que usan métodos anticonceptivos elegidos por ellos mismos</p> <p>Nº de usuarias/as que acuden para el control de su método.(continuadoras)</p> <p>Tiempo de retorno al servicio de planificación familiar (depende del método)</p>
<p>3. Identificar la manera cómo el personal de salud desarrolla la línea de acción de información educación y</p>	<p>¿Qué canales, medios o estrategias usa el personal de salud para dirigirse a la población?</p>	<p>Materiales de apoyo en la difusión de métodos anticonceptivos modernos</p>	<p>Nº de materiales de apoyo</p> <p>Tipos de materiales</p> <p>Frecuencia de uso</p>

comunicación con la población en edad fértil.	¿Qué niveles de intervención comunicacional utiliza el personal de salud?	Niveles de intervención:	Nº de intervención comunicacional de nivel masivo. Frecuencia de intervención
			Nº de intervención comunicacional de nivel interpersonal o grupal realizado Frecuencia de intervención
			Nº de intervención comunicacional a nivel comunitario realizado Frecuencia de intervención
	¿Se considera los componentes de eficacia en la producción de materiales o realización de actividades comunicacionales?	Efectividad de las acciones de comunicación y educación	Nº de personas que recuerdan el mensaje sobre planificación familiar difundido
	¿Qué criterios básicos se considera en la producción de materiales o realización de actividades comunicacionales?		Nº de personas que recuerda actividades sobre planificación familiar
	¿Qué resultados ha tenido la línea de acción de información, educación y comunicación		Nº de personas que se sienten identificadas con la forma en que se les representan en los materiales
			Nº de personas que les gusta el mensaje
			Nº de nuevos usuarios/os Coincide incremento con fecha de campaña 3 meses antes y 3 meses después y 1 año antes y 1 año después Nº de personas que recomiendan el uso de métodos o el servicio
¿Cuenta el personal de salud de planificación familiar con las competencias necesarias para intervenir en la línea de acción de información, educación y comunicación?	Competencias del personal de salud	Nivel de conocimiento del personal de salud sobre promoción en salud.	
	Uso de los enfoques de género, interculturalidad, derechos sexuales y	Nivel de conocimiento y aplicación correcta de los enfoques de género, interculturalidad, derechos sexuales y	

		reproductivos,	reproductivos.
4. Esbozar un Plan de información y comunicación sobre Planificación Familiar con enfoque derechos sexuales y reproductivos.	¿Qué estrategias se deberían tener en cuenta para implementar la línea de acción de comunicación en zona rural?	actitudes, interese y valores de mujeres y varones de 18 a 29 años	
		estrategias de comunicación e información	

Fuente: Elaboración propia. Junio 2011

Asimismo, en lo que se refiere a las/os usuarias/os del servicio de Planificación Familiar fue preciso hacer una medición para el caso de efectividad de la comunicación y complementarlo con la información cualitativa para identificar sus actitudes y prácticas que favorezcan o limiten el impacto de las acciones que dirige el personal de salud.

2.3 UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis comprende el área responsable de la Gestión de Información y Comunicación de los Programas de Planificación Familiar en cada uno de los establecimientos de salud.

2.4 FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Los datos fueron recolectados mediante las técnicas de: Encuesta, Grupos Focales, Entrevistas y Revisión de Documentos. Los registros recogidos se mantienen tal como se dieron, los mismos que fueron trasladados y codificados, para su procesamiento y finalmente redactar el análisis correspondiente.

Fuentes de información:

- **Usuarias del servicio de planificación familiar**, comprendidas entre las edades de 18 a 24 años que hubiese asistido como mínimo una vez al Servicio de Planificación familiar en algún establecimiento de salud comprendido en la muestra.
- **Pareja varones**, en un inicio se planteó aplicar el grupo focal y/o entrevistas a los usuarios del servicio de planificación familiar, pero debido a la escasa cantidad de usuarios y lo difícil que resultó ubicarlos; este grupo de intervención tuvo ser cambiado. Para ello se consultó con la asesora si era factible el cambio y se decidió intervenir con los varones de la comunidad, bajo los criterios establecidos como edad (18-34 años) con pareja. Se tuvo que ampliar el rango de edad de 18 a 34 años por ser la edad donde se halló más varones.
- **Personal de salud**, se consideró al personal técnico y profesional que trabaje en el Servicio de Planificación familiar.
- **Los/as Promotores de Salud o agentes comunitarios de salud**, son pobladores de la misma comunidad, líderes reconocidas por su población quienes tienen la voluntad de apoyar, no perciben dinero alguno por su trabajo. El/la promotor/a es el nexo de apoyo y comunicación con el personal de salud, son quienes facilitan el acercamiento con el establecimiento de salud. El promotor cumple un rol importante como intérprete con la usuaria, ya que en su mayoría la población habla quechua y el personal de salud no maneja este idioma, y son ellos los encargados de transmitir muchas veces los mensajes.
- **Materiales de apoyo educativos**, se analizó materiales impresos con que cuente el servicio de Planificación familiar en el momento de la visita.

Las técnicas de investigación cuantitativa fueron:

- **Encuestas:** Se consideró aplicar la encuesta porque era la única forma de conocer en forma estructurada y personalizada todo lo que conocía la usuaria del servicio de PF y ésta fue aplicada a los/las usuarios/as del Servicio de Planificación Familiar en las edades de 18 a 24 años, ya sean nuevas o continuadoras en el servicio.
- **Lista de chequeos** es un instrumento que permitió verificar el uso de los métodos anticonceptivos más señalados en las encuestas que se aplicaron a los/las usuarios/as. Se colocó información predefinida de alternativas para conocer el grado de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos.

En tanto que las técnicas para el análisis cualitativo fueron:

- **Entrevistas:** Se utilizó la entrevista semiestructural para recabar información en forma verbal, y conocer así las opiniones de los entrevistados/as, así como sus posibles comentarios o aportes al estudio. Esta técnica se aplicó a los Profesionales de Salud y/o, técnicos, quienes trabajaban en el servicio de Planificación Familiar en cada uno de los establecimientos de salud y Promotores o Agentes Comunitarios que también trabajaran el tema. También se aplicó esta herramienta a los varones no usuarios debido a las dificultades encontradas en la convocatoria para realizar los grupos focales con ellos.
- **Grupos Focales (Focus Groups):** Comprendió a los/las usuarios/as del Programa de Planificación Familiar, así como a los **varones No usuarios** para lo cual se consideró que debían de participar como mínimo ocho integrantes y 10 como máximo; el grupo focal fue acompañado por un facilitador y un observador, con lo que se garantizaba el buen recojo de la información, se consideró desarrollar el grupo focal, ya que permitía recoger el

conocimiento, puntos de vistas y participación de las/os usuarias/os. La técnica permitió observar su sentir y cómo expresaban sus comentarios sobre el tema que se conversaban.

- **Revisión de Materiales:** Comprendió la revisión de materiales educativos e informativos que fueron mostrados por los ocho establecimientos de salud, como: afiches, folletos, rotafolios y pizarras, medios de información en los cuales se han informado a las/os usuarias/os del servicio de Planificación Familiar. Esto materiales permitirían visualizar y contrastar los mensajes que manejan el personal de salud y si contaban con apoyo educativos auxiliares para desarrollar su labor. Si bien el personal de salud señaló que en alguna oportunidad difundieron cuñas radiales, pero no contaban con dicho material en el momento que se aplicó el estudio.

Tabla 2. 2 Cuadro resumen de la aplicación de técnicas de recolección de información

CENTROS DE SALUD SELECCIONADOS	TÉCNICAS UTILIZADAS			
	ENCUESTAS USUARIAS	GRUPO FOCAL	ENTREVISTAS	REVISIÓN DE MATERIALES
PAMPAS	52	01 mujeres 01 varones	02 personales de salud 01 promotor de salud	01
DANIEL HERNÁNDEZ	39	01 mujeres 01 varones	02 personal de salud	03
COLCABAMBA	38	01 mujeres	04 varones 02 personal de salud	03
PAZOS	31	02 mujeres 01 varones	03 personal de salud 01 promotor de salud	03
AHUAYCHA	19	01 mujeres	06 varones 01 promotor de salud	02
ACRAQUIA	29	01 mujeres	02 personal de salud	No tenía material.
MULLACA	26	01 mujeres	01 personal de salud	03

		01 varones	01 promotor de salud	
TOCAS	18	01 mujeres 01 varones	01 personal de salud	02
Totales	251	14	27	17

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2011

2.5 DIMENSIONES DEL ESTUDIO

Huancavelica tiene tres redes de salud. Una de ellas es la Red de Salud de Tayacaja, que a su vez está compuesto de seis micro redes de salud, se decidió trabajar sólo en el territorio de Tayacaja, tomando como muestra a tres micros redes de salud: Pampas, Colcabamba y Pazos. Se dejó de lado Acobamba por estar ubicada en una zona de alerta roja por los remanentes senderistas que aún se encuentran en ese lugar y por tanto peligrosa para su intervención.

Se escogió la Red de Salud de Tayacaja, por la viabilidad de acceder a través de un contacto que tenía una de las integrantes del grupo, este contacto era un funcionario de la Red de Salud, lastimosamente dejó el cargo y se alejó de la provincia, pero esta circunstancia se revirtió con el apoyo de una integrante del equipo técnico de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud en Lima.

2.5.1 Muestra

Se ha utilizado el muestreo No Aleatorio por Conveniencia, el cual tiene por naturaleza a la investigación cualitativa, de carácter exploratorio.

Respecto a la muestra de los establecimientos de salud, se seleccionó de manera variada algunos grandes y céntricos como los centros de salud, y otros pequeños y alejados como los puestos de salud. Para conocer la particularidad en las zonas más céntricas al pueblo, así como su actuación en las zonas más apartadas al pueblo, es decir, en las comunidades.

Siguiendo con los criterios anteriores, la muestra tanto para su aplicación de las técnicas cualitativas y cuantitativas quedó conformada de la siguiente manera:

- Los establecimientos de salud que participaron en el estudio comprendieron los centros de salud más completos como son las cabeceras de las micros redes de salud. Así como los puestos de salud alejados de la ciudad.
- Se ha considerado como criterio de inclusión a todos aquellos establecimientos de salud que cuenten con un personal o técnico de salud que trabaje en el servicio de Planificación Familiar.
- Para los grupos focales con mujeres se consideró que fueran usuarias del Servicio de planificación Familiar, comprendidas en las edades de 18 a 24 años y residieran en la zona de estudio.
- Los/as agentes comunitarios de salud tenían que tener un rol activo específicamente con el Servicio de Planificación familiar.
- El personal de salud que trabajaba mínimo un mes a un año o más en el establecimiento de salud. En muchos casos el personal está encargado de otras áreas.
- En el caso de los varones se consideró a los usuarios y no usuarios del servicio de planificación familiar que tuvieran pareja, y comprendan la edad de 18 a 34 años y residan en la zona de estudio.

Tabla 2. 3 Centros y Puestos de Salud que conforman la muestra de estudio

Micro Redes de Salud	M.R. PAMPAS	M.R. PAZOS	M.R. COLCABAMBA
Establecimientos de salud			
CENTROS DE SALUD	C.S. Pampas ⁴ C.S. Acraquia C.S. Daniel Hernández	C.S. Pazos	C.S. Colcabamba
PUESTOS DE SALUD	P.S. Ahuaycha	P.S. Mullaca	P.S. Tocas

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2011

En las Micro redes de salud de Pazos y Colcabamba solo existe cinco centros de salud y siete postas médicas. Cabe señalar que los centros y postas de salud atienden a una cantidad variada de comunidades aledañas al establecimiento de salud.

2.6 DISEÑO MUESTRAL

El diseño muestral para el método cuantitativo se consideró aplicar la fórmula con población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Interpretación

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (Si la seguridad es del 95%)
- p= proporción esperada (en este caso 5%= 0.05)
- q= 1-p (en este caso 1 - 0,05=0,95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

⁴ Se ha convertido en el hospital principal de Pampas en el mes de octubre del 2010

Para obtener N (total de la población) se contó a los/las usuarios/as registradas en los cuadernos y tarjetas de registro del servicio de Planificación Familiar en cada uno de los establecimientos de salud. Cada usuaria tiene un seguimiento particular, en estos registros se obtuvieron el total de los/las usuarios/as. Se contabilizó a los/las usuarios/as de 18 a 24 años, desde el mes de enero hasta el mes de julio, evitando repetir a los/las usuarios/as contabilizadas.

Para los otros componentes de la fórmula se consideró:

- Seguridad= 95%;
- Precisión= 3%;
- Proporción esperada= se asumió el 5%, debido a que se conocía parcialmente el total de la población, el factor de dispersión de la población era muy alto, este porcentaje nos da una muestra poblacional equitativa del 50%.

Aplicando esta fórmula se muestra en el siguiente cuadro la muestra obtenida:

Tabla 2. 4 Cantidad de participantes de acuerdo a las zonas

CENTROS DE SALUD SELECCIONADOS	Nº de usuarias contabilizadas	Total de participantes en las encuestas
PAMPAS	162	52
DANIEL HERNÁNDEZ	82	39
COLCABAMBA	77	38
PAZOS	50	31
PUESTOS DE SALUD		
AHUAYCHA	26	19
ACRAQUIA	47	29
MULLACA	40	26
TOCAS	23	18

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2011

2.7 FASES DEL ESTUDIO

El proceso de investigación comprendió las siguientes fases:

- **Primera Fase:** comprende el diseño de los instrumentos de acuerdo a los objetivos, la revisión con la asesora de tesis y la validación técnica con una representante de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud. Asimismo, se gestionó los permisos correspondientes para visitar la zona de estudio.
- **Segunda Fase:** Esta fase empezó con la validación y correspondiente ajuste de los instrumentos. Asimismo se dio el primer acercamiento con los/las usuarios/as, sus parejas y con el personal de salud, quienes en todo momento mostraron disposición por apoyar el recojo de la información y mostraron inquietud por conocer los resultados al término de la investigación. El personal de salud facilitó los cuadernos y libros de control de los/las usuarios/as nuevas y continuadoras, permitiendo obtener información de las/os usuarias/os, indicando a su vez con quienes se podía realizar los contactos para apoyar la aplicación de los instrumentos. También se contacta con colaboradores para que apoyen en la aplicación de las encuestas.

En el primer viaje que se realizó a Tayacaja-Huancavelica se desarrolló la validación de los instrumentos y duro tres días.

La validación de la encuesta y el Chek List se aplicó a 10 mujeres en la posta de salud de Acraquia y siete encuestas en el centro de salud de Pampas. Respecto a los instrumentos cualitativos (grupo focal y entrevista) se hizo un grupo focal en los establecimientos de salud de: Acraquia, Daniel Hernández y en Pampas y solo se

realizó una vez, ya que las participantes señalaron entender las preguntas.

- **Tercera Fase:** Consistió en la aplicación de los instrumentos, recojo de la información en las diferentes zonas de estudio. La cual tuvo algunas limitaciones por factores naturales (lluvias). Para recoger toda la información se realizaron tres viajes a las diferentes zonas, teniendo las limitaciones de disponibilidad de tiempo sobre todo de los varones para participar en los grupos focales. Y por lo alejado de algunas zonas tuvimos que organizar nuevas visitas previa coordinación y adecuación al tiempo y disponibilidad de la población en estudio.
- **Cuarta Fase:** Estuvo compuesta por el procesamiento de los datos cuantitativos en el programa SPSS, análisis de los datos cualitativos, cruce de las variables y análisis de los resultados y elaboración del informe final.

2.8 PROCEDIMIENTO PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

Para acceder a los diferentes establecimientos de salud y contar con el apoyo del personal de salud, la Red de Salud de Tayacaja extendió un documento a cada uno de los centros de salud considerados en la muestra, ante ello dispusieron que se nos brinde todas las facilidades del caso. Las actividades de campo se realizaron entre los meses de julio y septiembre del 2010. Iniciándose con el reconocimiento de la zona, la solicitud de permiso a las autoridades de salud correspondiente y la validación de los instrumentos esta última se realizó durante el mes de julio.

El 30% de las encuestas fueron aplicadas por el equipo investigador y el 70% por colaboradores. En lo que se refiere a la aplicación de los instrumentos cualitativos fueron realizados en su totalidad por el equipo de investigación responsable de la tesis.

El personal de salud recomendó como colaboradoras a mujeres y varones, antiguas/os agentes comunitarias/os de salud, que conocían la zona y son reconocidas/os en su comunidad. Esto fue importante debido a la desconfianza de la población a personas foráneas. Así como para llegar a los domicilios de las/os participantes, ya que las distancias entre cada casa en algunas comunidades como Pazos y Mullaca son muy lejanas y difíciles de acceder; los pobladores viven en pendientes de cerros. La mayoría de las encuestas aplicadas a los/las usuarios/as fueron en sus domicilios, por ello fue necesario el apoyo de las colaboradoras. Un escaso número de encuestas se aplicó en el servicio de Planificación Familiar.

También habrá que mencionar las dificultades encontradas, además de la geografía accidentada y la altura, fue el idioma ya que la mayoría de los profesionales de la salud no hablan quechua, ello dificultó el recojo de la información en un primer momento, el cual pudo ser corregido posteriormente con el apoyo de los/las promotores de salud. La mayor dificultad fue encontrar a colaboradoras que conocieran los domicilios de los/las usuarios/as como es el caso de los establecimientos de salud de Pampas, CS Daniel Hernández y la PS Tocas.

Para el caso de las técnicas cualitativas:

En el caso de los grupos focales fueron convocadas/os por el personal de salud y en algunos casos los/las promotores de salud. Algunos grupos focales se desarrollaron en las reuniones que convoca periódicamente el Programa Juntos.

En un inicio se planificó encuestar a usuarios pero durante la validación de los instrumentos, informaron sobre el escaso número de usuarios, en los establecimientos de salud variaban de tres a cinco usuarios del servicio. Por lo que se decidió hacer grupos focales o entrevistas con

varones no usuarios que tuvieran parejas, sin que dependa que sus parejas sean o no usuarias del servicio.

Para formar los grupos focales con los varones no usuarios se tuvo que aprovechar espacios y lugares donde ellos se reúnen con mayor regularidad como son las losas deportivas, parques o locales comunales y condicionarse a sus horarios.

Hay que mencionar que no se pudieron realizar en su totalidad los grupos focales a los varones, por dificultades para reunirlos, ya sea por motivos culturales y por el tiempo con el que cuentan. Por ello se tuvo que aplicarse entrevistas.

Como producto de la aplicación de las técnicas empleadas se logró recoger los siguientes materiales:

- Se aplicaron 251 encuestas a los/las usuarios/as en los Centros y Postas de Salud.
- 17 entrevistas al Personal de Salud conformado por médicos, enfermeras, obstétricas o técnicos de enfermería y Promotores de Salud.
- Se entrevistó a 10 No usuarios, parejas de mujeres usuarias del servicio.
- Se llevaron a cabo 09 grupos focales con la participación de las usuarias del servicio de Planificación Familiar.
- 05 grupos focales con los varones de la comunidades elegidas entre ellos había parejas de usuarias y No usuarios.
- Se recopilaron 17 materiales educativos y comunicacionales.

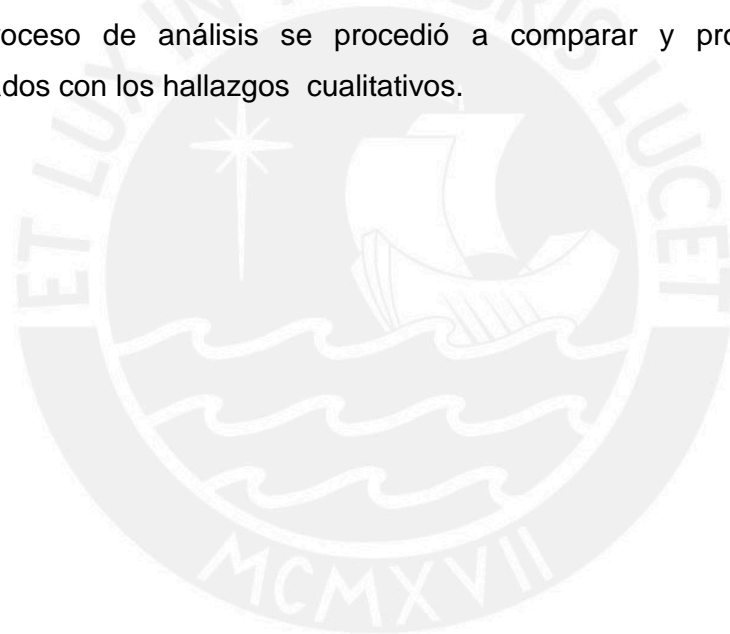
2.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de la información recolectada se orientó a obtener información para cada uno de los diferentes indicadores planteados en la

investigación, con el objetivo de lograr un análisis profundo de la información obtenida a través de cada una de las herramientas.

Para el análisis cualitativo, se elaboró matrices por cada fuente de información. Estas matrices ordenadas por variable e indicador en cada pregunta. Esto permitió darle un mayor orden al vaciado de la información por fuentes de información. Para el respectivo cruce de fuentes y variables se codificó las preguntas.

Para la técnica cuantitativa el tratamiento y análisis de datos se realizó a través del programa estadístico informático SPSS versión 17. Como parte del proceso de análisis se procedió a comparar y profundizar los resultados con los hallazgos cualitativos.



CAPÍTULO III

CONTEXTO Y ENFOQUES SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR

El propósito de este capítulo es explicitar los conceptos que dan origen al marco teórico que sirve de marco para esta investigación. En la primera parte se explica la importancia de la planificación familiar para luego relacionarlo con la realidad de la zona de Tayacaja.

3.1. CONTEXTO

La planificación familiar y la salud sexual y reproductiva fueron conocidas a través de la política nacional de población, la cual se dio en el año 1985, a partir de esa fecha el país se propuso contar con una política nacional de población. Diseñándose el programa nacional de población de 1987 a 1990 pero no se llegó a efectuar. Fue en los primeros años de la década de los 90 que se llegó a implementar el Programa Nacional de Población 2010-2014, el cual pretende ampliar la información y acceso a la planificación familiar para asegurar mayor equidad en los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

Es así que en los 90 se dio un gran impulso a los programas de planificación, teniendo una fuerte inversión y contando con interacción de organizaciones de la sociedad civil. El inicio fue un poco tímido con recursos limitados y problema de coordinación en los sub programas que conformaban el Programa Nacional de Población, pero con el apoyo de la cooperación internacional cobró fuerza.

En el gobierno de Fujimori, se estableció la planificación familiar como una de sus prioridades como un objetivo demográfico y lo asumió como una estrategia de lucha contra la pobreza. Pero con la participación del gobierno en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 en Beijing se

replanteo el enfoque dentro de los derechos reproductivos como parte de sus derechos humanos. (Valdivia, 2002)

Según Valdivia, en 1995 se estableció metas más específicas en la política de salud reproductiva. Entre los cuales estaban: i) Incrementar el acceso oportuno a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, mejorando la cobertura y la calidad de atención; ii) lograr una demanda informada de estos servicios y iii) movilizar los recursos disponibles para desarrollar sistemas locales de acceso universal para la promoción, prevención y atención. La medida que se dispuso fue la entrega gratuita de métodos anticonceptivos modernos.

Pero hubo una ausencia de normas que especificaran los procedimientos de intervención que combinado con las metas cuantitativas de esterilización en los servicios de salud que se planteó el Ministerio de Salud produjo excesos del programa. El control reproductivo de la población se tradujo en esterilizaciones forzadas, violación del derecho de libertad de elección y consentimiento informado, así como en práctica médica bajo condiciones inadecuadas e inseguras, produciéndose una sistemática violación y cotidiana de sus derechos humanos llevada a cabo por el Estado peruano contra las mujeres de los sectores más pobres del país.

Se expresó en pérdidas de vida y daños irreparables en la salud de un número importante de mujeres, que ocurrió primordialmente entre 1996 y 1998. "Los derechos humanos se violaban en dos sentidos amplios, tanto por la falta de consentimiento por parte de muchas de las mujeres como por la baja calidad de atención médica que se le proporcionaba a esta población". (Reyes 2003: 3)

En 1999 se aprueba la Normas Técnico Administrativas del Programa de Planificación Familiar con el fin de revisar y actualizar los conocimientos y

los procedimientos en los servicios de Planificación Familiar en los establecimientos de salud. Teniendo como sus estrategias principales los derechos ciudadanos y reproductivos, el enfoque de género, la calidad de los servicios, el enfoque intercultural y la prevención de la violencia familiar. La Planificación familiar era un programa de la Dirección General de Salud de las Personas. Luego paso a ser un área de acción de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

La Norma Técnico actual, del año 2005, incorpora el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos explícitamente y la integralidad que es el reconocimiento de la situación de la salud de la personas es consecuencia de su carácter multidimensional, es decir, que tiene carga biológica y social que involucra el entorno de la persona.

Un hecho resaltante y de retrocesos para el avance en las normas fueron las denuncias de esterilización forzada que llego hasta la Defensoría del Pueblo (año 1996), la presión del movimiento de mujeres y la sociedad civil modificaron manuales y normas de planificación familiar. En respuesta a este problema también se produjeron materiales comunicacionales sobre los servicios de salud y los derechos reproductivos. En los años siguientes fue aumentando las acciones de consejería en planificación familiar, según datos que proporciona el Ministerio de Salud.

Se puede concluir que el impulso que tuvo la planificación familiar en los 90 y años anteriores fue controlar el crecimiento demográfico y aunque después de la Conferencia de Beijing se incorporó el enfoque de derechos, la puesta en práctica tiene aún avances y retrocesos.

3.2. CONOCIENDO LA ZONA DE ESTUDIO TAYACAJA-HUANCAVELICA

3.2.1. Descripción del problema social la zona de estudio

Debemos tener presente que en el Perú según el último Censo Nacional de Población y Vivienda 2007 (INEI), que la región andina ocupa el 30,5% del territorio nacional y son aproximadamente 8 millones de quechuas a nivel nacional. También tenemos que la población urbana esta en 75.9% y la rural en 24,1%. Nuestro país se caracteriza por ser heterogéneo, pluricultural, multiétnico, con 72 grupos etnolingüísticas, de los cuales 7 de éstos se encuentra en el área andina. Como podemos observar predomina la población rural, es por ello que la oferta de servicios de salud es mínima y la accesibilidad a estos se ve limitada por las distancias, el idioma y otros factores socioeconómicos.

La región de Huancavelica es conocida como la tierra del mercurio y está ubicado en la parte central de nuestro país, en plena región andina. Tiene 7 provincias y 93 distritos.

Huancavelica representa el 1.7% de la población total del Perú. Tiene una población aproximada de 458 915 habitantes, posee un elevado crecimiento demográfico.

En la región existen un total de 711 Centros Poblados y 150 Comunidades Campesina Tituladas y distribuidas en el ámbito de la provincia.

La problemática de la salud en la región de Huancavelica, está muy vinculada a los indicadores de pobreza existentes. Según datos que consigna el Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado y

Participativo de Huancavelica 2004-2015, identifica los siguientes indicadores de pobreza:

- 89% de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).
- 28 Médicos para los 425,000 habitantes, es decir un médico para cada 15,000 Habitantes.
- 109 por cada 1,000 nacidos, mueren antes de 1 año de edad.
- 72% de niños que estudian primaria padecen desnutrición crónica
- 48% de las mujeres y 35% de hombres son analfabetos.
- 52% de hogares viven en pobreza y 41% en extrema pobreza.
- 25.5 % de inasistencia escolar.
- 30% de viviendas precarias.
- 88% viviendas sin agua, 95% sin desagüe, 81% sin fluido eléctrico.
- 85% de familias campesinas cuya actividad agropecuaria genera insuficientes ingresos.

Así mismo debemos agregar que la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, representa el 25,4% a nivel nacional. (INDEPA 2010) Estas es la cifra más altas en el país, situación que amplía las brechas sociales del país, poniendo de manifiesto la inequidad e ineficiencia de los servicios públicos de salud y educación.

Huancavelica ocupa el primer lugar en la escala de pobreza extrema. Sin embargo, de manera paradójica Huancavelica contribuye a la riqueza nacional con una importante producción minera.

Aunque posee una tasa de natalidad elevada, la tasa de crecimiento poblacional inter censal, es menor a la tasa nacional. La explicación que se da a esto es el proceso migratorio que fue motivado por la violencia política que afectó severamente Huancavelica desde 1980. Se calcula que entre 70 y 80 mil personas huyeron abandonado sus tierras.

Otra característica central de Huancavelica es que la gran mayoría de la población (70%), vive en las zonas rurales y tan solo un 30% en las zonas urbanas. Las mujeres son la mayoría de la población (51%). Este dato es muy importante para generar la participación activa de la mujer en condiciones de equidad. De otro lado, también es vital tener en cuenta que el 56% de la población en la región está compuesta por personas menores de 19 años, es decir de jóvenes y sobre todo de niños. La población infantil y juvenil indica mayores tasas de natalidad y fecundidad.

En salud, se encuentra una gran inequidad en el acceso, mientras que sólo el 13,6% de los atendidos corresponden al quintil de pobreza extrema, el 49,3% de las atenciones correspondió a personas provenientes de familias de mayores ingresos.

Existen otros problemas como: deficiencia en los programas de atención y sobre todo de prevención en salud principalmente en las áreas rurales, ausencia de un programa de capacitación permanente al personal de salud y equipamiento adecuado a los centros de atención, inexistencia de programas que rescaten conocimientos y prácticas de la medicina tradicional y buscar complementarlos con los servicios de salud actuales.

Algunos de los factores evidenciados que restringen el acceso a los servicios de salud son: la dispersión geográfica, los costos del traslado, desconfianza respecto a la atención, limitada capacidad resolutive y patrones culturales.

El Mapa de Pobreza 2000 de FONCODES señala que hay un puesto de salud por cada 2,111 habitantes, mientras que en los distritos de extrema pobreza hay un déficit de 597 puestos y en los distritos muy pobres alcanza los 1,720 puestos de salud.

El bajo grado de escolaridad de las mujeres, quienes en su mayoría están a cargo del cuidado de los niños/as, algunas creencias culturales; tienen repercusiones en la alta tasa de fecundidad.

Una de las características del comportamiento reproductivo de las mujeres huancavelicanas, y generalmente en la zona rural, es la fecundidad temprana, que se expresa en las elevadas tasas de embarazo adolescente. La formación de las mujeres del área rural se caracteriza en una temprana maduración psicosocial; la temprana unión marital se refleja en mayores riesgos asociados en los embarazos en adolescentes y mayor mortandad relacionados a más número de embarazos y lo frecuente que puedan resultar. El embarazo en adolescente es también un problema de salud pública por su relación estrecha con la salud infantil, los abortos inducidos, los problemas peri natales y las secuelas post natales para los infantes.

El año 2006, en el campo de la salud sexual y reproductiva, se da la ordenanza Regional N° 73-GR-Hvca/CR que declara como política pública regional de salud, el apoyo a las referencias de las emergencias en salud, prioridad a las emergencias obstétricas y neonatales.

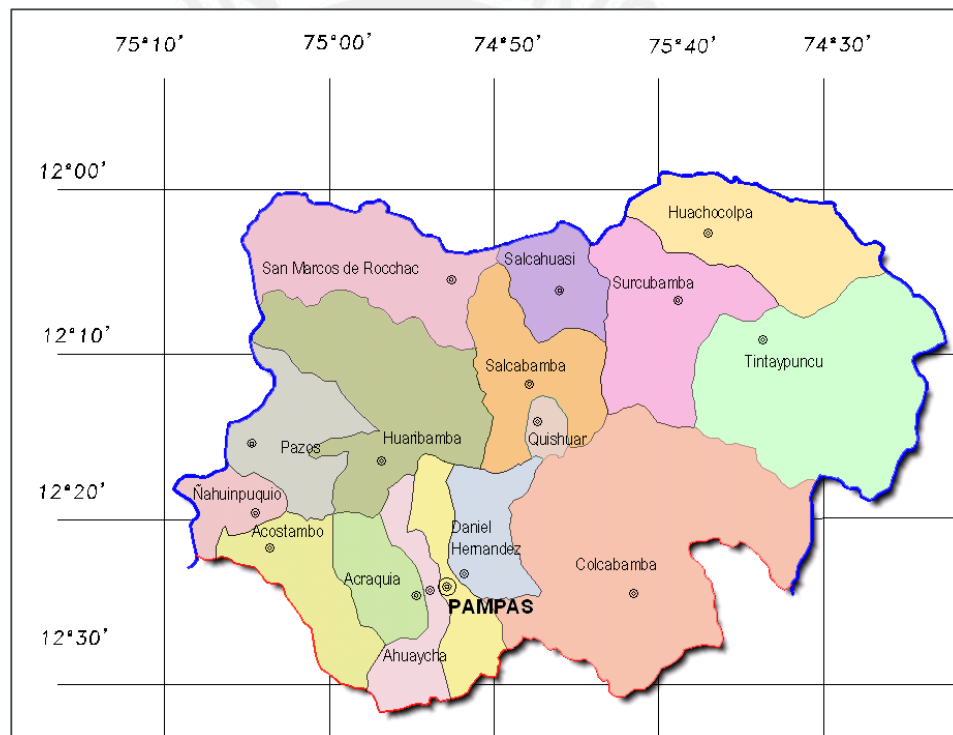
3.2.2. Provincia de Tayacaja

Tayacaja es una provincia ubicada al norte de Huancavelica. Es justamente la zona norte que se caracteriza por ser la más poblada y la que muestra mayores niveles de desarrollo económico relativo.

Tayacaja posee 104,901 habitantes, según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007. Es la segunda provincia más poblada luego de Huancavelica. Tiene 16 distritos.

El 24.5% de la población es urbana y el 75.5% es rural, tiene bajo grado de movimiento migratorio del campo a la ciudad. Sin embargo dos de los distritos integrantes de Tayacaja presenta un decrecimiento poblacional. Entre los motivos de migración están la búsqueda de oportunidades de empleo para mejorar sus niveles de ingreso, acceso a otros niveles educativos, entre otros. La emigración, campo – ciudad, es principalmente hacia las ciudades de Pampas, Huancayo y Lima. Siendo los jóvenes varones quienes mayormente emigran.

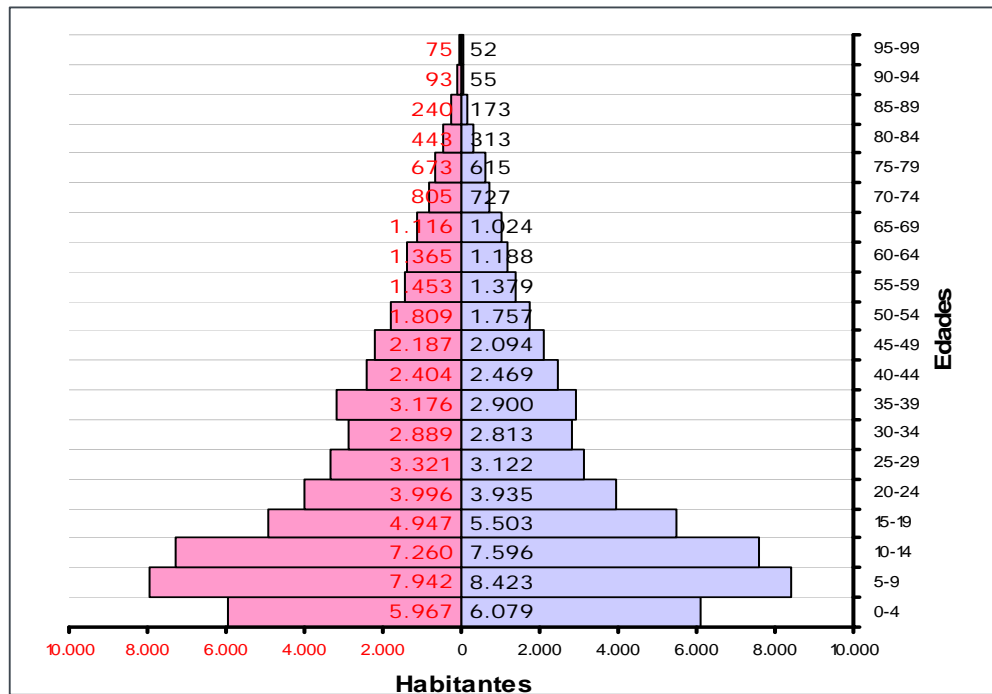
Ilustración 3.1. Mapa de la Provincia de Tayacaja



Fuente: Municipalidad de Huancavelica 2010

Los menores oscilan entre los 05 y 14 años de edad, representando el mayor porcentaje (29,13%) lo que significa que los niños en edad escolar se encuentran en el lugar de origen y/o nacimiento.

Gráfico 3. 1. Comportamiento poblacional a nivel provincial



Fuente: Plan de Desarrollo Concertado de la Provincia de Tayacaja

3.2.3. Acceso a Servicios Básicos

En Tayacaja, el 66.44% tiene acceso al agua potable, el 26.63% tiene desagüe y el 40.34% no tiene electricidad. (INEI- Huancavelica 2005)

3.2.3.1. Educación

El 32.41% de la población es analfabeta, siendo las dos terceras partes mujeres. En el área rural se presenta el mayor porcentaje de analfabetismo (27.5%), tasa casi similar al promedio nacional (29.8%) afectando esencialmente la población femenina (40.3%). Las más altas tasas de analfabetismo se presentan en las edades adultas a partir de los 40 años⁵. (Dirección Regional de Educación-Huancavelica)

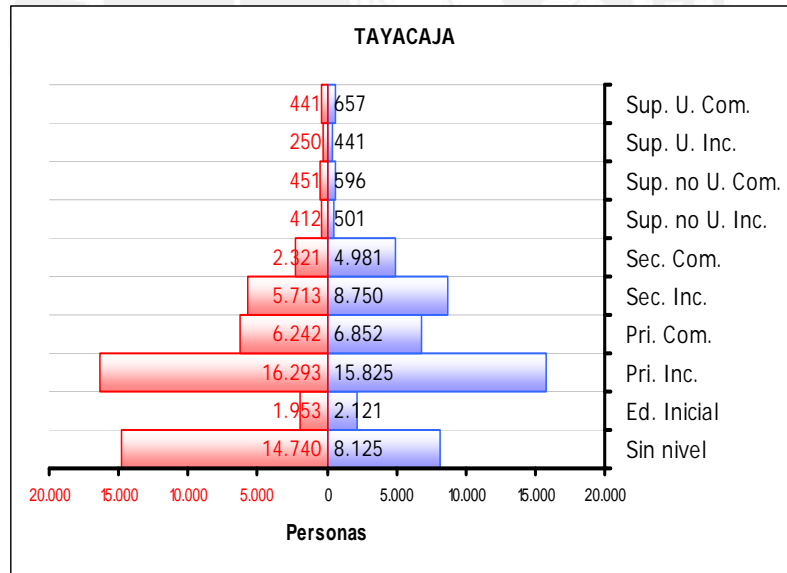
⁵ También señala que se da fundamentalmente en el distrito de Tintay Puncu (39.1%), que está sobre la media nacional.

El nivel de estudio de las personas que saben leer y escribir corresponden principalmente a la educación primaria (52.11%), en tanto que el nivel superior no supera el 3%.

La asistencia promedio de los niños de 6 a 11 años es relativamente alta a nivel del promedio del departamento de Huancavelica (86.3%) pero hay distritos como Surcubamba (69.3%) y Tintay Puncu (76.4%) que están muy por debajo de ese promedio. Así mismo, la asistencia de los jóvenes de 12 a 17 años (nivel secundario) es mucho menor y alcanza a un 67.5%

En el caso de los habitantes cuyas edades fluctúan entre los 20 y los 29; el 16% no tiene nivel alguno de educación, 45% cuenta con primaria, 24% ha cursado secundaria y 13% ha conseguido estudios superiores.

Gráfico 3. 2. Nivel educativo de varones y mujeres de la Provincia de Tayacaja



Fuente: Plan de Desarrollo Concertado de la Provincia de Tayacaja

3.2.3.2. Actividades productivas:

Como la mayor parte de la población reside en zona rural, siendo campesinos que se dedican a la agricultura y a la actividad pecuaria. Así mismo el 0.61% de la población busca un empleo por primera vez, siendo uno de los principales problemas.

En la provincia de Tayacaja, solo el 27.38 de las mujeres se encuentra en la Población económicamente activa. En tanto que en los varones alcanza el 72.62%.

3.2.3.3. Salud

De manera similar que en la región, las problemáticas de salud más alarmantes en Tayacaja son las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, desnutrición de niños menores de cinco años, mortalidad materna.

Existe una brecha en el número de los establecimientos de salud y por tanto el personal de salud es escaso en las zonas alto andinas unido a la deficientes infraestructura y equipamiento de salud que permite poca cobertura del establecimiento de salud y uno de los factores que contribuye a esto es el limitado presupuesto⁶.

Otros factores que contribuyen a esta preocupante situación son la lejanía y accidentada geografía que distancia la población de los establecimientos de salud, así como deficientes y limitados medios de comunicación, viviendas sin servicios básicos como agua potable y desagüe, desconocimiento de medidas preventivas. También se encuentra el aspecto cultural, especialmente en las mujeres, quienes por vergüenza, o desconfianza y miedo dejan de acudir o no acuden al

⁶ La norma internacional recomienda llegar a un médico por cada 10 000 habitantes, relación que se cumple en el país pero que oculta grandes desproporciones internas. En Huancavelica solo se cuenta con 4.6 médicos por 10,000 habitantes, cifra que representa déficit de médicos más alto del país, el número de estos profesionales es notoriamente insuficiente, pese al incremento registrado en los últimos años. También existe un bajo número de enfermeras, obstetras, odontólogos y otros profesionales.

servicio de salud (Municipalidad de Tayacaja, Plan de desarrollo Económico al 2018)

Tabla 3. 1 Establecimientos de salud por micro redes de salud en la red de salud de Tayacaja

Micro Red de Salud Pampas	Micro Red de Salud Pazos	Micro Red de Salud Colcabamba	Micro Red de Salud S.I: Acobamba	Micro Red de Salud Churcampa	Micro Red de Salud Paucarbamba
<u>C.S. Pampas</u> <u>P.S. Acraquia</u> <u>P.S. Ahuaycha</u> <u>P.S. 2 de Mayo</u> <u>P.S. Matasencca</u> <u>P.S. Túpac Amaru</u> <u>P.S. Socorro</u> <u>P.S. Huallhua</u>	<u>C.S. Pazos</u> P.S. Coyllorpamapa <u>P.S. Mullaca</u> P.S. Tongos P.S. Ila	<u>C.S. Colcabamba</u> P.S. Andaymarca P.S. Carpapata P.S. Accoro P.S. Poccyarc P.S. Sta. Rosa de Occoro <u>P.S. Tocas</u> P.S. San José	<u>C.S. San Isidro de Acobamba</u> Acobamba P.S. Codropampa P.S. Chuyapata P.S. Huari P.S. San Antonio de Salcabamba P.S. Salcahuasi P.S. San Marcos de Rochacc	<u>C.S. Churcampa</u> P.S. Coronacc P.S. La Merced P.S. Locrocca P.S. San Juan de Occopampa P.S. San Miguel de Mayoc P.S. Paccay P.S. Yaurican	<u>C.S. Paucarbamba</u> P.S. Chinchihuasi P.S. Huanchos P.S. Huaribambilla P.S. Pachamarca P.S. Patallacta P.S. San Cristóbal de Cocha
<u>C.S. Acostambo</u> <u>P.S. Acraquia</u> <u>P.S. Ahuaycha</u> <u>P.S. 2 de Mayo</u> <u>P.S. Matasencca</u> <u>P.S. Túpac Amaru</u> <u>P.S. Socorro</u> <u>P.S. Huallhua</u>	C.S. Huaribamba P.S. Coyllorpamapa P.S. Mullaca P.S. Tongos P.a. Ila		C.S. Surcubamba P.S. Cochabamba Grande P.S. Huachocolpa P.S. Puerto San Antonio P.S. Sta. María P.S. Sachocoto P.S. Tintay punco	C.S. Anco P.S. Cosme P.S. Cuyocc P.S. El Carmen P.S. Manzanayocc P.S. Palermo P.S. San Miguel de Arma	C.S. San Pedro de Coris P.S. Carhuancho P.S. Cobriga P.S. Patibamba P.S. Piopachamarca
<u>C.S. Salcabamba</u> <u>P.S. Quishuar</u> <u>P.S. Ayacocha</u> <u>P.S. Patay</u>					
<u>C.S. Daniel Hernández</u> <u>P.S. Quishuar</u> <u>P.S. Ayacocha</u> <u>P.S. Patay</u>					

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2011

La Red de Salud que comprende el estudio es Red de Salud de Tayacaja, está distribuida en las siguientes Micro redes de Salud como se observa

en la Tabla 3.1. Los establecimientos de salud resaltados son los que se tomó para el estudio.

Las Micro redes de Salud Pampas, Pazos, Colcabamba y Acobamba se encuentran en la provincia de Tayacaja. Cuentan con 55 establecimientos de salud, 46 de ellos son Puestos de Salud, 08 son Centros de Salud y un hospital⁷.

Tabla 3. 2. Cobertura de servicios de salud a nivel distrital

DISTRITOS	N. TOTAL	INFRAESTRUCTURA DE SALUD								POBLA C. TOTAL
		P.S (2000)	%	C.S (4000)	%	HOSPITAL (10000)	%	POBLAC TOTAL ATENDIDA	% POBLAC. TOTAL ATENDIDA	
Pampas	4	3	48.4	1	32.2	--	--	10000	80.1	11184
Acostambo	3	2	71.5	1	71.1	--	--	8000	100.0	5550
Acráquia	3	3	91.8	--	--	--	--	6000	91.8	6344
Ahuaycha	5	5	100	--	--	--	--	10000	100.0	5065
Colcabamba	8	7	59.9	1	17.1	--	--	18000	77.0	20586
Daniel Hernández	3	3	58.1	--	--	--	--	6000	58.1	10487
Huachocolpa	2	2	100	--	--	--	--	4000	100.0	3095
Huaribamba	6	5	100	1	53.7	--	--	14000	100.0	6216
Nahuimpuquio	2	2	100	--	--	--	--	4000	100.0	3173
Pazos	5	4	89.8	1	44.9	--	--	12000	100.0	8903
Quishuar	1	1	100	--	--	--	--	2000	100.0	956
Salcabamba	4	3	100	1	62.8	--	--	6000	94.3	6429
Salcahuasi	2	2	100	--	--	--	--	4000	78.9	5105
San Marcos de Rocchac	3	2	100	1	100	--	--	8000	100.0	4008

⁷ En julio del 2010 el CS Pampas fue convertido en Hospital, cambio que se dio cuando desarrollábamos nuestro trabajo de campo de la tesis.

Surcubamba	1	0	--	1	72.2	--	--	4000	72.2	5456
Tintay punco	3	2	100	1	100	--	--	10000	100.0	3977
TOTAL	55	46	77.8	9	29.8	--	--	126000	100.0	106534

Fuente: Dirección Regional de Salud Huancavelica. En: Plan de Desarrollo Económico de la Provincia de Tayacaja al 2018.

3.3 CONCEPTOS

En esta parte mostraremos el significado de los temas que trabajamos a lo largo de la tesis. Esto nos permitirá comprender mejor los enfoques abordados.

3.3.1. Derecho a la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” que “consiste no solamente en el acceso a la atención médica, sino también el acceso a todos los bienes y servicios que son esenciales para una vida saludable o que conducen a ella”.

El derecho a la salud se refiere al derecho primordial que tienen todas las personas a vivir en dignidad. Significa también que las personas tienen derecho a gozar una excelente salud física y mental.

Por ello la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone al Estado la obligación de respetar, proteger y facilitar su ejercicio. El derecho a la salud incluyendo la Salud Sexual y Reproductiva es un derecho inclusivo amplio que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores sociales, económicos y culturales

determinantes de la salud. El derecho a la Salud está reconocido en los siguientes instrumentos de Derecho Internacional y Nacional:

- Declaración universal de Derechos Humanos de 1948, aprobada por el Perú en 1959.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966. Aprobado por el Perú en 1978.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965. Aprobada por el Perú en 1971.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1981. Aprobada por el Perú en 1982.
- Convención sobre los Derechos Del Niño de 1990. Aprobada por el Perú en 1990.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” de 1988. Aprobado por el Perú con Resolución Legislativa.

3.3.2. Derechos Sexuales y Reproductivos

Según el Ministerio de Salud (MINSA) la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está íntimamente ligada y son interdependientes. La salud sexual y reproductiva está relacionada al bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de las enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia a hacerlo señala la Norma Técnica de Planificación Familiar (2005).

Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. El Estado debe garantizar que toda persona pueda: decidir cuántos hijos/as va a tener, decidir el espaciamiento de los hijos/as, regular su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza, estar libre de enfermedades, infecciones y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas.

Las personas deben ejercer estos derechos en forma responsable, respetando la integridad, física, mental y social de las otras personas y asumir responsabilidad por las consecuencias de sus conductas sexual y reproductiva.

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número de los hijos/as que se desean tener, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, sin violencia, con acceso y posibilidad de elección de métodos de regularicen la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y accesibles. (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003)

Estos derechos, como parte del Derecho a la Salud, están protegidos por la legislación internacional referente a Derechos Humanos (Pactos, Convenciones y Protocolos mencionados anteriormente) y por otros documentos de las Naciones Unidas:

- Primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos. Teherán, 1968
- Conferencia de Población y Desarrollo de Bucarest, 1974
- Convención de la Mujer efectuada en México, 1979

- Conferencia Internacional sobre Población celebrada en México, 1984, en estos tres últimos eventos se destaca la necesidad de lograr que las políticas respeten los derechos humanos de las mujeres.
- Conferencia de las NNUU sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro, 1992, SE reafirma el derecho de decidir el número e intervalo de hijos/as que quieran tener.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, 1994
- Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, 1995
- Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, 1995
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Tratado de Roma), 1998.

Como tal la salud reproductiva es la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente es la ausencia de enfermedades y dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Incluye el derecho de acceder a la información, a los métodos de regulación de la fertilidad y a servicios de salud integral. (Kallpa 2009-2010).

Finalmente la atención a la SSR es el conjunto de métodos, técnicas y servicios preventivos, que van contribuir a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades y fases de la vida. Ante ello la SSR forma un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

3.3.3. Estrategia IEC

El concepto de IEC fue desarrollado y utilizado a partir de la década de los 60 por los planificadores de salud, en respuesta al modelo de atención primaria de salud: "prevenir más que curar". Se observó la necesidad de acompañar las intervenciones de salud destinadas a la comunidad, con actividades de información y educación orientadas a lograr cambios de comportamiento sostenibles a través la adquisición de conocimiento y actitudes favorables del público objetivo de programas o proyectos. (SESAN 2009)

La estrategia de IEC viene a ser el conjunto de formas, funciones y recursos que se puede alcanzar para las metas propuestas desde el punto de vista de la comunicación, el cual permite aportar a la solución a los problemas percibidos por las personas o comunidades.

3.3.4. Estrategias de comunicación

La estrategia es la forma como se plantea alcanzar los objetivos, es así que se toma la definición como una serie de acciones, programadas y planificadas, que se implementan a partir de ciertos intereses y necesidades, en un espacio de interacción humana, en una gran variedad de tiempos. (Enrique C. Arellano, 1998)

Toda acción comunicacional implica una planificación de la disposición de comunicar, significa selección de mensajes, de canales, de hacer llegar algún tipo de información y de establecer un orden para llegar a la meta que se busca. Por ello la estrategia de comunicación parte del diseño de ciertos objetivos que conjuguen la marcha de una diversidad de funciones que permitan llegar a las metas trazadas y diseñadas.

La estrategia tiene como objetivo fortalecer el contenido educativo, potenciar las capacidades, destrezas y habilidades de las personas, con

el fin de promover decisiones libres, autónomas, informadas, reflexivas y responsables; garantizar el pleno y cabal ejercicio de los derechos de las personas; favorecer una mayor y más amplia participación de las personas; moldear una conciencia pública motivada.

La concepción de comunicación está pensado desde la cultura .Se entiende comunicación como el proceso que construye diálogo y relaciones, generadora de espacios de intercambio que contribuye al cambio y al desarrollo. La comunicación es recíproca, donde se considera la cultura, las percepciones, las creencias y las capacidades en ambos sentidos, entre el emisor y receptor. Como señala Alfaro “Es el reconocimiento de la existencia de personas que se relacionan entre sí dinámicamente, se interpelan intersubjetivamente a través de medios o no, donde existe uno y otro, o varios con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones objetivas y principalmente subjetivas.”.(Alfaro 1993: 1)

3.3.5. Niveles de intervención comunicacional

Los niveles de intervención comunicacional son diseñados de acuerdo a la realidad, los recursos y potencialidades que articula y afianza los esfuerzos desplegados. La intervención en comunicación puede llevarse a cabo en diferentes niveles o ámbitos. Como puede ser en los medios de comunicación, a través de la publicidad y/o cobertura periodística. Se pueden dar a nivel comunitario y se pueden realizar en espacios públicos locales como en las plazas o mercados.

La comunicación interpersonal, es otro nivel de comunicación directa y que básicamente se desarrolla en los servicios de planificación familiar. Es la comunicación cara a cara. Como puede ser a través de la consejería, es brindada por el profesional de la salud.

3.3.6 Canales de comunicación

Es el medio a través del cual se realiza la comunicación, se pueden agrupar de la siguiente manera: masivo (Radio, Televisión, Periódico etc.); interpersonal/grupal (Consejería, Socio drama, Teatro popular, etc.); comunitario (Ferias, Eventos recreativos y deportivos, Pasacalles, etc.) y de apoyo (Folletos, Rotafolio, Afiches, Historietas, juegos educativos, etc.).

3.3.7. Componentes de eficacia en comunicación

Existen variables de análisis para medir la eficacia de los mensajes, estos son:

- a. Atracción: apela sentidos vista, oído, ambos. Utilidad y oportunidad del mensaje.
- b. Comprensión: mensaje base claro, concreto, conciso.
- c. Involucramiento: el público debe tomar el mensaje como propio, sentirse identificado con el mensaje para ello se toma en cuenta los códigos lingüísticos y visuales de la comunidad.
- d. Aceptación: se tiene cuidado de no perturbar a la población, se considera la cultura, factibilidad, acceso a recursos, enfrentar prejuicios, respetar diferencias socioculturales.
- e. Inducción a la acción: aparece explícito en el mensaje el comportamiento que se quiere inducir, las prácticas que se buscan modificar y los beneficios proporcionan los nuevos comportamientos.

3.3.8. Métodos anticonceptivos

Un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción. Los métodos anticonceptivos son una forma de control de la natalidad. Los métodos anticonceptivos contribuyen

decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, así como en la disminución del número de embarazos no deseados. Son una serie de procedimientos que emplea objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, especialmente el embarazo no deseado.

La elección de un anticonceptivo depende de muchos factores, entre ellos la edad, la salud del usuario/a, el deseo del compañero o compañera de participar en la planificación familiar, el comportamiento sexual de la pareja y un examen cuidadoso de las ventajas y contraindicaciones que implica usar un método de contracepción (INNPARES 2004)..

Los métodos anticonceptivos modernos hacen referencia a los que son diferentes a los métodos naturales, por lo general con un producto externo que pueden o no contener químicos, y tenemos una variedad de métodos anticonceptivos entre ellos:

- **Métodos de barrera** (preservativos) impiden que los espermatozoides ingresen al útero y trompas de Falopio en el que podría haber un óvulo esperando ser fertilizado. Hay varios tipos de métodos de barrera para elegir por la mujer y varón y son: el preservativo femenino y masculino, diafragma y la esponja⁸ LeaContraceptivum.
- **Métodos químicos y hormonales:** son una de los métodos más empleados y considerados eficaces. Entre ellos tenemos: la píldora anticonceptiva, espermicidas, anticonceptivo subdérmico, anillo vaginal, píldora trifásica, píldora cero estrógenos, píldora del día después. anticoncepción hormonal masculina está en desarrollo y Parches anticonceptivos entre otros.

⁸ La esponja es un dispositivo desechable de goma de poliuretano con forma de marshmallow (malvavisco) que cubre el cuello uterino, está diseñado para absorber y atrapar el semen. La esponja contiene espermicida para eliminar el semen.

3.3.9. Género

El concepto de género empieza a ser usado a partir de los años 70 por Esther Boserup, quien lo uso para aclarar la división sexual del trabajo, el concepto de género estaba centrado en “mujeres en el desarrollo”.

El género requiere la deconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres, descrito como “feminidad” y “masculinidad”. Así también hay que tener en cuenta que género no significa “la mujer” o “feminismo”, se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.(OPS 2010)

Se debe también considerar que el género al ser una construcción social, varía de una época a otra, y de un grupo social a otro, muchas veces en función de la economía, las normas y valores, así como la religión, la política y la edad (Moreno 1999). Todo ello hace que las características, oportunidades y expectativas asignadas a las personas no sean las mismas de una generación a otra, ni de un grupo a otro.

En el caso de las áreas rurales, la tendencia a mantener las costumbres y las tradiciones es mucho mayor que en las áreas urbanas. Ello provoca que de alguna manera se vean como normales y naturales muchos comportamientos y actitudes, que en determinadas circunstancias no benefician por ejemplo a las mujeres, pero al ser algo que "se lleva haciendo toda la vida", o "que así ha sido siempre", no se percibe como un lastre que limita el libre desarrollo de las personas⁹.

Algunos programas de salud reproductiva han tomado conciencia de la perspectiva del enfoque de género, ante ello han ampliado los servicios

⁹ Ibid.

más allá de la atención materna y neonatal, han fomentado la toma de decisiones por parte de las mujeres, y han empezado a ver a las mujeres dentro del contexto más amplio de la pareja y la comunidad (Paulson, 1998).

En la actualidad el concepto de Género se refiere a las construcciones sociales, psicológicas, culturales e históricas que se asignan a hombres y mujeres en una sociedad y en un tiempo determinado. Estas características también incluyen los prejuicios y estereotipos, que se tiene de hombres y mujeres. Como el género se construye a través del tiempo y se refuerza con la cultura, también puede modificarse con el tiempo y variar de una cultura a otra.

Con lo cual se distingue entre sexo y género, la primera está referida a cuestiones biológicas y la segunda a las implicancias socioculturales que se dan en el desarrollo de la persona.

Existen factores que intervienen también en las relaciones de género, estas diferenciaciones han sido producto de diversos factores que han influido en su transformación como los factores culturales, los medios de comunicación, el sistema económico y político, la legislación los factores demográficos y el sistema educativo. Las relaciones de género se establecen a través de procesos como la comunicación o el control de poder y se transmiten a través de la educación, la familia, la escuela y el medio que nos rodea.

3.3.10. Machismo

El machismo, considerado como los comportamientos (actitudes, acciones y discursos) congruentes con el sexismo y el patriarcado, es diariamente reproducido por hombres y mujeres en una serie de prácticas sociales más o menos triviales. Prácticas por medio de las cuales se confirma la subordinación de las mujeres a los hombres. El discurso es una de ellas y

contribuye a la reproducción del machismo de múltiples maneras. Un ejemplo bien conocido es el cómo habla un hombre machista a una mujer. En este caso, el abuso de poder masculino puede actuar directamente en el control del discurso y en la marginalización de la mujer, por ejemplo, imponiendo el tema, interrumpiendo la conversación de la mujer o humillando a la mujer por medio del uso de lenguaje denigrante o insultante (Tannen, D. 1996)

Se dice que el hombre no nace con el machismo, ya que es un comportamiento que ha ido aprendiendo en el transcurso de su vida, en muchos casos el machismo se ha visto y se aprendido en el hogar y en la vida cotidiana.

Por tanto, el machismo es un conjunto de creencias y actitudes de superioridad desde el punto de vista del hombre sobre la mujer, designado a la mujer inferioridad, en otros casos el hombre cree que es el quien debe “mandar y elegir”, y ello se manifiesta en su quehacer diario, así como en acciones hostiles y ofensivas con la mujer, en otros casos presenta actitudes discriminatorias, pero también el machismo se puede presentar por la dominación económica del hombre, quien desconoce el aporte de la mujer en el trabajo diario del hogar y la crianza de los hijos/as.

3.3.11 Interculturalidad

Para entender el término interculturalidad debemos tener claro el concepto de cultura, así tenemos que desde la perspectiva socio semiótica se define la cultura como “el conjunto de los procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación de la vida social...” circulación de bienes y mensajes, cambios de significado del pasaje de una instancia a otra, de un grupo a varios. En este movimiento se comunican significados, que son recibidos reprocesados o recodificados (García Canclini, 2004).

El sentido y el valor que las personas atribuyen a expresiones socioculturales (gestos palabras, objetos, ritos) no pueden ser comprendidos de manera aislada sino en el marco de una cultura. Cada persona posee su identidad cultural y para su comprensión es necesario apreciarlo en su contexto, ya que es ahí donde se evidenciará más claramente sus elementos¹⁰. (Cépeda 2009)

La cultura está presente en el conjunto de formas o modos particulares de expresar la vivencia del mundo y de la vida, en la cerámica, el teatro, la danza, la música, pero no sólo como producción tangible sino como el conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse uno mismo en cuanto individuo y en cuando a grupo. María Heise, Fidel Tubito y Ardito, afirman que el núcleo de una cultura está constituido por la forma y el grado de autoestima grupal. La autoestima está estrechamente relacionada con la auto-imagen o auto-representación que el grupo tiene de sí mismo. Un elemento importante para la formación de la auto imagen de un grupo es la manera como siente que es percibido, valorado o menospreciado, reconocido o desconocido, por otros grupos culturales con los que está en relación.

Es importante resaltar que el enfoque de la interculturalidad está ligado a otros enfoques como (INDEPA 2010):

- **Enfoque de desarrollo humano:** el cual promueve el desarrollo de capacidades personales y libertades en el marco de un desarrollo sostenible, con equidad social y preservación del medio ambiente.

¹⁰ “La cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa”. Para la autora la perspectiva socio semiótica en primer lugar recupera la centralidad de los sujetos y el componente subjetivo involucrado en todos los ámbitos de creación cultural.

- **Enfoque de derechos humanos:** promueve la protección y el ejercicio de los derechos humanos individuales y colectivos de las diversas comunidades.
- **Enfoque territorial:** concibe el territorio como un espacio socialmente organizado con rasgos sociales, culturales e histórico propios, importantes desde la perspectiva de desarrollo local.

Por lo expuesto se conceptualiza que interculturalidad se refiere a la interacción de dos o más culturas, y donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, es decir, todo se dé en forma horizontal, beneficiando en todo momento la integración y la convivencia entre las culturas y por ende de las personas. En las relaciones interculturales se establece también una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Es importante aclarar que la interculturalidad no se ocupa tan solo de la interacción que ocurre, sino también de la convivencia y de todo lo que sucede entre las personas, sus tendencias ideológicas, creencias y otros aspectos.

3.3.12. Multiculturalidad

Termino que surgió en Europa y EEUU para referirse a la convivencia pacífica o conflictiva de grupos de migrantes de distintas culturas en un territorio, ha servido para promover la tolerancia y para formular políticas de equidad de oportunidades y de discriminación positiva, no cuestiona las relaciones asimétricas entre culturas, como fruto de las relaciones de poder político y económico (Tubino, 2002). Para Céspedes (2009) En contextos multiculturales prevalece un modelo de *diglosia cultural* que atribuye un alto valor a las manifestaciones culturales de un grupo hegemónico en desmedro de las manifestaciones culturales de los otros grupos. (Lienhard, 1996). No obstante, los miembros de los distintos grupos se apropian de prácticas culturales diversas y las utilizan de acuerdo a sus intereses.

Actualmente, aun cuando el fenómeno migratorio ha contribuido a difundir y valorar algunas prácticas propias de las culturas de origen andino y amazónico el quechua está reconocido como idioma oficial y la Ley general de educación propugna la educación intercultural, las culturas de origen andino y amazónico siguen siendo consideradas como “tradicionales” en oposición a lo moderno y por lo tanto de menos valor social.

La diversidad cultural y las marcadas desigualdades en nuestra sociedad plantean el reto de pasar del reconocimiento de la multiculturalidad y de las relaciones culturales disglósicas a construir una sociedad intercultural. En este tránsito la educación tiene un importante rol que cumplir para superar las relaciones de desigualdad social, cultural y política.

3.3.13. Planificación Familiar

La planificación familiar es la utilización de procedimientos naturales o artificiales, tanto temporales como definitivos para impedir la fecundación, con el objeto de disminuir el número de hijos/as por familia de manera voluntaria.

La planificación familiar proporciona a las parejas la oportunidad de determinar tanto el número de hijos/as, como los intervalos entre los nacimientos, ofreciendo ventajas sobre la salud reproductiva. Entendida ésta como el bienestar completo, físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad en todas las áreas del sistema reproductivo y sus procesos de funcionamiento.

La planificación familiar requiere de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad y maternidad responsable y como producto de una

opción libre y consciente. Por supuesto esto requerirá de procesos intencionales permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como el familiar.

3.3.14. Ciudadanía

La ciudadanía implica ejercicio de derechos, pero también de desarrollo de capacidades y responsabilidades. Capacidades para entender, dialogar con, discernir de, criticar a, desmontar y construir el poder desde el espacio público.

Está relacionada también con la participación activa e informada en la formulación, aplicación y vigilancia de las estrategias para políticas públicas (Beltroy 2007).

Como señala Marshall, ser ciudadana/o de pleno derecho hoy implica "desde el derecho a un mínimo bienestar y seguridad económica hasta el compartir al máximo el patrimonio social y a vivir la vida de acuerdo con los estándares imperantes en la sociedad".

De acuerdo con lo expuesto, la ciudadanía es un concepto mediador porque integra exigencias de justicia (derechos y deberes) a la vez que hace referencia a los que son miembros de la comunidad. Sin embargo la ciudadanía es un concepto complejo que abarca diversos aspectos.

3.3.15. Universalización del acceso

Asegurar una cobertura real de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a toda la población, haciendo que los servicios satisfagan las condiciones de accesibilidad económica, geográfica y cultural para los habitantes; asegurando la disponibilidad y la suficiencia de recursos físicos, humanos y financieros.

3.3.16. Salud Intercultural

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

La salud intercultural es un tema reciente que se viene desarrollando. Por lo tanto, el diseño de estrategias que faciliten el mayor diálogo y comunicación entre modelos se hallan abierto a la creatividad de quienes van a elaborar las acciones en salud intercultural.

3.4. DESARROLLO TEÓRICO

La planificación familiar es uno de los temas que más se ha estudiado a nivel nacional e internacional, teniendo por tanto una considerable bibliografía pero propiamente al tema que será parte de nuestra investigación: La gestión de la comunicación en los servicios de planificación familiar, específicamente en los métodos anticonceptivos modernos, existen escasos estudios que tomen en cuenta los ejes principales de la presente investigación, que es la gestión en comunicación, y la estrategia de información, educación y comunicación (IEC) empleada para el trabajo con la comunidad, desde la perspectiva de interculturalidad, género y Salud Sexual y reproductiva(SSR). Se toma como referencia estudios en planificación familiar, políticas sociales, gestión de programas, estrategias de trabajo con población rural y comunicación. La comunicación se entiende como la construcción de vínculos y sentidos compartidos por las personas. Esta dimensión

comunicativa tiene por tanto que ver con los procesos de la promoción de salud.

En este sentido, la comunicación es un componente trascendental en cualquier ámbito para el desarrollo. En salud es decisiva en la prevención y la promoción contribuyendo a preservar la vida de las personas. Por eso aparece claramente definido como línea de acción en la Norma Técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud (2005), indicando que este componente comunicacional comprende el ofrecimiento de información de la variedad de los métodos anticonceptivos que se encuentran enmarcados en marco de los derechos humanos, así como motivar la participación activa de varones y mujeres en la planificación familiar.

Una de las estrategias de comunicación con mayor éxito es la denominada IEC o Información, Educación y Comunicación, la cual también es señalada en la citada norma técnica y que caló en todos los proyectos y programas de salud desde los años 90'. Estela Roeder¹¹, señala que se tergiversó este enfoque en lo que realmente comprendía y esto sucedió por la carencia de soporte teórico y los pocos espacios de aprendizaje para abordar las lecciones aprendidas. IEC se redujo a una estrategia basada en campañas temáticas por ejemplo de mortalidad materna, vacunación, etc. y que aún sigue subsistiendo en las acciones comunicacionales en salud y que básicamente se expresa en la producción de materiales comunicacionales, no sitúan a las personas como el centro de las acciones de las mismas. Por lo tanto, adquiriendo un enfoque reduccionista pues se especializa en trabajar productos y que deja de lado, en segundo plano, a su población objetivo.

Ante ello Roeder (Roeder 2005: 29-30) explica que el personal de salud entiende IEC como campaña, sin posibilidad de evaluar los procesos, resultados e impactos de la acción comunicacional. Esta fragilidad esta

¹¹ Docente universitaria y comunicadora social, con amplia experiencia en comunicación en salud.

aún presente ante la inexistencia de una política de comunicación en el sector salud.

Cuando la Norma Técnica de Planificación Familiar señala *propiciar la participación activa de hombres y mujeres en decisiones y prácticas relacionadas a planificación familiar*, se está refiriendo a una comunicación que desarrolla procesos y relaciones mucho más allá de hacer solo materiales. Y es que alude a la cultura, a involucrar a hombres y mujeres, reconocer al otro como sujeto de diálogo, implica identificar sus necesidades e intereses, así como reconocer su capacidad y conocimiento para resolver un problema de salud y los riesgos que conllevan.

Desde esta perspectiva, por un lado, deja de tomar en cuenta el carácter normativo que caracteriza a las atenciones de salud, en el que se indica lo que las personas tienen que hacer ante determinadas situaciones.

A la vez es superar la percepción de la cultura como barrera¹², donde el problema es atribuido esencialmente al receptor, vinculándolo con la *carencia de una relación equitativa entre el establecimiento de salud y la población*, donde la comunicación señala lo que el otro tiene que hacer, en un solo sentido, *una relación paternalista y vertical*, que no reconoce a la persona como sujeto de diálogo ante el profesional de la salud.

La IEC sin letras y la salud sexual reproductiva, es la sistematización del proyecto “Promoción y capacitación sin letras en Salud Sexual y reproductiva con perspectiva de género en zonas rurales” (INNPARES 2000) con el objetivo de incrementar el uso de métodos anticonceptivos modernos y el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva de

¹²se interpreta las barreras culturales que interfieren en la comunicación como vacíos de información o creencias de la población que resultan en un comportamiento individual incongruente con las recomendaciones y prescripciones de los servicios de salud. (Ballenas 2005).

los analfabetos y semianalfabetos de las zonas rurales de Loreto y Ayacucho.

Esta propuesta, desde la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), realizó actividades públicas como pasacalles o ferias, así como también actividades personales como visitas domiciliarias, tomando en cuenta la especificidad del tipo de público. También comprendió la producción de materiales, para lo cual recogieron las habilidades y creatividades de las propias comunidades. El enfoque transversal fue género y la calidad de atención en los servicios.

Es interesante esta publicación en el sentido que el componente comunicacional propuesto no se centró en la producción exclusiva de materiales sino en buscar la participación de la población en las actividades preventivas promocionales, así como en la elaboración de los materiales comunicacionales, teniendo en cuenta sus preferencias y costumbres.

Con respecto a la mejora de calidad de atención de los servicios de salud reproductiva consideraron importante trabajar una barrera de acceso, puesto que muchas mujeres recibieron maltratos de parte de los proveedores de salud por su condición de campesinas, por eso se trabajó con el personal de salud dos aspectos importantes: en su trato hacia la población usuaria y en el tiempo de espera. Esta acción es reforzada por la acción comunicacional.

La siguiente publicación es uno de lo más relacionados a la investigación que presentamos. Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaría¹³ (Ministerio de Salud 2000), es un estudio realizado en 9 regiones del país, en zonas rurales y urbanas, recoge datos interesantes

¹³ Fue realizado entre octubre de 1996 y junio de 1997, en algunos establecimientos de salud de las regiones de Ancash, La Libertad, San Martín, Ucayali, Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Moquegua, Puno (zona aymara y quechua) y Tacna.

sobre las preferencias de los/las usuarios/as y las maneras en que se informa, así como un listado de necesidades y recursos comunicacionales existentes en las diferentes zonas. Concluye que existe un marcado interés y preferencia en procesos de comunicación interpersonal, grupal y actividades de promoción.

Este estudio ha permitido identificar tres tipos de interacción entre el proveedor de salud y la usuaria que van de la más participativa a la menos participativa. Ello lo hizo identificando algunas barreras que se presentan en la comunicación durante la interacción entre proveedor y usuaria. Una de estas barreras es la falta de identificación entre la usuaria/o y el personal de salud. Esta barrera guarda relación al aspecto cultural como por ejemplo el uso de hierbas. Otro elemento que encontró el estudio se refiere a que el proveedor de salud no sabe expresarse empleando en lenguaje sencillo y común de la población. Otros elementos fueron el maltrato y el idioma. También se identificó elementos facilitadores de la comunicación como la confianza y la empatía.

Investigación Operativa en Planificación Familiar, es un libro que contiene un panorama de la Investigación Operativa usada en programas de planificación familiar en una colección de artículos publicados en los últimos 35 años, con ejemplos provenientes de países en desarrollo de Asia, África y América Latina. Relacionados al tema de estudio se referirá algunos de sus hallazgos. (Foreit, J. y Frejka T. 1999)

El Impacto de la Publicidad en Medios Masivos sobre un Programa de Esterilización Voluntaria en Brasil, este es un estudio que se realizó entre los años 1985 y 1986 para promover un método anticonceptivo, la vasectomía, en la ciudad de Sao Paulo (Brasil) donde había uso considerable de diferentes métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, la vasectomía tenía baja prevalencia. Los tres objetivos del estudio fueron: incrementar el conocimiento de la vasectomía entre la

población general, aumentar el número de clientes nuevos y de vasectomías realizadas, y medir los costos y el costo-efectividad de la promoción en los medios masivos.

La clínica privada, que realizó el estudio, difundía sus servicios de esterilización a través de la promoción interpersonal que lo realizaban los clientes satisfechos de su servicio. Como estrategia de comunicación decidió la difusión en revistas de gran circulación. Así a lo largo de la campaña, la práctica clínica se vio afectada positiva y significativamente por la campaña publicitaria. Los resultados de este estudio demostraron claramente que la publicidad en los medios masivos fue un vehículo eficaz y con costo-efectivo para aumentar la demanda por servicios de vasectomía en la ciudad de Sao Paulo, en Brasil.

Para diseñar e implementar esta estrategia tuvieron en cuenta que los mensajes genéricos son innecesarios en sitios en donde la prevalencia anticonceptiva ya es elevada, como fue el caso de Sao Paulo. En este tipo de ciudades, la propaganda, señala el estudio, debería ser más selectiva promoviendo una fuente o un método sub-utilizados. En este estudio se ilustra este enfoque selectivo.

Otro estudio de investigación operativa ¹⁴ también interesante, realizado por esos años, fue llevado a cabo en Lima y Trujillo a través de un experimento de investigación operativa para determinar la eficiencia de la distribución de base comunitaria de métodos anticonceptivos realizado por varones.

En ambos lugares, hubo mayores probabilidades que los distribuidores hombres brindaran servicio a clientes varones, y que las mujeres distribuidoras lo hicieran con clientes mujeres. Se observó que el género ejercía un impacto sobre la elección del método y las mezclas que los

¹⁴ Una comparación del desempeño de hombres y mujeres distribuidores de DBC en Perú.

clientes elijan. Los hombres vendieron tantos o más que las mujeres, y reclutaron tantos o más clientes nuevos.

Un estudio realizado en una de las clínicas de Inppares (León y otros 1999) encontró una estrategia de comunicación sencilla en cómo generar la demanda inicial por nuevos servicios de salud reproductiva. Para ello diseñaron un folleto interactivo que los usuarios de las clínicas podían utilizar como ayuda para decidir si necesitaban algunos de los nuevos servicios de salud reproductiva disponibles en la clínica. La información era reforzada por las trabajadoras de la recepción.

Con la puesta en práctica de esta estrategia permitió mejorar los ingresos de la clínica y, al mismo tiempo, aumentó el nivel de información respecto de los problemas y de los servicios de salud reproductiva. El estudio demostró cómo una herramienta promocional de bajo costo, distribuida al interior del centro, puede incrementar la utilización de los servicios y el ingreso.

La publicación, “Información y Educación en Planificación Familiar”, presenta los resultados de una investigación que se realizó en países latinoamericanos, Colombia y México, en que las mujeres al llegar a los servicios son más bien víctimas de exceso de información sobre la fisiología de la reproducción, los problemas demográficos, el costo de la crianza y educación de hijos/as, entre otros; resalta la poca identificación con la necesidad de los/las usuarios/as, que es su deseo a no tener hijos/as temporalmente o permanente, algo que les sirva y que no les produzca daños y lo que reciben es algo paradójico cantidad de información pero no específicamente la que requieren. (Sobrerilla y Fukumoto, 1985)

El estudio fue realizado en un centro de planificación familiar y en el hospital, indagaron sobre lo que aprenden los usuarios. La primera conclusión es que aprenden algo pero no lo suficiente y esto lo

demuestran en el estudio seleccionando a las mujeres que más necesitan informarse, y fueron las que tenían bajo nivel de instrucción, cuatro años de estudio, quienes mostraron gran desconocimiento de hechos básicos sobre el uso de método anticonceptivos.

Una de las explicaciones que se da al respecto es que la usuaria tiende a estar nerviosa cuando llega por primera vez a la consulta, deseosa por lo que va a suceder, a esto se une la larga espera y la vergüenza que puede sentir por el examen físico; lo cual le genera un estado desfavorable para el aprendizaje. Otra de las razones es el lenguaje usado, un lenguaje sofisticado o dibujos incomprensibles o poco relacionados a su realidad. Este trabajo aborda el aspecto comunicacional al interior del establecimiento de salud.

Los resultados de este estudio guardan cierta relación con el llevado a cabo en la región de Huancavelica, sobre el abandono que hay en el uso de métodos anticonceptivos modernos porque no les explican los efectos secundarios. (Altobelli, 1998)

Concerniente a este punto, se hace referencia a que las mujeres de zonas rurales existe la prevalencia del método tradicional (método del ritmo) porque es considerado inofensivo, la explicación que se ha encontrado en algunos estudios es por los efectos que han padecido con algunos métodos anticonceptivos modernos, lo cual está unido a la insuficiente información que se les proporciona. (Palomino, Valverde y Vásquez; 2003).

Al respecto, en un estudio que se realizó en Santa (Ancash), en dos hospitales concluyó como razones para la discontinuación en el uso de métodos de planificación familiar, los efectos colaterales del uso del método y el temor a los efectos. Ante esta situación precisa que la

consejería adecuada es la mejor herramienta para reducir el abandono de anticonceptivos. (León y Chu, 1998).

Otro punto necesario de abordar es la participación de la pareja en la planificación familiar, el género es una estrategia crucial en la actual Norma Técnica de Planificación Familiar. La equidad de género está también íntimamente ligada a la comunicación.

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Chimbote se encontró entre las razones para que los hombres no acudan al centro de salud: que lo identifican como un lugar donde acuden las mujeres, porque lo relacionan dentro de sus quehaceres, ven el cuidado de la salud como una cuestión de mujeres.

Otro aspecto es el horario de trabajo, la dificultad que tienen para ausentarse del trabajo para ir al establecimiento de salud. Así como la nula identificación con el proveedor de salud, puesto que referían que quienes atendían eran mujeres y eso los inhibe de hablar de temas íntimos como su sexualidad.

El estudio también refiere que los varones perciben al establecimiento de salud como un lugar donde acuden personas vulnerables, personas débiles con la que no desea ser identificado. En consecuencia, hay cierto rechazo inconsciente al servicio de planificación que está ubicado en el interior del establecimiento. Al respecto surge la necesidad en conocer cómo se viene insertando la equidad de género en el componente comunicacional en los servicios de planificación familiar.

En Cuba en el año 2005 se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de identificar las causas de la baja participación de los hombres en la consulta de planificación familiar encontrándose que el hecho de tener que compartir la entrada a la consulta en una sala de espera llena de

mujeres incrementa la timidez y la evitación de dicha situación, por lo que en algunos países se han diseñado las consultas solo para los hombres. Este mismo estudio refiere que los varones tienen poca motivación para acudir a la consulta de planificación familiar a elegir junto con su pareja un método anticonceptivo, o un método para él o solicitar consejería, es por el desconocimiento de los hombres, así también por el de la mujer que debería motivar a su pareja a participar (Prendes y otros 2001). También menciona que la labor educativa del equipo encargado de salud materna sexual y reproductiva dirigida a la comunidad es pobre y que han realizado pocos trabajos y no se ha tomado en consideración las necesidades específicas de los hombres.

El enfoque de género también es un aspecto importante para esta investigación por lo que revisamos un estudio titulado salud sexual y reproductiva un punto de vista del varón, estudio que se realizó también en Cuba (2006), donde se tiene como resultado que los varones entre los 20 y 29 años tienen concepciones resaltantes acerca de la infidelidad y la violación. Se debe destacar que los varones rechazaron en gran mayoría la idea que sostiene que los anticonceptivos promueven la infidelidad femenina. Respecto a la violación no comparten la idea de que "las mujeres son violadas es porque provocan al hombre". Esta expresión motivó el mayor desacuerdo de todas y fue una minoría, los que indican que comparten esa idea.

Como desde la primera página de este capítulo se viene señalando que la cultura está articulada a la comunicación. Al entender la comunicación como proceso de relación con el otro y asimismo, como un espacio donde se construyen conocimientos a partir del diálogo con los otros. Es así como se concibe la comunicación desde la cultura. La cultura comprende al "conjunto de los procesos sociales de significación, o, de un modo más complejo, la cultura abarca el conjunto de procesos sociales de

producción, circulación y consumo de la significación en la vida social". (Canclini, 2004: 30-34).

Como sujetos sociales estamos produciendo significados, en el proceso comunicativo somos portadores de cultura. La comunicación es cuestión de mediaciones más que de medios, cuestión de cultura y, por tanto, no sólo de "conocimientos sino de re-conocimiento" (Martín Barbero, 2001:10). Se deja de lado el rol instrumental de la comunicación y se articula a las prácticas de comunicación, "en los procesos derivados de la apropiación y el uso" (Cortés s.a.).

Desde este enfoque es que se plantea este estudio comunicacional que la investigación trascienda a las prácticas de comunicación, más allá de los medios, a los espacios y procesos sociales de la vida cotidiana, por ello nos detenemos a explicar otro significado muy relacionado a la investigación como es el tema de género.

Naila Kaaber, explica que la maternidad es una dimensión personal y social, ambas muy ligadas, pero que la mujer puede vivir la maternidad de manera contradictoria en algunas sociedades ya que puede ser impuesta y a la vez una de las formas de alcanzar reconocimiento social. Es el entretendido de dimensiones individuales y sociales el que confiere la decisión de tener o no hijos/as por lo que no es solamente una cuestión de control de natalidad, no consiste sólo en un aspecto técnico y demográfico. (Kaaber, 1998)

El enfoque de los programas de planificación familiar ignoraban las relaciones sociales más amplias en las que viven las mujeres, ellas eran consideradas como la causa y la solución para controlar la natalidad¹⁵.

¹⁵ Más adelante se hace referencia a los casos de violaciones a los derechos humanos de las mujeres, como son las denuncias de esterilizaciones forzadas que sucedieron en nuestro país.

Como en el resto del mundo, en el país, los anticonceptivos eran la receta cuya primera causa biológica eran las mujeres, teniendo poco en cuenta la posibilidad que las mujeres elijan qué método quieren usar, teniendo conocimiento de los riesgos y en consecuencia, control sobre su cuerpo, sobre su capacidad reproductiva. No se buscó generar como una necesidad reconocida de las propias mujeres. Al respecto Kaaber lo sintetiza claramente: “En consecuencia, la política oficial de población ha funcionado con frecuencia como una negación de la opción de las mujeres, y no como un incremento de esta opción”. (Kaaber, 1998).

En un informe realizado por las organizaciones no gubernamentales Flora Tristán y Manuela Ramos sobre el balance de investigaciones en salud con perspectiva de género de los años 1990 al año 2000, evidencia que se está tomando en cuenta el uso de métodos anticonceptivos y no otros factores que también son importantes para solucionar sus problemas. Es así que las investigaciones proponen la necesidad de construir un diálogo con las perspectivas de las mujeres para mejorar su salud sexual.

Patricia Ruíz Bravo plantea un concepto integrador de género toma en cuenta desde tres elementos fundamentales: el concepto de género, las relaciones de género y el sistema de género. En el caso de la conceptualización señala que sirve para identificar las características propias que identifican cultural y social al hombre y la mujer, todo ello desde sus diferencias biológicas. Con lo cual se pone de manifiesto que las características femeninas y masculinas se van adquiriendo en todo el proceso de desarrollo, es decir son construcciones socioculturales que se dan con el tiempo y la cuales pueden ser modificadas o cambiadas.

A través de las relaciones de género, vienen a ser una construcción social, que varía de una época a otra, de un lugar a otro, así como de grupos sociales; en otros casos, están relacionados en función de la economía en la que viven, así como las normas, la religión, valores, la política y otros. Ante ello todo esto las características, oportunidades y

expectativas asignadas a las personas no serán siempre las mismas, ya que varían de una generación a otra. La relación de género se forma a través de procesos como la comunicación, el control de poder y se transfieren a través de la educación, la familia, el colegio y todos espacios o medios que nos pueden rodear en nuestra vida diaria.

Con respecto al sistema de género señala que los roles y las propias características masculinas como femeninas se desarrolla en espacios de la vida diaria, los cuales son producto de las diversas prácticas culturales como sociales. A este conjunto de símbolos, ideas, normas, prácticas y valores se le conoce como el sistema de género o sistema de sexo/género, que es sustancialmente un producto de la cultura y no de la biología humana o de la selección natural (Steiner 2000:408).

Justamente Carmen Yon, en *Preferencias reproductivas y anticoncepción: hablan las mujeres andinas*, analiza las preferencias reproductivas de las mujeres, las motivaciones y sus significados personales y culturales para tener sus hijos/as/as. Aborda desde la individualidad, lo colectivo y el entorno, es decir el sistema de género que alude Ruiz. (Yon 2000).

Según los autodiagnósticos realizados y que sistematiza esta publicación, el tener "muchos hijos/as" fue señalado como un problema importante por las mujeres rurales. Manifestando significados culturales que le otorgan las mujeres. Señalan como una de las principales razones *por las que no acceden a los denominados métodos anticonceptivos "modernos", se encuentra asociada a procesos que chocan con el concepto de bienestar de las mujeres quechuas*. Una de las razones que las mujeres andinas expresan en no usar métodos "modernos" es la oposición de sus parejas por el temor a la infidelidad y a sus efectos en la salud de las mujeres. Sin embargo, las mujeres no asumen siempre de modo pasivo las imposiciones o desacuerdos de su pareja. Este sentir de las mujeres es importante tener en cuenta para la comunicación entre

proveedores de salud y usuarias y usuarios. El factor cultural tiene que estar asociado al componente comunicacional para su efectividad. El estudio recomienda incorporar las perspectivas de las mujeres rurales del ande en el diseño e implementación de las intervenciones de salud reproductiva, valorando sus concepciones y conocimientos sobre el cuerpo y la salud.

Se puede señalar que en las investigaciones encontradas, la línea comunicacional es tomado generalmente como un aspecto dentro del estudio, enfocado en la interrogante a través de qué medio se informan las mujeres o usuarios sobre los métodos anticonceptivos. Es necesario profundizar la gestión de este componente comunicacional en las zonas rurales, ya que se podrá analizar la relación con la cultura y las limitaciones que surgen por la dificultad del acceso geográfico y recoger algunos elementos que contribuyan a disminuir esta inequidad en la salud reproductiva y sexual que viven las mujeres de las zonas rurales andinas. Habría que enfatizar además el enfoque de los derechos en salud sexual y reproductiva. Ya que no parece existir el mismo enfoque en salud, el que se centra en el servicio de planificación familiar tanto en varones como en mujeres.

Desde la Gerencia social tenemos a Arriagada, quien analiza el cambio social, cultural y económico que vienen pasando las familias latinoamericanas y sobre todo las mujeres madres. La autora nos dice que fueron de acuerdo a los años el rol de la mujer ha cambiado mucho pues de estar a cargo del hogar, ha pasado a ser parte de la población económicamente activa, debido a diversos factores como la pobreza, el abandono del hogar por parte del esposo, por quedar viuda, y sobre todo porque las mujeres están cumpliendo más roles en la familia y en la sociedad, aparte que tiene la exclusiva responsabilidad de las tareas reproductivas. Se menciona en el texto que el problema principal es la ausencia de diagnósticos y propuestas de políticas adecuadas a las

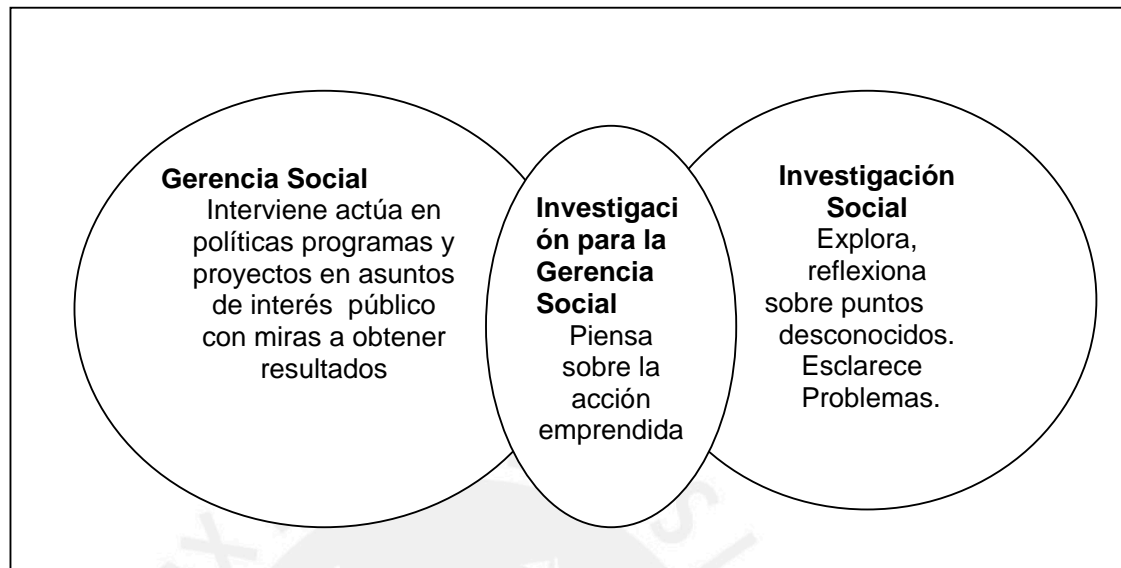
nuevas realidades que viven las familias en sociedades de transición y en continuo cambio (Arriagada). Por lo que será necesario realizar investigaciones que aborden el tema de la familia para que se puedan plantear políticas sociales más acordes con la realidad.

El tema de la familia también debe ser considerado en las políticas públicas, para lo cual se deben evaluar los programas que se vienen llevando a cabo para verificar si se viene cumpliendo los objetivos y sobre todo si estás apoyando la normativa, si contribuyen en la protección de las familiar más vulnerables y si ayudan a modificar patrones culturales sexistas que tiene la población.

Bajo el mismo contexto se debe mencionar que la investigación en Gerencia Social tiene como principal característica el analizar e intervenir en los programas, proyectos sociales de interés público, proponiendo mejoras y planteando nuevas propuestas. Así mismo es deber de un gerente social contribuir en la generación de conocimientos sobre el contexto social y sobre las intervenciones de proyectos sociales propios y de otras gerentes.

Para entender mejor lo menciona anteriormente recurrimos al siguiente gráfico.

Gráfico 3. 3 Campos de Investigación de la Gerencia Social



Fuente: Separata del Curso de Investigación en GS 2010

Tovar señala dos perspectivas para analizar las políticas sociales. Una que es técnico y económico que se enfoca en lograr la eficiencia y eficacia. Pero hay otro enfoque que es política y dialógica, cuyo punto clave es la competencia social que viene a ser el manejo eficaz, flexible y comunicacional entre las dimensiones que integran la política social; todo esto apunta al crecimiento de los actores sociales y de sus capacidades y no sólo en lograr la efectividad del programa social. Ya que no solo se trata en la producción de servicios sociales, sino en que estas políticas sociales sean legítimas, es decir tengan la aceptación de los actores involucrados. (Tovar, Teresa; 2008)

Como se observa la investigación de la Gerencia social se basa en políticas públicas de interés público, lo que significa que debe estar en relación y concordancia con las necesidades de las personas y de la población beneficiaria y en la aceptación de estas políticas, para ello es necesaria la competencia social. Es por ello que la presente investigación sobre las acciones de comunicación en el tema de planificación familiar, es relevante pues analiza una problemática de la población rural incidiendo en la necesidad de considerar los enfoques interculturales, de

género y otros. Con esta investigación se quiere contribuir en la mejora de las estrategias de comunicación empleadas en la actualidad y hacer una propuesta en base a los enfoques abordados.



CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos luego de haber aplicado los instrumentos mencionados en el diseño metodológico. Así mismo se analizan e interpretan los resultados en base a los indicadores utilizados en la investigación. Para ello se inicia con interculturalidad.

4.1 LA INTERCULTURALIDAD EN LA LÍNEA DE ACCIÓN DE PROMOCIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La interculturalidad es el respeto a las diversas culturas. Oswaldo Salaverry señala:

“La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.” (Salaverry 2010: 80-93)

El enfoque de interculturalidad en la Norma Técnica de Planificación Familiar considera la necesidad de sensibilización y capacitación de los/as trabajadores de salud en los conocimientos de actitudes y prácticas de los/as usuarios/as, adecuación cultural de los servicios, trabajo con agentes comunitarios de salud y atención domiciliaria.

La salud ha permanecido en la práctica, en el ámbito de los médicos y profesionales de la salud, quienes han examinado la salud y los problemas de salud con un enfoque biomédico basado en la presencia o ausencia de enfermedad. Esta división separa la salud del contexto social, y las relaciones sociales y de poder en el que las personas viven. La salud no puede seguir siendo simplemente un concepto biomédico, sino

que debe ampliarse para incorporar los conocimientos de otras disciplinas. Nunca ha sido más importante para los futuros proveedores la necesidad de ser educados en un paradigma más amplio de la salud. No se puede decir que se está formando "buenos" médicos -o buenos enfermeros y enfermeras, obstetrices o técnicos- hasta que se use un modelo de educación médica que considera no sólo los factores biológicos, sino también los factores que determinan la situación social y consideren a la salud como un derecho humano fundamental". (Miranda 2008; 5)

Pero la interculturalidad está entrando a la fuerza, incorporándose en la salud no como parte de su propio proceso de desarrollo de la medicina sino por presión a los sistemas de salud en que se integre en la atención médica adaptaciones con sus patrones culturales de la población con la cual trabaja.

Es así que a través del enfoque de interculturalidad, en el presente estudio, se indaga el esfuerzo en cómo los trabajadores de salud concilian sus conocimientos, actitudes y capacidades a las características de la zona, es decir la interculturalidad, especialmente los relacionados con el aspecto comunicacional.

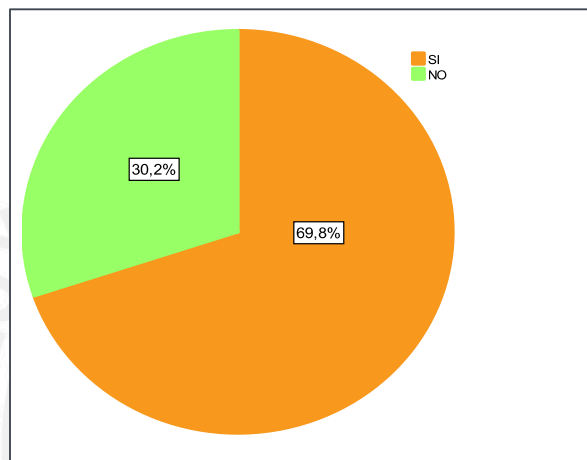
4.1.1. Entre el quechua y el español

Tayacaja es una provincia donde sus pobladores hablan el quechua y el español. Durante el estudio se ha podido observar en su hablar diario el español tanto en los grupos de usuarias y varones no usuarios del servicio de planificación familiar, viéndose el entendimiento de ambos idiomas. Aunque en las zonas alejadas como son los anexos y comunidades, el quechua es más común en su hablar cotidiano. En el caso de Colcabamba, se observó en las mujeres que cuando se encuentran en lugares como en la posta conversan en español, ya que en el ambiente familiar hablan en quechua, por sentirse más cómodas al

hablar. En el caso de los varones, el español es más común en ellos, lo hablan en todo los espacios que se encuentren.

Cerca del 70% de los/las usuarios/as encuestadas tienen como idioma materno el quechua. (Ver Gráfico 4.1)

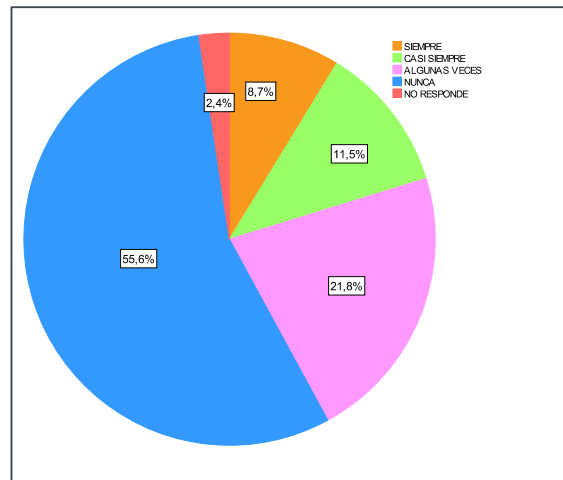
Gráfico 4. 1 El quechua como lengua materna



Elaboración propia. Junio 2011

En lugares como Acraquia, cerca del 90% de las encuestadas señalaron como idioma materno el quechua; el 94.7 % tanto en Ahuaycha y Colcabamba y el 100% en Tocas. (Ver anexos. Cuadro N° 4.1)

El 44.4% ha recibido información en quechua, según la frecuencia se distribuye de la siguiente manera: solo el 8.7% señalaron que siempre es informada en quechua, el 11.5% indicó que casi siempre es informada en quechua, el 21.8% precisa que algunas veces. Más de la mitad de usuarias encuestadas, señalaron que nunca fue informada en quechua. Ver Gráfico 4.2

Gráfico 4. 2 Frecuencia que recibieron información en quechua

Fuente: Elaboración propia. Junio 2011

Al analizar por zonas especialmente en los lugares que señalaron tener como idioma materno el quechua, tenemos que Tocas indicaron el 50% de las encuestadas que siempre les informan en quechua y la opción nunca tiene un cero por ciento. A diferencia de Ahuaycha que el 68.4% preciso que nunca recibió información en quechua; en tanto que en Acraquia el 65.5% y en Colcabamba, el 44.7% indicaron también que nunca recibieron información en quechua. Observar en anexos, Cuadro N° 4.2

En Ahuaycha, Colcabamba, Tocas y Acraquia son las zonas con más cantidad de usuarias quechua hablantes según los resultados de la encuestas. Las mujeres que participaron en los grupos focales señalaron haber recibido información predominantemente en español. En lugares como en Pazos, Pampas, Colcabamba, Daniel Hernández y Acraquia, la información recibida solo ha sido en español. En el caso de Pampas, la zona más urbana de Tayacaja, las participantes al grupo focal refirieron que han observado que el personal de salud se ha dirigido a mujeres de las comunidades en español pese a ser más quechua hablantes.

En Pazos, de manera similar, han observado que algunas mujeres no entendían algunas palabras, por lo que las mujeres que si entienden les

explican a las que no hablan mucho español y otras sugieren que todo el personal aprenda a hablar en quechua. Así lo explico una de los/las usuarios/as participantes del grupo focal.

“A veces vienen personas de las comunidades que hablan en quechua y nos les entienden” (CS Pazos).

Se encontró que en la Posta de Salud de Tocas, los/las usuarios/as que participaron del grupo focal mostraron su preferencia, en el grupo focal, por comunicarse en el idioma quechua, había preguntas que respondían primero en quechua y lo completaban en español o bien lo murmuraban entre ellas:

“*Wakillan Tanqamuy Wakillan* ama algunos hablan, algunos no hablan” (PS Tocas).

Asimismo en esta zona los/las usuarios/as señalaron que si han recibido información en quechua de manera completa.

En zonas como en Ahuaychua, Mullaca, les han dado a conocer en ambos idiomas, cuando no han entendido en español les explican en quechua. En Colcabamba, cuentan con personal de salud que le han informado en quechua, pero en otras ocasiones no.

“En español, si en quechua también nos hablan, cuando vamos nos hablan en quechua, en español hablan las más jóvenes” (PS Ahuaycha).

Del total de usuarias que recibió información en quechua, la mayoría, el 97% recibió información hablada, muy pocos señalaron que fue escrita, como se puede ver en anexos, Cuadro N° 4.3

Si bien la mayoría de los/las usuarios/as y más aún los varones hablan dos idiomas, el quechua y el español, sin embargo, las mujeres de anexos y comunidades alejadas del centro de los distritos suelen expresarse en el

idioma más familiar que es el quechua, lo cual tiene que ser considerado como elemento que identifique al proveedor de salud con la población y genere confianza hacia el personal de salud, quien suele proceder de las ciudades.

En el caso de los varones se han expresado con fluidez en español, aun así sugieren los jóvenes participantes del estudio que en el caso de los varones mayores se utilice el quechua porque han observado que hay palabras que no entienden.

Tabla 4. 1 Profesionales de la salud quechua hablantes

CENTROS DE SALUD	PROFESIONAL DE SALUD QUECHUA HABLANTES			
	Habla y entiende	Entiende pero no habla	Entiende algunas palabras pero no habla	No habla ni entiende
PAMPAS			1 PS	1 PS
DANIEL HERNÁNDEZ	1 PS	1 PS		
COLCABAMBA	1PS		1 PS	
PAZOS		2 PS		
AHUAYCHA		1PS		
ACRAQUIA				2 PS
MULLACA	1 PS			
TOCAS			1 PS	
TOTALES	3 PS	4 PS	3 PS	3PS

Elaboración propia. Marzo 2011

La mayoría de profesionales de la salud entrevistados señalaron no hablar el idioma quechua. Coinciden en señalar que la población joven habla español por lo que no es necesario manejarlo y si se requiere ayuda se acude al personal técnico o agente comunitario de salud para que le apoyen. Precisan que la gente mayor es quien mayormente habla el quechua. En Pampas, Pazos y Tocas señalaron entender un poco; en Colcabamba, un profesional de salud habla y entiende bien y otro personal de salud entiende algunas palabras; en tanto que en Ahuaycha

señalan entender bien, pero no hablan. En Mullaca y Daniel Hernández un personal de salud habla y entiende el idioma¹⁶. En Acraquia, señalan no hablar ni entender, piden ayuda al personal técnico del establecimiento de salud.

Ante esta limitación en el idioma es que una usuaria se expresa que nunca preguntan en qué idioma se debe dar la charla o consejería que da el personal de salud. También señalan que a veces vienen personas de las comunidades que hablan el quechua y no entienden cuando se les informa en español, dejando por tanto de lado a ese grupo de pobladores que si desea informarse porque no comprende los mensajes dados por no contar con un intérprete de la zona.

“Nunca preguntan en qué idioma, a veces vienen personas de las comunidades que hablan quechua y no los entienden” (CS Pampas).

El personal de salud reconoce esta limitación y señala que existe personal técnico (quien puede estar asignado a otras áreas) o el agente comunitario de salud le presta ayuda o en último caso alguna usuaria del servicio. Pero estas personas no siempre están disponibles en el momento. El personal de salud minimiza la situación señalando que con las mujeres jóvenes no se presenta esta dificultad porque hablan fluidamente el español.

El momento de la consejería dada por el personal de salud es clave, sobre todo la primera vez, que va a conocer el servicio de Planificación Familiar (PF), ya que es el momento donde estará tomando la decisión informada o los elementos necesarios acerca de su fecundidad. Asimismo de esta visita depende que vengan a las subsiguientes consultas para la continuación del método que usan y si no entienden o queda con dudas se puede disminuir la posibilidad a que continúe. Expresarse aún con algunas palabras en quechua genera confianza, puede establecer este

¹⁶ Aunque es este último lugar el personal de salud quechua hablante en el mes de agosto recién tenía un mes en el puesto pero había trabajado en zonas rurales en Huancavelica.

vínculo de la usuaria con el servicio de planificación familiar y mayor acercamiento con el personal de salud, así también, manifiesta el esfuerzo de la adecuación del establecimiento de salud a su cultura.

4.1.2. Materiales educativos y su contexto cultural

Los materiales educativos de apoyo que tienen los establecimientos de salud en Planificación Familiar son proporcionados desde el nivel central del Ministerio de Salud, elaborados con la colaboración de la cooperación internacional. Solo se encontró un folleto que fue producido por la Dirección de Salud de Huancavelica. Solo en el centro de salud de Acraquia no se encontró ningún tipo de material y comunicacional de apoyo.

En los establecimientos de salud fundamentalmente se ha encontrado rotafolios y algunos folletos, los cuales contienen ilustraciones de personajes, algunos contextualizados en la ciudad y otros del campo. Caso de las postas de salud de Mullaca, y Tocas, ambos tienen la misma edición de rotafolio el cual muestra dibujos, personas y contextos, adecuados a la zona, aparecen características de su vestimenta y su quehacer diario en el campo. En el caso de Mullaca y D. Hernández distribuyen el folleto editado en Huancavelica. En el CS de Pampas también se ha observado en el rotafolio que contiene personajes semejantes a la comunidad.

El C.S de Pazos contó con dos rotafolios, en un primer momento empleaban un rotafolio con dibujos fuera del contexto de la zona. Luego contaron con un rotafolio de tela tamaño A3, basado en los derechos sexuales y reproductivos, de los cuales tres láminas están referidas a la planificación familiar. También cuentan con un tipo de folleto informando sobre los métodos anticonceptivos y con personajes de la zona, pero los/las usuarios/as del C.S señalan que el rotafolio casi no lo conocen, y

que sólo lo usan de vez en cuando, es decir, cuando desarrollan charlas con el Programa Juntos, por ello no es muy conocido entre las mujeres. En el caso del folleto contaban con sólo 29 unidades, los que también no son distribuidos por no tener la cantidad suficiente señala la obstetra responsable del servicio de P.F.

En las encuestas, el 77.4% de los/las usuarios/as tuvieron la oportunidad que les mostraran materiales de apoyo, el 53.6% señaló que las persona o situaciones mostradas en los materiales se parecen a su contexto cultural, en tanto que indicaron que para el 30.8% no se parece. El 17.9% preciso que no le han mostrado ningún material y el 4.8% dice que no recuerda. (Observar anexos Cuadro N° 4.4)

Los datos cuantitativos muestran que en Pampas, D. Hernández, Ahuaycha, Colcabamba y Tocas más de la mitad de usuarias señalaron que existía familiaridad cultural en los materiales de apoyo.

Es en Acraquia el 48,3% señalaron que no han visto ningún material. Muy relacionado al hecho que cuando se visitó este centro de salud, las profesionales de salud indicaron que no contaban con ningún tipo de material educativo de apoyo, explicando que un personal de salud se lo llevo prestado. En Pazos casi la totalidad de los/las usuarios/as, el 77,4%, señalaron que los materiales exhibidos no se parecen a su entorno.

En los grupos focales, los/las usuarios/as, en general, expresan que en pocas ocasiones les han mostrado los materiales educativos en las consejerías o talleres. Los/las usuarios/as que han vistos estos materiales, la mayoría coincide en que los personajes tiene características a las personas de la comunidad. Solo en un grupo focal, en el CS de Pazos, explicaron que son diferentes:

“No son como la comunidad, ejemplo, su ropa es muy distinta (...) y entonces debe tratarse específicamente para nosotras, del campo rural mayormente” (CS Pazos).

De los pocos varones que recuerdan, su opinión está dividida entre quienes señalan que las láminas que les mostraron contenían ilustraciones parecidas a su realidad, otros opinan lo contrario, recuerdan personajes extranjeros y algunos han recordado solo los dibujos de los métodos anticonceptivos. Hay que tener en cuenta que los varones participantes de los grupos focales y entrevistas no son usuarios del servicio de planificación familiar y solo algunos recordaron las láminas de la época de estudiantes de colegio.

En lo que se refiere a la opinión del personal de salud también están divididas. Un profesional de salud, en Colcabamba, señala que no se parecen a la comunidad, en tanto otra de sus colegas opina que en los gráficos o dibujos se están considerando la vestimenta de la zona, pero falta que envíen en mayor cantidad.

En la PS Mullaca, el personal de salud, también coincide que los materiales no son acordes a la realidad. Explica que las/os pobladores usan vestimenta mezcladas de indumentarias de la zona y la ciudad y los materiales de apoyo suelen presentarlos con trajes típicos y los dibujos parecen caricaturas. A la vez, recomienda palabras sencillas para que lo entiendan y llame a la lectura.

Los profesionales de la salud consideran que es necesario que también se encuentren palabras en quechua. Pero también reconocen que la gente habla dos idiomas pero hay quienes no saben leer en quechua o tienen poco hábito de lectura y prefieren las explicaciones de manera directa, tipo talleres o consejerías. Ante ello requieren contar con un stock de materiales de apoyo suficiente que permita cubrir las

necesidades de información que requiere la población, así como el uso y manejo del rotafolio en las charlas o consejerías que se brindan, ya que según los testimonios entienden “mejor” lo que se explica.

Los agentes comunitarios de salud, precisaron que los materiales en un primer momento, aludiendo a épocas anteriores, no estaban relacionados con su realidad, es decir, los mensajes no eran fácilmente entendibles, así como las ilustraciones que acompañaban a estos mensajes tenían una mayor semejanza a las personas de la costa, más no de la sierra:

“Antes no eran como de aquí, los que salían en las fotos y dibujos se parecen a las personas y señoras que viven en la costa, eso sí se veía, pero después un día eso ya cambio, ahora eso ya es diferente, ahora si se parecen a las personas que viven aquí, y en la sierra, tienen sus faldones, sombreros y donde viven,...” (Promotor de salud del CS Pazos).

En estos últimos tiempos señalan que los materiales ya están más cercanos a su realidad, los personajes que representan el rotafolio o folletos tienen a mujeres con polleras, trenzas, se ven los cerros, el campo, la vestimenta y rostros que se acercan más a personas de su comunidad, por tanto, se sienten, más identificados con estos.

Por las entrevistas realizadas al personal de salud y la revisión documentaria realizada, da a entender que en los últimos años se está notando un cambio en los materiales de apoyo, siendo más acordes a la realidad pero de manera paralela manejan materiales que tienen imágenes de la ciudad. Este proceso de cambio hace que el personal de salud tenga una posición encontrada. Algunos opinen que son acordes a la realidad y otros no y de igual manera en la población.

4.1.3. Conocimiento del personal de salud sobre las necesidades de información de la población

Para la adecuación cultural es clave que el personal de salud tenga suficientes conocimientos de los aspectos culturales, costumbres y necesidades en la salud sexual y reproductiva de la población. Esto permitirá proponer una mejor oferta en el servicio de planificación familiar. Así como mejorar la comunicación, por ende propiciar un acercamiento con las mujeres y varones con el personal de salud y se pueda tener como resultado una óptima atención.

Según las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud refieren que no existe algún tipo de estudio como un diagnóstico que oriente el trabajo que realizan en el establecimiento de salud. La información que ha compartido, el personal de salud, en el presente estudio, explica que lo han obtenido por la experiencia de trabajo que tienen en las zonas de estudio o zonas similares. En algunos casos, como en Mullaca, han recibido orientación del personal más antiguo como el médico jefe, quien dio a conocer un panorama de la situación, en base a su experiencia.

La mayoría de profesionales de salud hace referencia de años anteriores al rechazo inicial de la población a la planificación familiar. Cuentan como anécdotas en cómo las mujeres no se acercaban al establecimiento de salud, ellos decidieron visitar las casas y en muchos casos no les abrían la puerta o le enviaban a sus perros ladrando o las mujeres que accedían cuidarse venían a la posta escondidas de su pareja por temor a que les prohibieran cuidarse o por los comentarios mal intencionados de sus vecinos, no era muy bien visto el estar “cuidándose para no tener hijos/as”, hoy aún persisten estos comentarios.

“Y así un poco que comenzaron y después ellas mismas ya veían, les decía mira ve a la señora que tiene dos a tres hijos/as que bien está, mejor que la que tiene 8 a 9. Mira tus 100 soles de Juntos, si tuvieran 2 hijos/as te alcanzaría un poco más de la que tiene 8, 9... Los métodos han empezado a aumentar a partir del 2004,

2005, desde allí las señoras han empezado a cuidarse” Profesional de salud” (CS Acraquia).

El personal de salud hizo referencias a aspectos culturales y costumbres que influyen en la salud sexual y reproductiva de la población. Un aspecto es el machismo, barrera cultural que refiere el personal de salud ha limitado su trabajo, así existe la idea en los varones que la mujer que se cuida es infiel a su pareja; también que es promiscua aunque no se hable abiertamente de esta creencia.

“... acá las que se ponen ampollas es calladito de sus parejas; no dejan porque tienen el mito de que si ellas se cuidan van a engañarle al esposo. Son pocas las personas que vienen en pareja...más no asisten por machismo, porque sólo desde venir a la posta es una tormenta para ellos” (Profesional de salud de la PS Ahuaycha).

Asimismo explicaron sobre la creencia que tienen algunas mujeres y varones sobre los métodos anticonceptivos, específicamente sobre la depoprovera (inyectable, método de planificación familiar) opinan que produce cáncer, aún persiste por los comentarios de algunas usuarias al respecto.

Para revertir esta creencia, en Pazos señalaron que realizaron visitas domiciliarias. Algunos establecimientos de salud también precisan que a las gestantes que se atienden se les va hablando de los métodos anticonceptivos. Después de dar a luz es derivada al servicio de planificación familiar.

Sólo en Acraquia una de las profesionales de salud, señala que realizan un diagnóstico participativo, con la participación de actores sociales de diferentes comunidades, de madres, y de personal de salud y de acuerdo a esto elaboran su plan de trabajo, últimamente está centrado en la morbilidad materna.

Sobre los hábitos de información de la población se preguntó por los canales de comunicación que conocen, refieren que existen radios en Tayacaja pero la difusión de información solo es emitida en el día sobre planificación familiar, para otras ocasiones es gestionado por la Dirección Regional de Salud de Huancavelica.

Algunos profesionales de la salud especifican que los trípticos no son leídos, por el poco hábito de lectura que tiene la población, o las dificultades que presentan para entender. Por ello, los rotafolios son tomados en cuenta para las explicaciones en el consultorio. El personal de salud coincide en señalar que una de las mejores maneras es hablándoles directamente y entregan folletos de manera complementaria aunque son insuficientes los números que les distribuyen.

Otra manera de informar a la población, señalaron, en Mullaca, las reuniones comunales, las reuniones del Programa de alimentación y nutrición (PIN) que forma parte de la estrategia CRECER.

Los agentes comunitarios de salud, conocen un poco de las necesidades que requieren las/os usuarios sobre planificación familiar, sobre todo con las mujeres usuarias, con quienes es más factible comunicarse en comparación con los hombres, quienes muestran mayor resistencia a escuchar y participar. Ello le ha permitido poder ayudarlas cuando lo necesitan. Señalan que las mujeres siempre están buscando información sobre “como ya no tener más hijos/as”.

El único instrumento que les permite monitorear y evaluar a los profesionales de la salud es una ficha de registro donde se ingresa a todas los/las usuarios/as, sus datos y el tipo de método que usan y las fechas que asistió y asistirá al servicio. Estos datos recogidos de cada establecimiento de salud ingresa a una base de datos central de la Red de Salud de Tayacaja que permite cuantificar las atenciones de

usuarias/os nuevas/os y continuadores en el servicio de PF por cada método anticonceptivo moderno (MAC).

Habría que mencionar que en el establecimiento de salud de Pampas esta ficha de datos no está debidamente actualizada ya que requiere en muchos de los casos las direcciones correctas, teléfonos o contactos, no se encontró un registro real lo que impidió un fácil contacto con las usuarias y usuarios del servicio de PF, el personal de salud señala que este inconveniente se debe a que las mujeres que asisten al servicio muchas veces están de paso o solo se quedan por algunos meses, y para vivir alquilan cuartos mientras ellas o sus parejas trabajan en la zona, lo cual dificulta un seguimiento constante y oportuno.

4.1.4. Organizaciones de base e instituciones que apoyan en la organización de acciones de información y educación en la comunidad

Es limitado el trabajo con quienes constituyen el principal aliado en el tema de la salud, los agentes comunitarios/as de salud. Según las entrevistas con los profesionales de salud señalan que uno de los factores es porque no se cuenta con personal de salud estable y no hay continuidad de trabajo con los/as agentes comunitarios/as de salud, quienes ven otro personal y no quieren continuar. También explican los profesionales de salud que los agentes comunitarios/as encuentran trabajos remunerados y abandonan su rol de voluntarios en el establecimiento de salud.

El rol del promotor de salud no sólo es hablar sobre planificación familiar, sino de los diversos temas que aquejan o ayuden a su comunidad como nutrición, lavados de manos y otros. Entre sus principales funciones tienen el de ayudar y colaborar con su comunidad en la prevención y promoción de la salud, participar en el servicio de planificación familiar

convocando y dando charlas, a los/las usuarios/as para su control u otro evento promocional que designe el centro de salud.

Son cuatro centros de salud (Pampas, Mullaca, Pazos y Ahuaycha) los que se encuentran trabajando en la actualidad con agentes comunitarios/as de salud. Con respecto a los otros centros de salud los/las promotores están desactivados en planificación familiar y sólo algunos se encuentran trabajando en nutrición.

Los/las promotores de salud señalan que se están trabajando con algunos clubes de madres, vaso de leche y comedores populares, donde sólo se desarrollan temas para la atención a los niños más pequeños. En general todos los establecimientos de salud señalan que vienen trabajando con el programa juntos¹⁷, con este programa tienen proyectado actividades mensuales en los diferentes servicios de las postas o centros de salud, siendo planificación familiar uno de los temas tratados con las mujeres participantes del programa.

El programa “Juntos”, ha establecido un nexo de trabajo con los establecimientos de salud, logrando convocar a la población para participar en las diversas actividades que se desarrollan como planificación familiar, nutrición, niño sano, entre otros.

En Acraquia, en una de las entrevistas con la profesional de salud, comentó que la coordinación con el Programa Juntos apoyó el programa de planificación cuando animaba que sus beneficiarias usaran algún tipo

¹⁷ JUNTOS es un Programa Social dirigido a la población de mayor vulnerabilidad, en situación de extrema pobreza, riesgo y exclusión. El programa tiene como objetivo promover el ejercicio de sus derechos fundamentales a través de la articulación de la oferta de servicios en nutrición, salud, educación e identidad. Para lograr este objetivo JUNTOS entrega un incentivo monetario condicionado de S/. 100.00 nuevos soles de libre uso para la/el representante (madre, padre) de cada hogar participante.

Los beneficiarios son madres gestantes, padres viudos, personas de la tercera edad o apoderados que tengan bajo su tutela a niñas y niños hasta los 6 años de edad, en un inicio fue hasta los 14.

El Programa Juntos forma parte de la Estrategia Nacional Crecer, en el año 2007, cuya finalidad es la lucha frontal contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil.

<http://www.juntos.gob.pe/introduccion.php>. Revisado en febrero del 2011

de método. Pero en el año 2009, cuando redujo su cobertura a madres de niños de 14 años por madres con menores de 6 años aumentó el nacimiento de niños en un año para beneficiarse con el programa, teniendo un efecto contraproducente al esperado.

El trabajo coordinado con otras organizaciones sociales se da en otros temas. Tales como en el CS Daniel Hernández señalan que existe un comité de morbi mortalidad materna donde abordan a las gestantes y niños pequeños. En Pampas, también existe un sistema de vigilancia comunal, que detecta cualquier problema de salud y es coordinado con el presidente de la comunidad.

En Mullaca están trabajando principalmente con agentes comunitarias de salud, con la Asociación de Padres de Familia y las instituciones educativas para prevenir el embarazo temprano. Como parte de sus talleres abordan los métodos anticonceptivos modernos.

En Acraquia, señalan que se ha formado un comité del distrito donde articulan las actividades de salud. También existe el comité de vaso de leche, el comité de Juntos también, cada comunidad tiene su delegada y ahora la llaman lideresa de Juntos quien maneja un grupo de madres, donde no todas son beneficiarias, con quienes el centro de salud coordina para las reuniones y capacitaciones en diferentes temas.

Tabla 4. 2 Organizaciones e instituciones que trabajan con el servicio de planificación familiar en la actualidad

CENTROS DE SALUD	INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES				
	Agentes comunitarios	Programa Juntos	Colegios	Vaso de leche	Otros
Pampas	X	X	X	X	
Daniel Hernández		X		X	
Colcabamba		X	X	X	club de madres, comedores populares
Pazos	X	X		X	Municipios
Ahuaycha	X	X		X	Club de madres
Acraquia		X			Comité distrital
Mullaca	X	X	X		Comité de morbi y mortalidad materno Municipio
Tocas		X		X	
TOTALES	4	NO CUANTIFICABLE		6	8

Elaboración propia. Junio 2011

Teniendo en cuenta que los varones han señalado como una forma de recibir información predominantemente a través de técnicas más personalizadas como visitas domiciliarias o talleres grupales, el personal de salud es insuficiente por lo que es necesario contar con agentes comunitarios de la zona que apoyen este tipo de trabajo.

Por el hecho de tener un trabajo escaso con los agentes comunitarios de salud, incorporar palabras básicas en quechua o mantener el trabajo conjunto a organizaciones locales en su trabajo con la población hace vislumbrar una visión etnocéntrica ya que considera, por ejemplo, son los usuarias/os quienes tienen que aprender o usar más el idioma español.

Lienhard señala al respecto: “En contextos multiculturales prevalece un modelo de *disglosia cultural* que atribuye un alto valor a las manifestaciones culturales de un grupo hegemónico en desmedro de las manifestaciones culturales de los otros grupos.” (Lienhard, 1996). Es así que la cultura andina se supedita a la cultura occidental y a su medicina.

Por las dudas generalizadas que existen entre los/las usuarios/as sobre las consecuencias secundarias por el uso de los MAC, en casi la totalidad de grupos focales, hacen ver que hay poco esfuerzo por conocer sus temores y despejar sus dudas, esto se verá más adelante. Esto puede ser solo un pequeño punto (y no el único) en cómo el mayor valor atribuido a la cultura occidental por parte de los profesionales de la salud está teniendo consecuencias en la salud sexual y reproductiva de la población.

La Normativa Técnica de Planificación Familiar del MINSA 2005 establece con respecto a interculturalidad que el respeto y reconocimiento de la existencia de diversidades socioculturales en el país implica el conocimiento, comprensión y acción de los trabajadores de salud conciliando sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, edad e identidad de la población con la cual se interviene.

Cabe señalar que de parte de los profesionales de la salud no es sencillo establecer el diálogo entre ambas culturas “no son asimilables a un conjunto de conocimientos previamente establecidos de modo científico y que de pronto nos vemos obligados a incorporar en las competencias que debe tener el profesional de la salud”. (Oswaldo Salaverry, 2010).

Se puede señalar que el esfuerzo y el acercamiento del personal de salud a la comunidad se dan en distintos niveles unos más cercanos y otros están más distanciados. Por el propio trabajo han puesto en la práctica la interculturalidad en sus competencias. Todos los profesionales

entrevistados tienen conocimiento sobre el machismo que existe en la zona y han buscado tácticas para apoyar en las preferencias reproductivas de las mujeres, en algunas zonas más que en otras. Se deduce que han buscado información teniendo en cuenta los temores y necesidades más visibles, como es el caso del machismo.

Existe limitación en la comunicación por el poco uso del idioma quechua de parte de los profesionales de la salud quienes demuestran poco interés y mínimo esfuerzo por comunicarse y aprender el idioma quechua. En algunas zonas donde sí se ha establecido comunicación bilingüe se logró generar relaciones cordiales con los/las usuarios/as del servicio lo que expresa un esfuerzo de parte de los profesionales de salud para lograr el acercamiento a la cultura andina y porque es un aspecto importante que permite establecer una relación entre la usuaria y proveedores de salud. Esto responde más bien al esfuerzo individual del personal del establecimiento de salud. Pues no existe un proceso institucionalizado para que el personal aprenda el idioma quechua.

4.2. GÉNERO Y COMUNICACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Uno de los enfoques que señala la Norma Técnica de Planificación Familiar es el enfoque de género. La perspectiva de género permite una mirada de análisis y comprensión a las desigualdades no naturales y por tanto modificables que existen entre varones y mujeres, ya que permite poner en evidencia las relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre hombres y mujeres.

Género es una construcción social y cultural, que se ha dado históricamente. En el cual un conjunto de características, roles, actitudes, valores y símbolos que conforman lo que debe ser cada hombre y cada mujer, adquiriéndose mediante el proceso de socialización.

La citada norma considerando el enfoque de género señala la promoción el ejercicio de los derechos con equidad, considerando la mayor vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres por factores biológicos propios de la reproducción. También precisa que el personal de salud contribuya a poner en práctica el enfoque de género y reducir las inequidades en la toma de decisiones, basado en información responsable para el ejercicio de los derechos en la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones.

Una de las consideraciones que apunta es la equidad en el ejercicio de los derechos en mujeres y varones. Tiene que ver con la autonomía de las mujeres para decidir y atender su salud reproductiva.

La salud sexual y reproductiva es una dimensión que ha sido entendida inicialmente como privada por lo mismo que ha sido muy difícil el trabajo del personal de salud. Sin embargo, por las expresiones de las mujeres en el presente estudio, la planificación familiar es valorada por los/las usuarios/as del servicio. Sin embargo existen algunos aspectos que dificultan el pleno ejercicio de sus derechos en las mujeres y varones.

Se ha señalado que las mujeres de la sierra son doblemente discriminadas por ser rurales y por ser pobres. La cultura en los andes ha cimentado un sistema donde son los varones son quienes toman las decisiones, quienes mantienen a las familias, quienes opinan y se expresan, etc. manifestando la falta de balance de poder de varones y mujeres.

Al respecto, el movimiento Manuela Ramos realizó un estudio en diversas zonas rurales del Perú a través de sus talleres educativos del programa Reprosalud en el año 2000, donde se pudo constatar que el número de hijos/as deseados por hombres y mujeres coincidía (entre dos y tres hijos/as en promedio). no era el deseo de los hombres tener más hijos/as

el que se imponía para que sus niveles de fecundidad fueran mucho mayores que los deseados, sino más bien las construcciones de género que manejaban los hombres actuaban con un peso determinante. Ya que no estaban de acuerdo que sus parejas asistan al establecimiento de salud, para que los médicos examinen las partes sexuales de la mujer y porque el uso de los métodos anticonceptivos de sus parejas lo relacionaban a infidelidad. (Anderson, Jeanine; 2004)

Entonces la equidad se manifiesta en que el acceso a la información, los esfuerzos y acciones conlleven “a empoderar a las mujeres modificando de esta forma las condiciones de subordinación social a las que se han visto sometidas y que han impedido que sean sujetos activos de sus decisiones para su vida y la de su familia” (Ramos Padilla 2006; p.2). Por ello se verá cómo el personal de salud aborda su trabajo desde esta perspectiva en su diario quehacer comunicacional en el servicio de Planificación Familiar y lo que opinan los/las usuarios/as y sus parejas.

4.2.1. Participación de hombres y mujeres en actividades de información y educación

En las entrevistas realizadas al personal de salud unánimemente señalaron la poca asistencia de las parejas varones a los establecimientos de salud. Por lo que se indagó por las acciones que han realizado para que el esposo acuda al servicio de planificación familiar. Señalaron en todos los casos que las actividades han estado dirigidas tanto a mujeres y varones, sin embargo precisaron que han participado más las mujeres.

“A su esposo una vez le habían mandado para que escuchen esa charla y no le atendían había ido el señor pero dice que le han hecho sentar ahí nomás y pregunta, pregunta; entonces le hacen cansar y entonces otro día ya no van, no quiere ir su esposos” fue traducido (CS Colcabamba).

Los/as agentes comunitarios/as de salud señalan en referencia a la asistencia de los varones a los talleres o charlas sobre planificación familiar:

“Los varones son bien cobardes para que asistan a estas clases de charlas, más la participación es de mujeres, se les dice que vengan con sus parejas, pero no, difícil es que vengan con sus parejas” (Promotor de salud de la PS Ahuaycha).

Según se observa en el siguiente cuadro, el número de mujeres y varones que han recibido orientación y consejería en cada uno de los establecimientos de salud entre los años 2009 y 2010, existe una gran brecha en la atención a varones y mujeres

Tabla 4. 3 Consejería y Orientación 2009 – 2010 (mayo) en mujeres y varones de 15 a 49 años

CENTROS DE SALUD	AÑO 2009				AÑO 2010			
		Total	Edades			Total	Edades	
			15-19	20-49			15-19	20-49
PAMPAS	Total	677	117	560	Total	196	85	111
	M	15		15	M	12	3	9
	F	622	117	545	F	184	82	102
DANIEL HERNÁNDEZ	Total	138	32	106	Total	147	28	119
	M	2		2	M	5	2	3
	F	136	32	104	F	142	26	116
COLCABAMBA	Total	189	37	152	Total	147	43	104
	M	1		1	M	2	0	2
	F	188	37	151	F	145	43	102
PAZOS	Total	157	42	115	Total	159	34	125
	M	5		5	M	6	2	4
	F	152	42	110	F	153	32	121
AHUAYCHA	Total	18	2	16	Total	21	0	21
	M	2	1	1	M	2	0	2
	F	16	1	15	F	19	sin información	19
ACRAQUIA	Total	103	17	86	Total	80	12	68
	M	3	1	2	M	1	0	1
	F	100	16	84	F	79	12	67

MULLACA	Total	51	12	39	Total	37	6	31
	M	4	3	1	M	2	0	2
	F	47	9	38	F	35	6	29
TOCAS	Total	sin información			Total	33	12	21
	M				M	4	1	3
	F				F	29	11	18

Fuente: Elaboración propia. Marzo 2011

Las mujeres que participaron del grupo focal mencionan también que las actividades estaban dirigidas tanto a varones como a mujeres. Los/las usuarios/as entrevistadas señalan que los varones no participan porque tienen vergüenza y no les gusta esperar, los factores socioculturales imperan mayormente en este grupo que se suele resistir a participar en las charlas o talleres que se desarrollan en los establecimientos de salud.

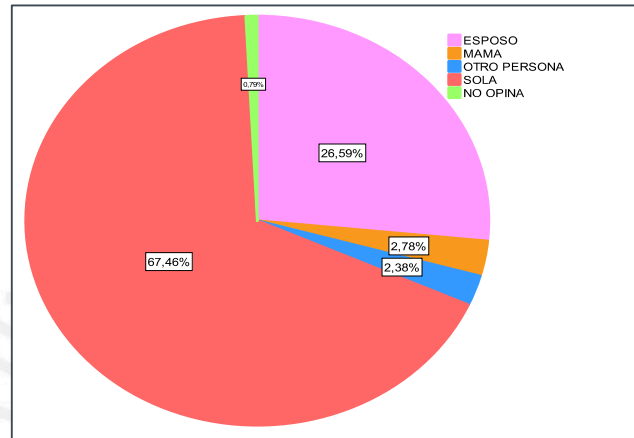
Los varones participantes de los grupos focales señalaron que muy pocas veces fueron invitados a algún tipo de actividad sobre planificación familiar. Refirieron sobre todo como fuente de información los colegios. Algunos varones que recibieron la invitación no asistieron aludiendo el trabajo y la vergüenza encontrarse entre más número de mujeres.

Acerca de la frecuencia de atención, como la mayoría de usuarias usan la ampolla, para aplicarse este método es cada tres meses. Por ello el 82.5% de usuarias encuestadas indicó que retornan al servicio de salud en este tiempo. Tan solo el 7.1% retorna mensualmente. En el caso de los varones, según la entrevista a los profesionales de la salud, es irregular la asistencia, es decir, ingresan nuevos que serán continuadores por corto tiempo, ingresando otros nuevos usuarios y es así como se caracteriza el acceso de los varones al Servicio de Planificación Familiar.

4.2.2. Acompañamiento de la pareja

Cerca del 70% señaló que viene sola al servicio de planificación familiar. Casi la cuarta parte de mujeres encuestadas señaló que viene acompañada por su pareja. El 2.8% señaló que la acompaña su madre y el 2.4% señala que viene con otra persona. (Ver Gráfico 4.3)

Gráfico 4. 3 Compañía al servicio de Planificación Familiar



Fuente: Elaboración propia. Junio 2011

A diferencia de las otras zonas, en Colcabamba, El 63.2% de los/las usuarios/as indicaron que sus parejas la acompañaron en alguna oportunidad al servicio de planificación familiar. En Pazos fue un poco menos de la mitad, el 38.7%. En Tocas 33.3%, la tercera parte de los/las usuarios/as señalaron que sus parejas las acompañan. En las otras zonas, los/las usuarios/as mayoritariamente señalaron que siempre han ido solas al servicio de planificación familiar. En los anexos, del cuadro N° 4.5, se puede observar desagregado por zonas.

En los grupos focales, también la mayoría de mujeres señaló ir sola al puesto de salud. Comentaron que algunos varones solo acompañaron a sus esposas la primera vez, de ahí no más. En otros casos, los esposos las acompañan a la posta pero no ingresan en algún momento al servicio de planificación familiar.

De los/las usuarios/as que vienen acompañadas por sus parejas, en Acraquia, por ejemplo, indican que es porque se lo han pedido ellas, porque desean que se les informe juntos. En Mullaca, señalan que las acompañan porque sus parejas quieren que se cuiden. En otras zonas, también se han acercado al establecimiento de salud en ocasiones cuando el método ha tenido complicaciones.

En Colcabamba, los/las usuarios/as de los grupos focales, la mayoría de ellas contó que van solas a la posta. Comentan también que a sus parejas les molesta mucho esperar y que los varones no van a la posta por que trabajan desde muy temprano y no tienen tiempo. Una mujer comenta que su esposo una vez fue a la posta y recién ahí comprendió porque tardan tanto en la posta o centro de salud. Hay casos que no entienden por qué sus esposas demoran mucho.

En Daniel Hernández, una de los/las usuarios/as que puede ir con su pareja a sus controles para su método no recibe ninguna información adicional:

“cuando vamos los dos también, la señorita no nos da charla nada ya, si tienes cita o sacas cita, ingresas te ponen ampolla y eso es todo”.

También precisan que cuando dan luz es sólo en ese momento en que el personal de salud invita con insistencia a la pareja.

De acuerdo a los/las usuarios/as del servicio de Pazos, Ahuaycha, Tocas las razones por las que no las acompañan sus parejas, la más referida fue la vergüenza y el miedo o al ponerse nerviosos.

“jajajaja, no los hombres no vienen, no quieren porque dicen ellos que no tienen tiempo, pero les da vergüenza venir” (CS Pazos).

Aluden a la mayor presencia de mujeres en los establecimientos de salud y pueden sentirse incómodos. El personal de salud de Mullaca tuvo similar apreciación anotando que se siente extraño en el establecimiento de salud.

Los/as agentes comunitarios/as de salud, coinciden en señalar de igual manera, la percepción del hombre en acompañar a su pareja lo relaciona al “qué dirán”, ya que según ellos los hombres no son bien visto si asisten con su pareja al centro de salud, todo ello está condicionado a los factores socioculturales que influyen en su comportamiento. Estas conductas se ven reflejadas en no participar en las reuniones de la comunidad o asambleas que tenga que ver con el cuidado de la salud tanto de sus hijos/as como el de su pareja, lo dejan que lo asuma su pareja, por considerarlo “cosas” de mujeres.

Pero también es la vergüenza que siente la mujer para decirle a su pareja que le acompañe. Así lo especifican en Pampas.

Otras causas que señalan son el trabajo en la chacra o en lugares alejados, no les da tiempo. Así como prefieren actividades deportivas como el fútbol, en lugar de asistir al servicio de PF.

También señalan que el tiempo de espera desanima a ir o quedarse a acompañar a su pareja, además de generar disconformidad con la pareja sobre la calidad de la atención de los centros de salud. Al respecto precisan en Tocas que cuando se demoran en la posta sus esposos se ponen celosos. Estas situaciones hacen que no inviten a sus parejas a que les acompañe a los servicios de planificación familiar.

Los varones explican que han acompañado en alguna oportunidad a su pareja al centro de salud, algunos señalan que hasta la puerta y otros hasta la sala de espera, sintiéndose en ocasiones incómodos, precisaron

que no les permiten en algún momento ingresar con su pareja al consultorio. Otro buen grupo señaló que no acompañan a sus esposas por el trabajo que realizan fuera de la zona principalmente en las chacras y cuidado de sus animales.

En Colcabamba, los varones señalan que han acompañado a su pareja, un participante explicó que dejó de acompañarla porque se lo pidió su esposa. En Pazos, Ahuaycha, señalan que no han acompañado a sus parejas. En Mullaca, manifiestan los varones como sus parejas se cuidan con métodos naturales no van a la posta; incluso por las dudas que tienen no van y solo conversan con sus esposas y cuando se les pregunta señalan que por desinterés y prefieren actividades como el futbol o descansar.

“Nosotros de acá del pueblo somos un poco ‘dejados’”.

“Se puede entender”.

“Pero como digo yo como me va bien estoy un poco conforme”.

(Mullaca)

Los/las usuarios/as que han venido acompañadas por sus parejas han sido jóvenes, y la presencia de ellos se ha dado sobre todo en la primera cita, cuando recién empezaron con el método. Según precisa el personal de salud, aunque no los acompañan hasta el servicio pero traen a su pareja hasta la puerta del establecimiento de salud.

Las mujeres adultas, de más edad, pueden venir ocultándose de la pareja por el machismo que existe y no permite que sus parejas se cuiden, creyendo como una expresión de infidelidad. Sin embargo, el personal de salud valora la disminución que se ha dado en relación años atrás cuando las mujeres venían a escondidas de sus esposos, había bastante machismo, creen que si la mujer se cuida es porque está con otros hombres. Haciendo referencias a casos cuando la mujer es quien ha decidido qué método usar a escondida de su esposo.

También relacionado al machismo es porque creen que es un tema que sólo les incumbe a ellas, en el rol de la división del trabajo según sus costumbres de los hijos/as sólo se encarga la mujer y el varón al trabajo. Aunque se observa que las mujeres también participan de las labores agrícolas.

El personal de salud explica que para involucrar a la pareja en planificación familiar cuando acompaña a su esposa gestante se les va informando de un método para cuidarse:

“Se invita a la pareja para que venga pero generalmente no viene.”

Respecto a los materiales educativos que usa el personal de salud en las charlas o consejerías, se ha considerado analizar en qué roles aparece la pareja en las imágenes. Se debe señalar que casi la mitad muestra a la pareja informándose sobre la variedad de métodos anticonceptivos modernos y algunos naturales, especialmente en los folletos. Hay imágenes también de la familia completa con sus hijos/as.

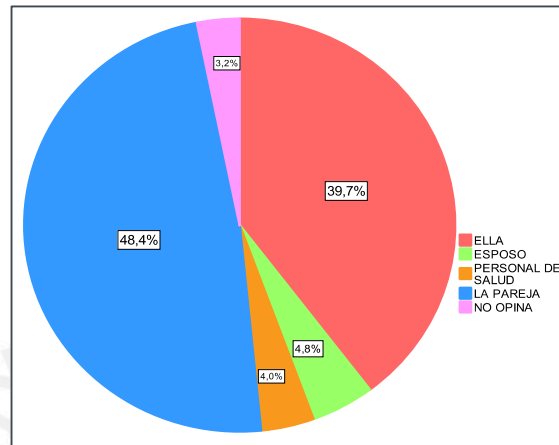
En Pampas una lámina de rotafolio mostraba al varón más en su rol de protector. Aunque también hay rotafolios donde la presencia de las mujeres sola es muy marcada sobre todo cuando el material educativo es de salud materna, pero al contener algunas láminas sobre el uso de los métodos anticonceptivos, el personal de salud lo usa para informar al respecto.

4.2.3. Toma de decisión para el uso del método según las mujeres

El contexto social en que viven y se desarrollan las mujeres de las zonas rurales ha impedido muchas veces su acceso a la igualdad de oportunidades, así como el decidir sobre su propia salud sexual y reproductiva.

Como se puede observar en el gráfico 4.4, casi la mitad de las mujeres indica que la toma de decisión sobre el uso de un método anticonceptivo moderno fue realizada en pareja.

Gráfico 4. 4 Quien decidió el uso del método anticonceptivo



Elaboración propia. Junio 2011

El 48.4% señaló que en pareja decidieron el uso de los métodos. El 39.7% fueron ellas quienes decidieron el uso de métodos. El 4.8% indicó que sus parejas eligieron el método anticonceptivo y el 4% señaló que fue el personal de salud fue quien tomó la decisión. (Ver en los anexos, Cuadro N° 4.6)

En los grupos focales, las respuestas de las mujeres en todas las zonas es que ellas conversan con sus esposos o parejas para decidir qué método anticonceptivo usar. Comentan que aunque ellos no vayan a la posta, ellas les informan sobre los métodos y así deciden juntos.

“Es mejor decirles porque si no cuando se enteran pueden pensar que estamos ocultando algo malo y no quiero tener problemas con mi esposo además ellos si entienden” (CS Pazos).

Aunque también hay usuarias que ya vienen pensando qué método usar en la primera cita porque su pareja le ha señalado ciertas ideas sobre qué elegir. El esposo ayuda en la decisión aun no viniendo al centro de salud.

En los grupos focales con los/las usuarios/as de los CS de Daniel Hernández y Mullaca hacen más referencia al esposo.

El personal de salud coincide en señalar que las parejas jóvenes toman la decisión entre los dos. En cambio las parejas adultas es el esposo quien toma la decisión.

Los establecimientos de salud que tiene mayor porcentaje en el tema de decisión del método son Pazos 80,6%, Colcabamba 55.3% y Acraquia 55.2% donde las usuarias señalan en un mayor número que la decisión sobre el uso de un método anticonceptivo fue tomado en pareja. En otras zonas como; Pampas esta balanceado el número de mujeres que señalan estas dos alternativas: el 50% que su pareja decidió el método anticonceptivo y el 46.2% ellas lo decidieron; en Mullaca el 53.8% y 46.2%, respectivamente. Ver anexo, Cuadro N° 4.6

Es en Daniel Hernández donde la mayoría de mujeres, el 64.1% señalaron que fueron ellas quienes tomaron la decisión de usar el método anticonceptivo. Pero también es en este centro de salud donde la mayoría de usuarias 15,4% señalo que su pareja decidió el método anticonceptivo. En Tocas el 50% señala que la usuaria tomo la decisión y el 33.3% lo tomó en pareja.

En otras zonas donde señalaron que fue el varón el tomador de decisión fueron Acraquia, Ahuaycha, Colcabamba y Tocas; varía entre el 6.9% y 5.3%.

En Pazos el 12.9% señalaron que fue el personal de salud que le atendió quien decidió el MAC que usa. En Daniel Hernández y Ahuaycha se reduce a 10.5% y 5.1%, respectivamente.

En Mullaca, las mujeres usuarias participantes de los grupos focales, refieren que sus parejas les hacen recordar para que asistan a la aplicación del método que se encuentran usando.

En Colcabamba origina las respuestas con risas y respondieron en quechua, algunas mencionan que conversan con sus esposos, otras menciona que no conversan y que calladitos nomás tienen relaciones (*upalla mumakuni*). También dicen en quechua que muchas han tenido hijos/as por casualidad.

“Yo puedo decir no pero también depende de mi esposo...si nos da ganas” (CS Colcabamba).

Sólo en algunos casos, en Pazos, las mujeres señalaron que dependían de ellas. En Mullaca, otra usuaria explica que su pareja no quería al principio pero ella continuo usando, ahora su pareja si desea que se cuide.

En tanto los agentes comunitarios/as de salud, señalan también con respecto a quien decide el método anticonceptivo un cambio donde ya la decisión es de pareja:

“... a estas alturas...nuestra sierra cambió, deciden ambos. Aquí por lo que he visto lo deciden ambos, la señora le pregunta a su esposo y él le dice ve que te conviene más para ti, me parece que es la mujer que le dice, va a depender de cómo le dice lo que le han dicho en el centro de salud”.

Casi en unanimidad los varones señalaron que la decisión de usar algún tipo de método es conversado con su pareja. Sólo uno reconoció que su esposa fue quien decidió usar un método moderno sin que lo conversen.

Respecto a la interrupción en el uso del método que han tenido las mujeres por influencia de su pareja, el 6.4% del total de usuarias

encuestadas señalaron que interrumpieron el método anticonceptivo que se encontraban usando a causa de sus parejas. Son Colcabamba con el 10.5% y Mullaca con 16% las zonas que tienen mayor porcentaje en este tema respecto a otras zonas. En las otras zonas no pasa del 6%. En tanto que en Acraquia y Pazos no señalaron ningún caso. (Ver en los anexos. Cuadro N° 4.7)

4.2.4. Lo que piensan las mujeres de una mujer que se cuida

Se exploró algunas ideas brindadas por las propias mujeres, quienes señalan que son las mismas mujeres que intimidan a otras que se cuidan para ya no tener más hijos/as. Han escuchado decir que algunas piensan que las mujeres se cuidan porque están con uno y otro varón, en otros casos que ya no quieren dormir con sus parejas.

“Te ven los síntomas de los métodos y ya te señalan” (PS Acraquia).

“Hay mujeres que dicen yo puedo tener cuanto yo quiera a nadie le pido, a nadie le interesa que yo pueda tener mi hijo acá, eso paso en mi familia, tienen recursos bajos, su esposo no trabaja pero no le interesa...” (PS Ahuaycha).

Hacen también referencia a las ideas machistas de los varones, casos de mujeres que se cuidan sin el conocimiento de sus esposos.

“Hay mamas que se cuidan a escondidas de sus esposos. Cuando quiere cuidarse su esposo dice porque tiene que cuidarse... esas mujeres que se cuidan sacan la vuelta a su marido por esa misma razón yo no quiero que se cuide, mi mujer puede parir hasta donde quiera, a nadie pedimos, no pedimos para mantener a nuestros hijos/as, hay varios hijos/as y han tenido varios hijos/as así descalzos hay varias personas que hablan así, hay hombres machistas” (PS Ahuaycha).

“Los varones también comentan, por eso no contamos” (dice otra de las entrevistadas).

Pero también hay ideas que las mujeres tienen sobre los métodos anticonceptivos que les va hacer daño a su salud como que ‘las ampollas hacen mal, no te pongas’, ‘si vas a tener tu hijo con esa ampolla va a salir mal’, Siempre decían ‘la inyección te hace mal, no vas a tener leche...también que da cáncer, de todo decían (...)’, ‘Te va a subir a la cabeza y te vas a volver loca con las ampollas’.

4.2.5. Qué piensan los varones de las mujeres que se cuidan

En Pazos con timidez admitieron la existencia de rumores de la creencia que las mujeres que se cuidan son consideradas infieles. A diferencia, en Pampas, los jóvenes, señalaron con consideración a las jóvenes que se cuidan, indicaron que se están previniendo de infecciones de transmisión sexual y del embarazo no deseado, así como a cualidades personales como madurez y que están informadas. Al indagarse específicamente por la creencia arriba señalada (infidelidad), respondieron que no se da en Pampas.

Esta percepción que tienen los varones del cómo se vienen cuidado las mujeres o su pareja tiene dos vertientes, los jóvenes de Pampas de la zona urbana señalan que está bien que la mujer opte por cuidarse y no tener hijos/as si aún no lo desea y así también prevenir embarazos no deseados y enfermedades, en el caso de los pueblos más alejados como Mullaca y Pazos manifiestan su opinión con mayor dificultad señalando la libertad que tienen la mujeres para asistir al servicio de P.F.

4.2.6. Por qué algunos varones no quieren que su pareja se cuide

Las mujeres respondieron a esta pregunta. Señalaron principalmente que sus esposos son machistas. Piensan que las mujeres se cuidan porque están con uno y con otro varón y completan en que esto también lo dicen las mujeres y otras comentan que las mujeres se cuidan porque no desean tener intimidad con sus parejas.

Y cuándo se indagó sobre los hijos/as numerosos y seguidos. Uno de los varones comentó:

“Según yo conversé con uno de mis amigos y él tuvo sus hijos/as así seguiditos. Me dijo, ‘se trata de un solo sacrificio, ya mi esposa sufre una sola vez’”.

4.2.7. Cómo se animaron los varones a tener o no tener hijos/as

Se indagó entre los participantes varones cómo se animan en tener hijos/as/as. La mayoría dio a entender que el hecho simplemente se da. En Tocas y Daniel Hernández, señalan que se dio el hecho de tener hijos/as *“fueron viniendo nomás”*. En Mullaca y Colcabamba, se dividió la opinión, algunos señalaron que planifican y otros señalan que tuvieron a sus hijos/as/as de manera casual. En Ahuaycha, la mayoría señala que no se cuida, incluso quien uso el preservativo le falló, esto manifiesta el uso inadecuado del condón.

En Pazos y Acraquia, señalaron que tener su hijo fue una decisión, que se dio al momento de unirse a su pareja. También hacen referencia a la economía para tener a sus hijos/as. En Pazos agregaron en la dificultad de la crianza de los niños:

“Un par de años después... Nosotros nos dedicamos a la chacra y en caso de los niños, sufren pues ¿no? en la lluvia, el frío. Esa es la razón. Y a la vez con dos hijitos estaría un poquito difícil para ir a la chacra”.

En Pampas, todos los participantes fueron jóvenes, ninguno todavía era padre de familia, señalaron terminar sus estudios, tener una carrera, también refieren la economía, suficiente dinero y comodidad para tener hijos/as/as.

4.2.8. Lo que entienden por planificación familiar los varones

Cuando se les pregunta qué entienden por planificación familiar enfatizan la relación con el factor económico.

Tal sucede y lo señalan de manera explícita en Mullaca, Pazos, Colcabamba Pampas y Acraquia señalaron como motivos los recursos económicos para planificar el número de hijos/as/as que desean.

“Teniendo más hijos/as es difícil la vida” (Colcabamba).

En Ahuaycha, los participantes relacionaron la planificación familiar a otros aspectos ajenos a los ingresos económicos del hogar. Algunos se refirieron al cuidado de su familia y al desarrollo personal y familiar.

“La planificación familiar es buena para uno mismo para que más adelante se pueda desarrollar y conocer cómo son, cómo se pueden desarrollar los hijos/as. Más que nada tener comunicación entre padres o una pareja” (Ahuaycha).

Aunque en Mullaca también señalaron la edad de sus hijos/as para postergar y no tener sus hijos/as seguidos.

En Pampas entienden por planificar en asumir una responsabilidad. A tener en cuenta primero el factor económico, y luego en tener una familia, en el número de hijos/as.

“Bueno yo creo que tener un hijo a esta edad que tenemos nosotros que estamos presentes no es conveniente porque también hay que

detenerse a pensar que a los hijos/as hay que darles una buena educación y para eso hay que cultivar una buena carrera profesional” (Pampas).

En Colcabamba, cuando se les consultó si los varones deben cuidarse, explican que tanto la mujer como el varón tienen que cuidarse, enfatizan a la pareja. Un participante agrega el caso que el hombre es más exigente al no cuidarse hace daño. Algunos señalan que no es importante planificar mencionando a elementos naturales como hierbas para cuidarse, en otro caso, a las consecuencias secundarias de la píldora que afectan a la mujer. Quienes señalan su importancia enfatizan el factor económico para no tener más hijos/as.

En Acraquia, también precisaron el hecho de tener hijos/as/as es una la decisión como pareja. Señalan que no han pensado en tener más hijos/as por el costo de vida. Aunque también hay quienes no se ponen de acuerdo y uno quiere más.

“Yo no. Mi esposa, quiere tener un varón y pucha (...) (Risas) -Cómo puedo sacar un varón” (Risas) (Acraquia).

Resaltan de manera positiva la planificación familiar que le permite recibir orientación y aplazar el nacimiento de niños/as.

“Sino planificaríamos ahorita estaríamos como cuy, ya estaríamos aumentando. Yo tengo dos hijitas gemelitas y para qué tener más sino me van a salir dos más y ya van a ser cuatro” (Acraquia).

En Daniel Hernández, señala que la planificación les permite obtener información para no tener más número de hijos/as/as. Sobre todo porque carecen de los recursos económicos necesarios y básicos para poder protegerlos.

4.2.9. Cómo se cuidan los varones

Se obtuvo información acerca de las medidas que toman los varones para protegerse de un embarazo no deseado. Se observó respuestas variadas donde algunos tenían mejor información y otros no. Especialmente los jóvenes manejan mejor información y se encuentran usando algún método anticonceptivo. La gran mayoría de los varones en intermedio de las preguntas realizaron repreguntas acerca de los métodos mostrando ignorancia y confusión de los métodos modernos y naturales, desconociendo los nombres y su funcionamiento.

Cuando la pregunta se formulaba de manera general señalaron algunos métodos anticonceptivos pero al ir teniendo más confianza y la pregunta fue señalada en forma directa indicaron no usar método o usar un método natural.

En Mullaca señalaron de manera general que se cuidan con el preservativo. Pero cuando la pregunta fue más específica para cada uno, solo uno señaló que se cuida su pareja con la ampolla y la mayoría precisó que no usan método alguno. También comentan que antes no existía planificación familiar y tenían numerosos hijos/as. También indican los celos para que las parejas (varones) no acepten conversar sobre el uso de algún método.

En Daniel Hernández, las opiniones son diferentes: mientras uno señala que en la posta entregan anticonceptivos, otro dice que en la ciudad usan métodos anticonceptivos pero no en el campo y otro no ha escuchado hablar de los métodos anticonceptivos. La mayoría señaló que no están usando ningún método actualmente. Dos participantes señalaron que sus parejas se habían cuidado en una anterior oportunidad. Solo uno señaló que usa el preservativo.

En Pampas señalaron que se cuidan con el preservativo, algunos dieron a entender que es así cuando el sexo es ocasional, ya que si es una enamorada con quien tienen más confianza usan el método del ritmo.

En Tocas, algunos precisaron que usan el método natural y otros que no están usando ningún método anticonceptivo. En Pazos, señalan que son las mujeres quienes se cuidan, específicamente con la ampolla, algunos señalaron que están usando el método del ritmo, uno reconoció que está confundido con el uso de este método. La mayoría señaló no usar algún método. De manera similar en Colcabamba, algunos señalaron usar el método del ritmo y otros la ampolla.

En Ahuaycha, señalan que están notando que se cuidan por el número de hijos/as/as que tienen, otro señala que aún hace falta la difusión, ya que ha visto familias con cuatro o cinco hijos/as/as. Sólo algunos señalaron usar el método natural los otros no especifican. Algunos señalaron de manera general que son los/as jóvenes quienes vienen usando los métodos anticonceptivos por la oferta del servicio que existe y la información está más difundida a diferencia de tiempos anteriores, señalaron en tono de lamento los más adultos.

En Acraquia todos afirmaron usar algún método anticonceptivo, la mayoría los usa su pareja, todas usan la ampolla.

Los jóvenes manejaban más información sobre planificación familiar porque la habían recibido en la institución educativa donde estudiaban.

En lugares como en Pazos, comentó un varón que su pareja se acerca al establecimiento de salud a solicitar los condones. Esto también los señalaron algunas profesionales de salud que no se acercan los varones sino que envían a sus esposas, aunque eran escasos estos casos.

4.2.10. Opinión sobre el uso del condón

Se realizó una pregunta para sondear las ideas que hay entre los varones sobre el uso del condón. Se incluye también opiniones de varones que no lo han usado. Una de las ideas más señaladas es que no se siente el placer. También resaltan que les permite prevenir infecciones de transmisión sexual. De manera más general es calificado como efectivo y recomendable.

Para conocer con mayor profundidad esta percepción se realizó una pregunta acerca de las ideas que hay entre los varones sobre el uso del condón. Se incluye también opiniones de varones que no lo han usado. Una de las ideas mencionadas con mayor frecuencia está referida a la falta o poca sensación que sienten cuando usan el profiláctico. Pero reconocen y resaltan que les permite prevenir infecciones de transmisión sexual. De manera más general es calificado como efectivo, recomendable y de fácil uso.

En Pampas, los jóvenes no usuarios, señalaron primero los beneficios como prevenir las infecciones de transmisión sexual, después de reiterada insistencia y silencio prologado, señalaron que habían escuchado de sus amigos las conocidas frases “no se siente igual”. Coincidiendo con Ahuaycha y Mullaca señalan que no es natural, se siente diferente, aunque también señalaron que previene las infecciones. Señalan que lo usan en relaciones con parejas temporales, pero no con la pareja estable, precisan que lo usan en encuentro ocasionales como en una fiesta pero con sus enamoradas dejan de usarlo.

“Mayormente cuando tienes así una pareja, enamorada ya no puedes usar. De repente en una fiesta te encuentras con algunas amigas, en ese caso sí puedes usar porque de repente puede tener enfermedades” (Mullaca).

También hacen referencia al temor que se pueda romper. Asimismo señalan que con el uso seguido puede adquirir enfermedades. En Daniel Hernández aunque no lo usan señala que hace daño a la próstata.

Son las zonas de Pampas, Daniel Hernández, Pazos, Acraquia, donde los más jóvenes están informados sobre las enfermedades que se pueden prevenir con el uso del condón.

La percepción que tiene los jóvenes acerca de las ventajas y desventajas del uso del condón influye en mayor o menor medida en su utilización. Es necesario que se concienciase sobre el tema del uso del condón informando más acerca de las ventajas. Por las respuestas recibidas de algunos varones se percibe también que existe un tema cultural al creer que el condón se usa con parejas casuales y no con su pareja o “enamorada” formal. Los mitos que existen sobre el uso del condón aún son muy arraigados y se van transmitiendo de generación en generación.

Concluyendo con la parte de género, tanto varones como mujeres afirmaron que el uso de los métodos anticonceptivos es conversado con la pareja. Ambos reconocen los beneficios y la importancia de la planificación familiar. Pero hay dos puntos que están afectando estas preferencias reproductivas de mujeres y varones.

Uno de estos es que los varones tiene escasa información sobre los MAC incluso sobre los método naturales, existiendo mucha confusión y dudas, aunque también han manifestado que su interés de aplazar el siguiente nacimiento de sus hijos/as o hijas sobre todo por las necesidades económicas, pero existe un desinterés por informarse más sobre el tema, específicamente en visitar algún establecimiento de salud para obtener mayor información.

Otro es la relación de su uso con infidelidad. Los pocos participantes que señalaron que se cuidan con el preservativo sólo lo usan con mujeres que no son sus parejas. Justifican el hecho que una mujer se cuide por no ser madre soltera o abandonada, no ha sido concienciado como un derecho de las mujeres.

La Norma Técnica de Planificación familiar indica en relación a los varones: "Incluir la participación y responsabilidad de los varones en la salud sexual y reproductiva. Así como "promover el desarrollo de información y servicio para varones." Pero esto no se viene logrando en el programa de Planificación Familiar.

Como Ruiz explica que a través de las relaciones de género, las variaciones que tiene en el tiempo, de una época a otra, por el ámbito geográfico, así como de grupos sociales y están relacionados en función de la economía en la que viven, así como las normas, la religión, valores, la política y otros. Justamente las mujeres participantes hacen más alusión al factor económico para decidirse a usar MAC.

En estas relaciones de las mujeres se ha dejado de lado a sus parejas, aun conociendo la influencia que ejerce sobre ellas. Como lo han dado a entender por sus respuestas son conscientes de los beneficios de la planificación familiar, así como conversar con su pareja para tener a sus hijos/as, sin embargo, el desconocimiento sobre el uso de los MAC y naturales es abrumador esta deficiencia que han mostrado tiene que ser abordada.

Se ha notado un avance en la cuestión de género cuando tanto mujeres como varones señalan conversar con sus parejas para decidir tener un hijo/a y sobre la importancia que otorgan a la planificación familiar, pero los varones desconocen o no le dan importancia a la existencia del Programa en el establecimiento de Salud y quienes han sido invitados no

han asistido según señalan por el trabajo en la chacra o residir en lugares alejados, no les da tiempo. Así como prefieren actividades deportivas como el fútbol, en lugar de asistir al servicio de PF.

Si bien en la encuestas, las mujeres señalan que toman la decisión con sus parejas, sin embargo, analizando la participación de los varones, tienen desconocimiento y dudas sobre el uso de los métodos naturales y modernos. Incluso aun teniendo interrogantes poquísimos asisten al servicio por lo que la toma de decisión sólo se basa en la información que le puede hacer llegar la mujer que ha ido al Servicio y alguna que otra recomendación de conocidos, siendo erróneos en algunos casos. Asimismo analizando las respuestas en los grupos focales con mujeres, se observa mayor influencia en la opinión del varón para la decisión del método anticonceptivo que usará la mujer. Este dato no se vio reflejado en el recojo de las encuestas donde manifiesta que lo eligen en pareja, pero cuando se trata de recoger sus testimonios esta cambia. El hombre cumple un rol importante en la decisión para elegir un método anticonceptivo, siendo por tanto, la mujer influenciada por su pareja.

4.3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA PROMOCION DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4.3.1. La salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a una visión según la cual la atención debe considerar a la persona en su individualidad y en el contexto en que se desarrolla su vida sexual y reproductiva. Esto implica aproximarnos al cuerpo y a la intimidad entendiendo los distintos aspectos de orden biológico, cultural, psicológico, físico, ambiental y político que se relacionan con lo sexual y con lo reproductivo, con la actividad sexual, las relaciones de pareja, el placer, el erotismo, así como con los miedos, los

temores, las dudas que sienten hombres y mujeres en el tema sexual y reproductivo. (GUTIÉRREZ, Susana. CMP Flora Tristán: 2004 pp. 50-51).

Según la Conferencia de El Cairo los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos/as, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. (Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África: 2005).

La salud sexual y reproductiva está referida a un estado de bienestar físico, mental y social, más allá del hecho de no padecer enfermedades. La salud sexual implica contar con conocimiento sobre el propio cuerpo, tener la capacidad de tomar decisiones sobre su sexualidad y las formas de relacionarse con otros/as. Es por ello que la salud sexual reproductiva se centra en la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. También significa tener en cuenta el poder de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva. Esto supone que tenga la capacidad de tomar decisiones sobre su propia salud y la de su familia.

La planificación familiar está íntimamente ligada a ambos conceptos, con esta capacidad de disfrutar la sexualidad de manera responsable en la mujer y el varón. Por ello es importante indagar cómo entiende el personal de salud, específicamente sobre los derechos sexuales y reproductivos y cómo lo están poniendo en práctica con los/las usuarios/as que acceden al servicio de planificación familiar en cada establecimiento de salud.

4.3.2. Conocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos

Los profesionales de la salud al ser entrevistados hacen referencia básicamente al derecho que tiene la mujer a decidir libremente qué método usar, sin que medie la pareja, como derecho que tienen a decidir sobre su propio cuerpo.

“Toda persona tiene derecho a decidir sobre su organismo, tienen derecho a tener una protección y a decidir en forma individual, en esto no debe contarse la decisión de la pareja...,” (CS Colcabamba).

“Que la paciente tome la decisión, bien informada, pero decisión propia; no porque su vecina sí o no usa o por su esposo...lo que hacemos es conocer el poder de decisión a través de sus derechos...” (CS Pampas).

Algunos/as profesionales señalan como información complementaria el derecho a la información completa que tienen las mujeres para tomar la decisión que más les convenga.

Asimismo, hay un grupo de profesionales que señalan la importancia de trabajar con la población los derechos sexuales y reproductivos por el machismo que impera en los pueblos de Tayacaja. También señalan que las mujeres desconocen los derechos de su propio cuerpo, ya que suelen pedir permiso para casi todo o preguntar al esposo, por ejemplo; para realizarse la prueba de Papanicolaou piden permiso o consultan con el esposo si está de acuerdo con dicho examen, existe mucha desconfianza de parte de su pareja. Hay casos en que las mujeres vienen pidiendo el preservativo para sus parejas pero es el esposo quien no quiere usar.

También hay mujeres que dejan de usar algún tipo de método anticonceptivo por pedido de su pareja.

“En Juntos, están comprometidos a usar un método, por ejemplo, el caso de una señora, me dice señorita quiero preservativos con todo su tarjeta de control y yo le digo que ahorita no tengo preservativos,

entonces qué cosa te doy le digo; es que mi esposo no se quiere cuidar con nada, me dice. Y así tanto preguntándole, como media hora habremos conversado, y llorando me dice, sabes que señorita yo vengo mentira, yo tengo bastantes preservativos en mi casa, cada vez que me dan mi esposo no quiere usar, sólo vengo porque me obligan a usar para recoger mi Juntos. Los varones son demasiado machistas aquí, las mujeres no saben ni sus derechos, ni de su propio cuerpo, tienen que pedir permiso para todo. Entonces se tiene que trabajar más en eso” (CS D. Hernández).

Señalan también como algunas usuarias han mostrado temor por sus esposos, señalan que son celosos, sobre todo el saber que ella está optando por un método anticonceptivo que no es bien visto por su pareja, porque cree que su esposa lo está engañando o que dirán los vecinos si se enteran:

“Es que la paciente decida que método va a utilizar, ella tiene que decidir y cuántos hijos/as va a tener, pero lamentablemente aquí el machismo, aquí las mamás dicen mi tarea es tener 12 hijos/as...El promedio es casi 8, ahora van disminuyendo...Tienen que saber esto, aquí les informamos más o menos, a los/las usuarios/as que vienen, pero a otras que se les dice tienen miedo, por su esposo, mi esposo es celoso, no quieren...puede haber algún derecho más importante” (CS Tocas).

Los profesionales de salud también explican que el trabajo que las mujeres realizan en su casa no es valorado por ella misma, ya que siempre le han dicho que el hombre es el que tiene la razón y la última palabra, haciendo en muchos casos que no tomen su propia decisión.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, son temas que no son de conocimiento de todos las/os agentes comunitarios/as de salud, sólo tres promotores mencionaron que conocen algo del tema:

“Creo que es lo que tiene que ver con los derechos de las mujeres para cuidarse y que deben hacer con su salud para no tener más hijos/as, algo así me acuerdo cuando nos dieron una charla en Calandria, ya hace tiempito de eso” (Promotor de salud del CS Daniel Hernández).

Los/as otros agentes de salud entrevistados indicaron que nunca escucharon hablar sobre los derechos sexuales reproductivos, lo cual no les permite ampliar sus conocimientos y brindar una mejor explicación sobre los derechos que tienen las mujeres para planificar los hijos/as que desean y puedan tener.

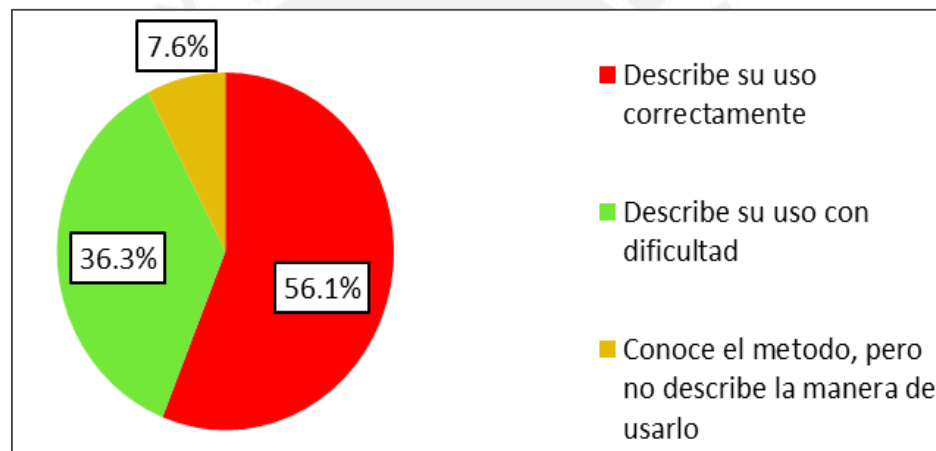
La SSR en los servicios de Planificación familiar se expresa en brindar Información sobre la variedad de métodos y a su acceso del método que elija, en la promoción de una elección libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos/as/as y al acceso a un servicio de calidad. A continuación se explican cada uno de estos puntos.

4.3.3. Información sobre la variedad de métodos tradicionales y modernos y su acceso voluntario

Según la Norma Técnica de Planificación Familiar (2005) vigente, los/las usuarios/as y usuarios nuevos/as que asisten por primera vez al servicio de PF deben recibir información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos con que cuenta el servicio. Como se puede observar en el tema referido a acceso a información completa, el 99.2% de los/las usuarios/as encuestadas conocen entre uno a cinco métodos anticonceptivos modernos. Existiendo un buen nivel de conocimiento de la variedad métodos anticonceptivos modernos, así como también se expresa en el dato que el 67.8% conoce entre dos a cinco MAC.

Se aplicó una lista de chequeo para verificar el grado de conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos que conocen, se encontró la siguiente información. El 56.1% describen correctamente el uso de los diferentes métodos. El 36.3% describe su uso con dificultad y el 7.6% conoce el método pero no describe la manera de usarlo. El inyectable, más conocido entre los/las usuarios/as como la ampolla, es el método que describen correctamente con 34.6%; seguido de la píldora con 10.2% y el condón con 8.9%. Justamente es el profiláctico (condón) el método descrito con más dificultad con 10.7%, seguido de la píldora con 7.2% y un reducido 4.8% no describe con facilidad el uso del inyectable.

Gráfico 4. 5 Grado de conocimiento de los MAC por los/las usuarios/as



Fuente: elaboración propia. Julio del 2011

Existe un bajo porcentaje de mujeres que conociendo el método desconocen su uso correcto. Tenemos que la T de cobre es el método que los/las usuarios/as señalan desconocer su modo de uso con un 3.1% y la píldora con 2.2%, en tanto que los otros métodos tienen menos de uno por ciento en que señalan no saber usarlo.

En los grupos focales realizados a las mujeres se ha encontrado que ellas no han podido acceder a toda la información acerca de los métodos

naturales y modernos en los establecimientos de salud, existiendo muchas dudas con respecto a su uso.

Al complementarse con la información cuantitativa, se tiene que el 30.2% de usuarias no se sienten satisfechas con las respuestas o explicaciones del personal de salud a sus dudas. Los varones en los grupos focales y entrevistas también explican cómo son afectadas sus parejas sin entender los efectos secundarios del uso de los métodos anticonceptivos modernos (MAC). El 13.9% de usuarias señaló que interrumpió el uso de su método anticonceptivo por los malestares que le generó.

Es así que en base a la información cualitativa y comparándolo con los datos cuantitativos se observa que existen limitaciones a lo que indica la norma técnica que se debe informar de sus características, indicaciones y formas de administración y uso en las orientaciones y consejerías con los profesionales de la salud, las situaciones serán más detalladas en los subsiguientes temas de este capítulo.

Los métodos anticonceptivos modernos con que cuentan los establecimientos de salud del Ministerio de Salud son las píldoras, los inyectables, el dispositivo intrauterino (DIU) también llamado T de cobre y el condón. Tanto a nivel cuantitativo como en los grupos focales han hecho mención de estos métodos. Justamente es en las encuestas que revela que la principal causa por la cual los/las usuarios/as (21.1%) abandonaron el uso de MAC es porque no estaba disponible el método en el establecimiento de salud.

Con respecto al Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE), que en el mes de marzo del 2010 fue reincorporado como método de planificación familiar de distribución gratuita en todos los establecimientos del Ministerio de Salud, sin embargo aún no llegaban a los establecimientos

comprendidos en el estudio. Por lo que no se estaba brindando información sobre este MAC.

El personal de salud también informa sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria o los métodos definitivos como la vasectomía y la ligadura de trompas cuando el número de hijos/as de la pareja es numeroso y que no sean adultos jóvenes.

La información que manejan los/las usuarios/as/os que accedieron a la información sobre los métodos anticonceptivos es porque estos métodos les fueron explicados en las charlas y/o consejerías que se desarrollaron en el centro de salud o en el programa Juntos, en algunos casos en el colegio.

4.3.4. Elección libre y responsable

Casi el 50% (exactamente 48.4%) de los/las usuarios/as encuestadas señalan que la decisión sobre el uso de un método anticonceptivo es conversado en pareja. La mayoría de varones no usuarios también manifestaron esta actitud de dialogar con sus parejas al respecto. Pero también algunos manifestaron que existe una mayor influencia como el varón y fue confirmado por algunos en los grupos focales:

“Cuando he ido a la posta para cuidarme van hacer poner ampolla, yo le he dicho ya hazte poner ampolla, si, primero me pregunto y le hecho poner. Hasta que se sintió mal y le dije déjalo” (Colcabamba).

El 39.7% de los/las usuarios/as refieren que son ellas las que eligen el método anticonceptivo. En los grupos focales con usuarias solo algunas participantes de la zona de Pazos señalaron que son ellas quienes decidieron el MAC a usar. Las otras participantes explicaron que lo conversan con sus parejas.

Habría que mencionar que el centro de salud Daniel Hernández, presentó el porcentaje más alto (64.1%) de usuarias que indican que fueron ellas quienes escogieron el método anticonceptivo y un 15.4% indicó que fue el esposo quien decidió que método usar en tanto, que en Pazos el 80.6% refieren que lo realizaron en pareja, siendo el establecimiento de salud con el más alto porcentaje de todas las zonas.

Un porcentaje bajo a referir es que el 4.0% de los/las usuarios/as encuestadas menciona que es el personal de salud quien determinó el uso de MAC.

La norma técnica de planificación familiar vigente establece que para la toma de decisión del usuario o usuaria sobre determinado/s método/s anticonceptivo/s, el personal de salud deberá brindar una información clara oportuna y veraz, ello se realiza a través de una consejería previa. El 66.3% de los/las usuarios/as encuestadas respondió que la información recibida del personal de salud es buena. Pero como ya se señala en otras partes del análisis, en los grupos focales los/las usuarios/as manifestaron dudas sobre el uso de los MAC y que no les muestran materiales de apoyo en el momento de la consejería. El propio personal de salud reconoce sus limitaciones.

“Pero lamentablemente nosotros no podemos porque somos un pequeño equipo para una gran población que son casi 1800. Ahorita tenemos tiempo, pero solo es un rato, ya van a empezar a venir los pacientes, y a veces infringimos también el derecho de atender a una paciente, cuando hay bastante, a veces ni las atendemos bien, pero no es porque no queremos, es por la misma circunstancia en que estamos” (Personal de salud CS D. Hernández).

4.3.5. La cultura como derecho sexual y reproductivo

Algunas usuarias señalaron que el personal de salud tiene limitaciones para dirigirse a las mujeres quechua *hablantes*, quienes solo entienden algunas palabras en español. Como ya se señaló el 69.8% de los/las usuarios/as habla quechua (lengua materna) y el 30.2% español. Sin embargo, de los profesionales de salud entrevistados solo tres entienden y hablan quechua, ellos se encuentran en los CS de Pazos, Colcabamba y Mullaca ante ello hacer llegar los mensajes sobre PF son muy limitados porque las comunidades no tienen agentes comunitarios de salud activos que intermedien la comunicación.

Los agentes comunitarios de salud entrevistados señalaron hablar quechua el quechua o runasimi¹⁸:

“Sí, yo hablo el runasimi nos ayuda bastante en la población que mayormente habla quechua. Los Promotores que conozco si hablan también runasimi y quechua, así las otras personas que no hablan español y no entienden, les hablamos y le decimos como deben cuidarse para que ya no tengan más hijos/as, y ya no sufran más, nosotros por eso le ayudamos cuando ellos explican algo aquí” (Promotor de salud del CS Daniel Hernández).

Una de las disposiciones para la atención en los servicios de planificación familiar según la Norma Técnica del MINSA es que las personas sean tratadas con dignidad, y accedan a una información oportuna, adecuada comunicación y sean aceptados sus reclamos y resarcidas cuando se ha cometido un delito sobre su derechos y costumbres.

Entre los testimonios recogidos sobre el idioma en que son informadas los/las usuarios/as por el personal de salud, ellas señalan que:

“Que nos expliquen de cada método, cómo debemos usar, de cada método bonito, porque hay personas que hablan quechua, no

¹⁸ El Runa Simi (el idioma de los incas) que significa habla del hombre, forma parte de una familia de lenguas que bajo el nombre de Quechua todavía se habla en seis países de América (Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina y Chile)

entienden el español mucho, Que me expliquen” (CS Daniel Hernández).

“Español hablan más que quechua, pero hablan los dos” (Personal de salud de la PS Ahuaycha).

“Sí todas, hablan quechua y español, pero hablan mayormente el quechua” (CS Colcabamba).

El personal de salud explica que la población joven habla español por lo que no consideran imprescindible manejarlo y si se requiere se acude al personal técnico o agente comunitario de salud para que apoye en la traducción. Precisan que las personas de mayor edad son quienes hablan quechua mayormente. Al respecto es necesario precisar que el trabajo con agentes comunitarios se realiza sólo en algunos centros de salud, la mayoría de los agentes comunitarios están desactivados. Se tiene que tener en cuenta también que la consejería es personal.

Cabe señalar que los materiales de apoyo que vienen siendo empleados en los establecimientos de salud ya están considerando los cambios con respecto a los personajes y contexto de la zona rural andina.

4.3.6. La promoción de la sexualidad plena y responsable

La sexualidad es la vivencia subjetiva que se alimenta del contexto sociocultural donde se desenvuelve la persona. La sexualidad comprende lo biológico, esto es, el sexo; el aspecto psicológico, el sentir y pensar como mujer o varón; y lo social que viene a ser las normas y valores culturales de la sociedad que marcan una pauta de comportamiento para cada sexo. Se puede entender por sexualidad a la forma en la que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer, de acuerdo a las normas y valores propios de su cultura y de su época. (CONAFE 1990).

Es así que la sexualidad se expresa en lo que piensa y hace la persona, porque es parte de su naturaleza, en todas sus acciones cotidianas o hábitos manifiestan su sexualidad, desde el conversar, la ropa que usan, saludos, etc., hasta en aquéllas en que demuestran sus emociones, en las relaciones que establecen con los demás y en la búsqueda de disfrutar del placer. La sexualidad es parte de la expresión humana que no solo se refiere a las actividades relacionadas al placer sexual.

Se nace con un sexo, se aprende a vivir la sexualidad a través de las normas y valores de la sociedad donde se vive. Esta construcción social de la sexualidad está enraizada con las creencias e ideas que existen en la cultura, existiendo normas y valores diferentes para los comportamientos que deben tener el varón y la mujer.

Como el personal de salud explica que se está notando un cambio en la salud reproductiva:

“Mire, cuando yo llegué aquí a trabajar no eran, no tenía mucha población en lo que es planificación familiar, era mínima. De repente era porque no todavía en el año noventa... dos mil digamos todavía nadie en la zona rural tenían miedo a cuidarse o era el machismo del hombre. Pero poco a poco se logra no, se logra con la constancia no, la perseverancia en que sí pues hay que ayudarlos a que planifiquen su familia. Y si no nos entienden hablando, pues nos van a entender de repente ya pues llegando a su casa o algo, no” (CS Mullaca).

“Claro, son necesarios, importantes actualmente, hace 10 años atrás había una comunidad donde realmente tenían las señoras de 40, 45, 50 años con 10, 12 hijos/as, pero eso ya ahora se ha disminuido con planificación familiar...yo sí hablo quechua, pero el quechua huanca” (CS Pazos).

Este cambio también es confirmado por las mujeres, quienes si bien hablan en pareja para planificar sus hijos/as/as aún tienen importante influencia lo que señale el varón sobre la decisión que tome la mujer.

“Se conversa con la pareja pues. Por ejemplo, yo tengo un hijito y ahora estoy pensando en tener, de acá tres años, algo así” (CS Mullaca).

“Eso lo hablamos con nuestros esposos, ahí hablamos y les decimos lo que nos han dicho en el centro de salud y ellos nos dicen “qué dices tú pues”, y cuando hablamos llegamos a decidir que es mejor que me cuide y así él también lo sabe porque si no tendremos problemas, porque pueden pensar que estamos ocultando algo, y después hablan los vecinos mal aquí” (CS Pazos).

Algunas usuarias aluden inconvenientes con su pareja sobre el ejercicio de su derecho sexual y reproductivo, señalan que no está de acuerdo en que se cuide para no tener más hijos/as, en otros casos algunas mujeres han tomado su propia decisión, aunque con algo de miedo e incertidumbre, han asumido su propio cuidado y optar por planificar su familia, sin consultar con el esposo, quien muchas veces actúa por el machismo y el qué dirán sus vecinos o amigos que su pareja use un método anticonceptivo:

“O sea él nunca quiso que me cuide. A la fuerza me he cuidado”, “La señorita le hablaba pero a veces le hacía caso a veces no. Yo sola me cuidé. Ahora recién quiere que me cuide” (CS Mullaca).

Las mujeres cuando vienen por primera vez al establecimiento de salud tienen muchos temores y dudas porque es un tema íntimo, sienten vergüenza y estarán en el ambiente con otras mujeres que no suelen ser de su confianza y no saben cómo afrontar todas estas emociones. Casi todos los establecimientos de salud, especialmente los centros de salud, comprendidos en el estudio reciben mujeres de zonas rurales y en menor

proporción del área urbana. En el caso de las postas de salud es casi totalmente rural, siendo las características y emociones diferentes en cada uno de ellas:

“Algo con miedo, porque no sabíamos que nos iban hacer, pero luego se pasa el miedo, la inyección si me da miedo pero luego pasa porque la doctora dice aguanta o tienes más hijos/as, eso es peor” (CS Pazos).

El derecho a la sexualidad se expresa en el derecho a pedir una información adecuada. Los cambios en los ámbitos laboral, cultural y económico influyen en la construcción de la sexualidad de las parejas. La vivencia de la sexualidad está influida por información sobre cómo es su cuerpo, que puede disfrutar, de su anatomía, aunque hay avance en la autonomía de las mujeres aún hay aspectos resistentes al cambio en los patrones culturales, el papel atribuido a las mujeres, en el que se oscurecía la relación con su propio cuerpo conservan su inercia. Hay profundas raíces culturales que todavía inhiben la apertura, el conocimiento y la comunicación de la mujer con su cuerpo y su sexualidad. (Malguris 2003: 141).

Un hecho que impide el disfrute de su sexualidad es la fuerte queja sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos modernos, el 23.4% de los/las usuarios/as encuestadas en los ocho establecimientos de salud señalan que viene teniendo dolores de cabeza, así como sangrado un 11.9% y aumento de peso refieren el 15.1% de las mujeres entrevistadas:

“Cuando nos cuidamos con pastilla con ampollas nos choca, nos duele la cabeza; por eso no queremos cuidarnos”, “Si, responden en quechua..... pero me hace mal. Si le hace bien el anticonceptivo puede usar pero como le hace mal no usa” (CS Colcabamba).

Algunas mujeres señalaron como solución anterior optar por otro método porque no se sienten bien con la inyección o pastillas y el personal de salud no ha podido apoyarle con este problema o resuelto sus dudas:

“Estaba con la ampolla, recién antes de ayer me ha tocado cambiarme de método y me cambié a pastillas porque estaba muy histérica. O sea nos chocan a veces ¿no? la pastilla, la ampolla, siempre nos choca” (CS Pampas).

Los/las usuarios/as también han expresado que sus vecinos muchas veces las interrogan o comentan sobre su salud reproductiva, es decir, porque hasta la fecha no han vuelto a tener más hijos/as, y ello a veces les afecta:

“La vez que te ven con un hijo, sigues sola o ya no tienes otro, siempre te preguntan por qué no tienes, tal vez te cuidas, entonces le dices tienes que cuidarte según le convenga porque a otras les choca la ampolla” (CS Pazos).

Los/las usuarios/as manifiestan que incluso las profesoras donde asisten sus hijos/as y los niños y niñas de la comunidad están sorprendidas del porque aún ellas no quedan embarazadas, les preocupa que haya menos niños: ¿porque ya no tienen ganas de trabajar?, ¿qué cosa?’, ‘Se han vuelto ociosas, dicen’. (Refiriéndose a los pocos niños en las escuelas):

“Hasta a los esposos les desaniman. De tuyo no es tu hijo. Cuando hablan así hasta nos desaniman de cuidarnos. Cuando hablan así a veces nos desaniman hasta de hablar” (Personal de salud de la PS Mullaca).

Las mujeres también revelan tener en cuenta la situación que les rodea cada día, por sus escasos ingresos económicos, y en el cual el 69.8% de

las familias tienen que subsistir con 100 a 300 soles mensuales, según los resultados de la encuesta¹⁹:

“Se sufre en el campo mucho, aquí no hay dinero, los sembríos no alcanza ahora que la papa no está bien pagada, se sufre y ellos más que nosotros porque no se alimentan bien y por eso es mejor cuidarse además es gratis” (CS Pazos).

“Si señorita son bueno para con esta vida que estamos, ya no podemos tener más hijos/as, a veces el sueldo que gana varones, no alcanza la canasta familiar” (Personal de salud de la PS Ahuaycha).

Las mujeres precisan que se mejore el trato cuando asisten a los establecimientos de salud, en especial en el servicio de PF, el personal de salud debe respetar su idioma, creencias y aspectos culturales de las mujeres:

“A veces no quieren atender, se reniega, medio aburrido, cuando se reniega te tratan mal, Tratan mal a las señoras y tampoco quieren volver. A veces cuando hablan quechua ya no quieren atender señorita” (CS Colcabamba).

El acceso a los métodos anticonceptivos seguros permiten que las mujeres planifiquen sus embarazos y el número de hijos/as que desean tener, así como tomar mayor conocimiento y conciencia sobre su sexualidad, a entablar diálogo con satisfacción en menor o mayor medida con su pareja; entonces a tener menores dificultades para alcanzar una sexualidad plena y responsable donde el servicio que brinde el establecimiento de salud ayude a la persona a tomar decisiones y asuma las consecuencias sobre la base de una información completa y oportuna

¹⁹ No cuentan con las condiciones mínimas de salubridad, viven en espacios reducidos y de la cosecha de la papa que recogen dos veces al año, principal producto que sostiene la economía familiar en estas zonas.

para que ejerza una sexualidad plena, que pueda superar sus inseguridades y dudas.

4.3.6.1. A nivel varones

A continuación se señala la información proporcionadas por los varones no usuarios del servicio de PF, son jóvenes que viven en la zona de estudio, y que trabajan, tienen pareja esporádica o recién están formando su familia.

Uno de los cambios más notables es que varones conversan con su pareja sobre planificación familiar y la anticoncepción, como lo expresa una usuaria:

“Antes no hablaban sobre planificación familiar, de que no van a tener hijos/as, ahora si ya conversan más de planificación familiar. Ahora el hombre también decide si va tener hijos/as o no tenerlos” (Tocas).

En Mullaca algunos varones entrevistados indican que planifican su familia y otros también refieren que se dio de manera casual la planificación familiar. Señalan como uno de los principales motivos por los cuales planifican el número de hijos/as que van a tener es por los recursos económicos con que cuentan para mantener a sus hijos/as/as que desean tener.

Los más jóvenes participantes en los grupos focales, se encontraron en Pampas, señalaron terminar sus estudios, también refieren la economía, tener una carrera y suficiente dinero y comodidad:

“Bueno yo creo que tener un hijo a esta edad que tenemos nosotros que estamos presentes no es conveniente porque también hay que detenerse a pensar que a los hijos/as hay que darles una buena educación y para eso hay que cultivar una buena carrera profesional” (Pampas).

Los varones entienden por PF a tener en cuenta primero el factor económico, principal motor de vida diaria y sobre el cual rige su desarrollo y de la familia que tendrían y consideran que tener una familia es una responsabilidad que merece ser pensada y planificada, esta opinión se recoge de los entrevistados jóvenes que son usuarios del servicio de PS.

En Colcabamba y Ahuaycha señalan que no están planificando y otros señalan que sí se están cuidando. Cuando se les consultó si los varones deben cuidarse, explican que tanto la mujer como el varón tienen que cuidarse igualmente, enfatizan a la pareja.

Algunos señalan que no es importante planificar mencionando a elementos naturales como hierbas para cuidarse, en otro caso, a las consecuencias secundarias de la píldora que afectan a la mujer. Quienes señalan su importancia enfatizan el factor económico para no tener más hijos/as.

En Ahuaycha se relacionó la planificación familiar a otros aspectos ajenos a la economía. Algunos participantes se refirieron a al cuidado de su familia y al desarrollo personal y familiar.

“La planificación familiar es buena para uno mismo para que más adelante se pueda desarrollar y conocer cómo son, cómo se pueden desarrollar los hijos/as. Más que nada tener comunicación entre padres o una pareja” (Ahuaycha).

En Acraquia, también precisaron el hecho de tener hijos/as/as es una la decisión como pareja. Señalan que no han pensado en tener más hijos/as por el costo de vida. Aunque también hay quienes no se ponen de acuerdo y desean tener más hijos/as:

“Yo no. Mi esposa, quiere tener un varón y pucha (...) (Risas) -Cómo puedo sacar un varón” (Acraquia).

Resaltan de manera positiva que la planificación familiar les permite recibir orientación y aplazar el nacimiento de niños/as:

“Sino planificaríamos ahorita estaríamos como cuy, ya estaríamos aumentando. Yo tengo dos hijitas gemelitas y para qué tener más sino me van a salir dos más y ya van a ser cuatro” (Acraquia).

4.3.7. Cómo promueven un servicio de calidad

Señala la Norma Técnica de Planificación Familiar 2005 como parte de la promoción de un servicio de calidad del establecimiento de Salud es que garantice la decisión libre e informada, esto implica contar con un personal de salud con las competencias necesarias para educar y atender a mujeres y varones, asimismo, que no se induzca la aceptación del método anticonceptivo mediante la presión, coacción, engaños o manipulación u ocultando información.

También comprende contar con un espacio que permita la confidencialidad, contar con los materiales de apoyo que permita brindar una mejor información, garantizar la decisión libre e informada y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos, brindar información veraz, completa y oportuna sobre los MAC, adecuada competencia de las personas prestadoras de los servicios, fomentar relaciones interpersonales de cordialidad y mecanismos de satisfacción de las/os usuarios.

Analizando el primer punto, sobre la participación del personal de salud en el servicio de PF a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud se deduce la experiencia de trabajo con que cuentan en el servicio de planificación familiar en los diferentes establecimientos de salud, algunos con similares características como la sierra rural y otros diferentes, como la selva. La mayoría son de profesión

obstetras, sólo en el caso de las postas de salud de Ahuaycha, Tocas y Mullaca son técnicos de enfermería que vienen trabajando hace unos dos años como mínimo en los respectivos establecimientos de salud. En Pazos la gineco-obstetra viene laborando hace cinco años, en Colcabamba también hay un gineco-obstetra que rota en el servicio desde hace 10 años.

Más allá de la formación profesional con la que cuentan son pocos los profesionales de salud que han recibido capacitación adicional en el tema. Hay profesionales de salud que tienen pocos meses trabajando y están preocupados por la alta rotación que existe con el personal de salud quienes pueden ser cambiados a otras zonas; situación que es impredecible y que puede deberse por algún cambio de los jefes del establecimiento de salud, la micro red de salud o la red de salud o bien por una vacante que ofrece una mejor opción profesional:

“Aquí voy trabajando recién desde enero, son 5 meses aproximadamente” (Personal de salud de la PS Acraquia).

Estos dos aspectos encontrados con el personal de salud, desfavorece su trabajo con la población, ya que el no contar con una adecuada inducción y capacitación en el tema y en el servicio de PF, hace más dificultoso su relación y acercamiento con las/os usuarias/os dificultando, por tanto, el trabajo sostenido con los agentes comunitarios de salud, con quienes se viene tratando de trabajar, ya que son los nexos de comunicación y acercamiento con la población.

Acerca de la inducción sobre algún método anticonceptivo particular se ha encontrado algunos testimonios en que el personal de salud le indica a la usuaria que es mejor que se ponga la ampolla:

“Ahorita te ponemos la ampolla. Es mejor que te cuides porque si no vas a salir embarazada. Desde los veinte días ya puedes salir embarazada.

-Responde usuaria:

“No yo voy a esperar les dije”.

-Y, ¿esperaste?

“Sí, una semanita esperé luego fui al centro de salud y me hice poner y no me dieron, porque me decían: esa es buena, tres meses vas a estar, entonces ‘ya está bien’, dije y a mí no me dieron charla”.

Otra cualidad necesaria de un servicio de calidad, según la Norma Técnica de Planificación Familiar es que garantice el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos, las características de la información que brinde el personal de salud sobre los métodos anticonceptivos debe ser veraz, completa y oportuna. En los grupos focales, hay usuarias que señalan que no han recibido la información completa sobre los MAC, no les explican en qué consiste el método en muchos casos como lo señala una usuaria:

“No me han explicado, de frente me dicen ¿Quieres pastilla?, eso nada más y allí termina todo, y te piden tu tarjeta, esta es la próxima fecha y...” (CS Pampas).

Por ello se debe caracterizar el establecimiento de salud por brindar un servicio de calidad en la comunicación con la o el usuario/a basado en una relación interpersonal cordial. Establecer este tipo de relaciones requiere tomar su tiempo. En las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud relacionaron principalmente los derechos sexuales y reproductivos al acceso a la información para que tome la decisión sobre un MAC la usuaria o el usuario. Sólo algunos explicaron lo importancia de mostrarse claros en la información brindada en el primer momento para que el/la usuario/a se sienta segura en su opción. En todos los casos el ambiente utilizado para el servicio de planificación familiar es un consultorio ambientado para una atención privada a la usuaria.

En el caso de las comunidades alejadas, algunas veces, un equipo multidisciplinario se traslada hasta las zonas brindando una atención integral, básicamente esto se realiza cuando hay campañas de salud, por otro lado se trabaja en forma conjunta con el Programa Juntos mediante el cual se realizan talleres informativos.

La norma técnica de planificación familiar también alude contar con mecanismos de satisfacción a los/as usuarios/as. No existe un mecanismo en funcionamiento propio para esto, se observó buzón de sugerencias colocado en un ambiente externo. Suponemos que la afluencia de usuarias al servicio a través de la base de datos de usuarias/os continuadoras/es permite de alguna manera medir esto.

4.3.8. El personal de salud en la elaboración de materiales educativos

Teniendo en cuenta que el personal de salud conoce las necesidades de información en la población y que pueda proponer o construir los mensajes así como elaborar los materiales de apoyo y desarrollar actividades de información y educación que desarrollen en la comunidad. Al respecto precisaron que no han participado en la producción de materiales de circulación comunitaria sobre planificación familiar. La experiencia se ciñe principalmente a la preparación de los periódicos murales exhibidos en la sala de espera y que son modificados de acuerdo a las campañas que se realicen en el transcurso del año.

Cuentan otras experiencias en que han participado en la elaboración de los materiales, esto en el cuidado del embarazo y en salud mental. En la PS Ahuaycha, el personal de salud precisó que a raíz de ganar un concurso de proyectos en el tema de salud mental, le permitió trabajar con la propia población y elaboraron un tríptico, también con papelotes hicieron otro material tipo almanaque, en quechua, ahí notaron que no

entendían y la explicación del personal de salud era más efectiva para el entendimiento de los mensajes.

En el CS Mullaca, el personal de salud explicó que han participado en la elaboración de pancartas para desfiles con mensaje alusivos a diferentes temas entre ellos la planificación familiar. En el CS Daniel Hernández, una profesional de salud que trabajo años anteriores, comentó su experiencia de la elaboración de materiales como un afiche con la propia población para el tema de la maternidad saludable:

“... y ellos dibujaban como querían que sea, porque usan faldas, trenzas; entonces esa es la realidad...fue en 2004” (CS Daniel Hernández).

Los/las promotores de salud no cuentan con todos materiales educativos e informativos para desarrollar sus charlas, como el rotafolio y folleto. Estos materiales han sido entregados por el Ministerio de Salud, y deben ser utilizados según la actividad programada por el establecimiento de salud y si el material está disponible el promotor lo puede usar, caso contrario dará su charla hablando:

“Cuando yo hago una charla lo hago sólo hablando y así lo explico, a veces me dan volantes para entregar sobre los métodos anticonceptivos, ahí explican más sobres como deben usar y que beneficios”.

Sólo dos promotores señalan que han participado en la elaboración de materiales de P.F, ello debido a la capacitación que recibieron de las ONG´s AIDECAP y Calandria; (Colcabamba, hace 12 años)

“Ya por...cuando entramos, primeramente nos capacitó AIDECAP, un poco en lo que planificación familiar, porque desconocíamos el tema” (CS Daniel Hernández).

“...Calandria me han enseñado varias cosas de materiales para hacer, para informar hace poco pero en prevención de la violencia familiar, pero como vera no tengo la plata para las copias y los papeles que se necesitan para hacer estas cosas que se pueden hacer también para PF”.

El resto de promotores indica que sólo han elaborado carteles para avisar que hay charlas o convocar a la población para una reunión para hablar sobre Planificación Familiar.

4.3.9. Análisis de los materiales educativos y comunicacionales en los servicios de planificación familiar

Con este subtítulo se aborda tres aspectos previstos concernientes a la salud sexual y reproductiva:

- El contenido informativo sobre la amplia gama de los métodos anticonceptivos modernos y su acceso voluntario
- El contenido informativo que promueve el ejercicio de una sexualidad plena y responsable
- El contenido informativo que promueve un servicio de calidad en salud sexual y reproductiva

Sobre el primer aspecto se ha observado que es totalmente variado el contenido, hay materiales que tan solo muestran algunos métodos anticonceptivos y los hay sumamente completos que se puede visualizar todo lo que concierne a la salud sexual y reproductiva, algunos tienen una sola lámina y otros contienen cerca de 16 láminas. Se puede señalar que casi todos los establecimientos de salud tienen un material educativo de apoyo que muestra sobre la variedad de métodos anticonceptivos pero el cómo aparecen visualmente algunos son más atractivos y explicativos, de éstos generalmente son pocos.

Sobre los materiales que promueven el ejercicio de una sexualidad plena y responsable son abordados a través de los beneficios de la planificación familiar, especialmente sobre el cuidado de la salud de la mujer y la responsabilidad de tener un hijo/a, sobre su derecho a decidir los hijos/as que desea tener. La mayoría de los materiales manifiestan algunos de estos mensajes, especialmente los que tienen más páginas o láminas.

Respecto a los materiales que promueven un servicio de calidad en salud sexual y reproductiva, es escaso, no aparece la relación que tiene que existir con el proveedor de salud quien aparece solamente en el gráfico,



pero no hay un mensaje que caracterice al personal de salud, brindando confianza, puesto que es un tema muy personal, se puede señalar que se alude al servicio de salud como centro de distribución de los métodos anticonceptivos. La Tabla 4.4 precisa con mayor detalle el análisis de cada uno de los materiales.



Tabla 4. 4 Análisis de los Materiales de apoyo

TIPO DE MATERIAL	CENTRO O POSTA DE SALUD	MATERIALES DE APOYO	INFORMA SOBRE LOS DISTINTOS MÉTODOS	SEXUALIDAD PLENA Y RESPONSABLE	SERVICIO DE CALIDAD
ROTAFOLIO	Pampas	Planificación Familiar	Informa sobre la t de cobre inyectable espermicida y condón, sólo se muestran los gráficos.	Invita a través de sus gráficos que las mujeres planifiquen su familia a través del uso de métodos anticonceptivos.	No aparece la invitación que se dirijan al servicio de salud o aparece el personal de salud mostrando la confianza o seguridad de la información que les proporcionará.
ROTAFOLIO	Pampas	Planificación familiar para personas viviendo con VIH y alternativas reproductivas	Tiene información sobre los variados métodos modernos como el Diu, el condón la píldora la ampolla y los métodos irreversibles	A través del acceso a alguno de los métodos lo relaciona a tener una vida saludable.	Tampoco se observa mensajes explícitos acerca del rol que cumple el personal de salud por brindarle información de calidad al respecto.
ROTAFOLIO	Daniel Hernández	¿Cómo cuidarnos para no tener más bebés?	Sólo tiene una lámina que informa de los métodos modernos T de cobre inyectable y condón, todo se presenta de forma gráfica.	No se promueve explícitamente una sexualidad plena.	No promueve el servicio de calidad.
AFICHE		Dar pecho es un acto de amor	A través de gráficos pequeños da a conocer en una sola lámina los métodos anticonceptivos como el condón, el inyectable, píldora. Métodos naturales y quirúrgicos.	Tiene un lema que trata de promover la responsabilidad que implica tener un hijo y por qué cuidarse.	No se presentan ningún lema o frase para promover el servicio de calidad, solo se presenta al personal atendiendo a los/las usuarios/as.
FOLLETO	Pampas, Mullaca, Daniel Hernández, Colcabamba, Acraquia y Pazos	La planificación familiar nos ayuda a vivir mejor	Es un folleto muy completo donde se explica la importancia y en qué consiste Explica la amplia gama de métodos anticonceptivos hormonales, naturales y quirúrgicos Son los métodos que debe tener el centro de salud. Qué son todos el condón, t de cobre, inyectable, AOE, píldora, así también menciona como métodos naturales al método del ritmo, billing y del MELA.	Se aborda desde dos formas con la recomendación de los MAC y con los beneficios que explica como es el cuidado de sus salud, mejorando su calidad de vida, contando con más tiempo para pasar con su pareja y su derecho a decidir los hijos/as que desea tener. Está dirigido a las mujeres aunque se complementa con imágenes de la pareja. Señala la disponibilidad gratuita de los métodos anticonceptivos en los servicios de salud	Es un mensaje secundario de este folleto muy básico que simplemente señala que acuda al servicio de salud. Se observa a la pareja en un ambiente con la profesional de salud, deduciéndose la privacidad de la consejería.
FOLLETO	Pampas y Pazos	Planificar nuestra familia... es nuestro derecho	Este folleto hace referencia a los métodos y su importancia. Hace mención a los métodos que debe tener el establecimiento de salud, centro	Se aborda desde dos formas con la recomendación de los MAC y con los beneficios que explica como es el cuidado de sus salud, mejorando	Solamente se hace referencia al servicio de salud como centro de distribución de los métodos anticonceptivos, si bien aparece la foto

			de salud. Que son todos los condón t de cobre inyectable AOE píldora, así también menciona como métodos naturales al método del ritmo, billing y del MELA. Y sobre los métodos quirúrgicos	su calidad de vida contando con más tiempo para pasar con su pareja y su derecho a decidir los hijos/as que desea tener. Está dirigido a las mujeres aunque en el grafico aparece la pareja.	del personal de salud con la usuaria en el consultorio
FOLLETO	Pampas	AOE	Material muy específico de cómo y cuándo usar el AOE, a través de dibujos muestra acerca del uso, una de estas imágenes grafica el centro de salud, así como la consejería que recibe la usuaria del profesional de salud.	A través de los gráficos muestra el uso adecuado del método, refiere que en caso de violación es un método a usar para no tener hijos/as no deseados.	No promueve servicio de calidad, pero las imágenes del personal de salud orientando indica que se puede recurrir a ellos con confianza
FOLLETO	Pazos	Para vivir mejor	Son testimonios sobre la planificación familiar y la importancia de usar algún método anticonceptivo. No hace referencia a ningún método.	A través del testimonio de la mujer aborda el cuidado de su salud relacionado a los beneficios de la planificación familiar. En el caso del testimonio del varón alude a su responsabilidad como pareja y a la idea machista de tener muchos hijos/as.	No aparece ningún elemento que se relacione con el establecimiento o personal de salud
CARTEL	Pazos	Tú tienes derecho a planificar tu familia	Pequeñas ilustraciones de métodos acompañados de abundante texto sobre las características de cada método señalados anteriormente. Incluye el AOE, no muestra métodos de barrera	Solamente es abordado a través de la explicación de los métodos anticonceptivos	Tanto al inicio como al final se remata promoviendo la confianza al personal de salud Está a tus servicio para ayudarte a resolver tus dudas", "pregunta con confianza", "te atenderá gustosamente". Pero por las características del material que es un afiche el dibujo que la acompaña no grafica esto.
		Acción concertada para el logro de una maternidad saludable y segura en el departamento de Huancavelica.	Material sobre maternidad, que ha considerado una lámina sobre los métodos anticonceptivos que describe de manera general los siguientes métodos, T de cobre píldora, inyectable, Métodos naturales, MELA y ritmo Métodos quirúrgicos	Sólo menciona que la pareja tiene derecho a elegir libremente uno de los métodos mostrados.	No hace referencia al servicio.
ROTAFOLIO	Mullaca	Salud Reproductiva	Material muy completo abarca todo lo que implica salud sexual y reproductiva de manera visual, las láminas ilustran de manera detallada cada método. Hace referencia a los métodos naturales y modernos pero no incluye el AOE.	Informa sobre los beneficios y riesgos del embarazo y cada uno de los métodos, con las imágenes se puede observar la responsabilidad de la pareja y la correcta utilización de los métodos.	Sólo aparece el personal de salud explicando en una lámina, no se resalta la labor de orientación que cumple. La imagen que se proyecta del personal de salud es pulcra y amable en la atención a los/las usuarios/as y su pareja.

<p>ROTAFOLIO</p>	<p>Mullaca</p>	<p>Salud materna</p>	<p>Explica sobre los métodos anticonceptivos señaladas arriba, incluye el método de la tableta vaginal. Las ilustraciones permiten observar claramente el uso de los métodos</p>	<p>A través de las imágenes da a conocer los beneficios del uso de los métodos, el uso y la responsabilidad compartida con la pareja.</p>	<p>También se muestra al personal de salud muy limpio y atendiendo a la pareja. No existe nada escrito sobre el personal de salud, por lo que no promueve el servicio de calidad.</p>
-------------------------	----------------	----------------------	--	---	---



4.4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE PROMOCIÓN EN SALUD

Es importante conocer con la formación con que cuentan los profesionales de salud y los/las promotores de salud en promoción de la salud puesto que dependerá de estos conocimientos y en cómo los pone en práctica, su mejor desenvolvimiento en actividades de promoción de la salud con la población.

Luego de entrevistar a profesionales de salud y a promotores comunitarios, percibimos serias limitaciones en cuanto a capacitaciones recibidas como parte de su capacitación continua en promoción de la salud. Entendiendo que es un tema de mucha importancia el conocer las necesidades de información de las/os usuarias/os así como poder utilizar las técnicas adecuadas para informar mejor a la población y contribuir con la mejora del acceso a la información en planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

Los profesionales de Colcabamba y Ahuaycha mencionaron que no han recibido capacitación en IEC o temas de promoción de la salud. Sólo reciben actualización en temas referidos al desarrollo profesional y temas más centrados en tratamientos a enfermedades. La obstetra de Ahuaycha además hace mención a que hace uso del internet como apoyo para los temas de capacitación y comunicación.

Sólo en el caso de Daniel Hernández, mencionan que han recibido capacitación durante los años 2003 y 2004 dentro de un programa estratégico de temas de educación y comunicación, donde se les capacito en cómo llegar a la población mediante socio dramas y videos; así mismo se trabajó la idea de elaborar materiales, afiches y otros materiales de difusión de manera conjunta con la población.

“nosotros lo que hemos pedido es hacer charlas, difusión, sacar almanaques, afiches que salgan de la población, con ideas de la población”.

Los profesionales de salud de Pampas mencionan haber recibido capacitación en información y comunicación sobre promoción de la salud para la elaboración de sus materiales; la frecuencia de capacitación varía de acuerdo a los temas, puede ser cada 2 meses o más, pero últimamente ya no se da capacitaciones al respecto. Otras profesionales señalan que las capacitaciones depende de cada uno, pero no necesariamente es en estrategias de comunicación, pueden capacitarse en el tema de su interés.

“acá cada quien se capacita por su propio medio, pero que la institución lo haga, no”.

En el centro de salud de Pazos los profesionales de la salud mencionan que han recibido capacitación en Pampas y Huancavelica. Describen que los han capacitado en temas de salud sexual y reproductiva y en cómo deberían de brindar la consejería a las/os usuarias/os y la forma de comunicación con la población cuando se hable del tema.

“hemos ida a Huancavelica a una capacitación sobre salud sexual y reproductivo y también nos enseñaron a dar las consejerías con los pasos que tenemos que dar...hay que saber cómo decirles.”

En otros establecimientos de salud el personal que haya participado del taller o la capacitación, tiene que desarrollar la réplica con sus demás colegas que no pudieron ser invitados:

“las obstetricias van a capacitación y vienen a darnos la réplica”.

Refiere otra profesional de salud de Pazos, que los han capacitado en Pampas pero en el tema de salud sexual y reproductiva para adolescentes, pero que recién empezarán a aplicarlo en los colegios de la zona a partir de julio.

Tanto en Pampas como en Daniel Hernández nos refieren que las estrategias de Información y comunicación han cambiado y ahora están más centradas en informar a la población para que se tome una decisión libre e informada. Este

comentario nos parece muy acertado y denota que los profesionales de salud conocen y se basan en un trabajo con enfoque de derechos sexuales.

En Tocas de manera general ha sido capacitado en prevención aunque no en el tema de planificación familiar, pero se tiene pensado trabajar con los colegios.

En Acraquia un personal refiere que últimamente recibió capacitación en consejería que le ha permitido reforzar su técnica. Otro personal de salud complementa que generalmente se capacitan por su cuenta. También han precisado que para realizar actividades de educación con la comunidad que no cuentan con apoyo de materiales y no hay presupuesto para movilizarse y ofrecer refrigerios. Es decir, por más que se capaciten en promoción de la salud no cuentan con logística para realizarlo periódicamente.

En cuanto a cómo les ayudo las capacitaciones en su labor, precisan que le ayudó para que trabajaran materiales de difusión con la población, para que mejoraran la difusión del mensaje, para el trabajo con los adolescentes que son los que más lo necesitan pues hay muchos embarazos adolescentes.

En Mullaca señalan que recibieron capacitación sobre promoción de la salud y que esta capacitación se realizó en Tayacaja. En cómo contribuyó a su trabajo comenta que aprendió a reconocer cómo aprenden y entienden mejor las personas de su comunidad y comenta que todo es a base de constancia y dedicación:

“...lo que le vamos a dar, que lea un cuaderno, un libro de repente no lo aprende pero de repente hablándoles, haciéndoles ver figuras, rotafolios, de repente insistiendo se logra, promocionando, haciéndoles ver que no es malo, que todo lo que Salud ofrece no es malo; como su nombre mismo dice Salud es Bienestar, entonces... y hablándoles con la verdad pues, si esto es así sí es...”.

Por lo expresado por los profesionales de salud se deduce que es poca la actualización en los temas de comunicación para temas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva. Siendo el tema de la información y comunicación un tema clave para que las personas puedan acceder a los MAC de manera informada, es necesario que se tenga un análisis de la población y de acuerdo a ello se capacite al personal de salud de manera constante.

El profesional de salud ha aprendido en base a sus años experiencia y de trabajo en zonas rurales y quechua hablantes, a reconocer como tienen mayor aceptación de la población cuando se les informa sobre temas de PF y SSR. En base a este aprendizaje algunos profesionales de salud ha podido aplicar diversas estrategias de acercamiento a la población identificando luego que más se ajusta a las/os usuarias/os. Por la respuesta obtenida de la mayoría de los profesionales todos ellos realizan consejería y es allí que utilizan algunas estrategias aprendidas desde la práctica. Las limitaciones económicas, la falta de personal y el poco apoyo en la organización limitan la elaboración de actividades extramurales (fuera de los establecimientos de salud). El profesional de salud últimamente se limita a las consejerías y solo en fechas ya programadas desde el MINSA realizan actividades masivas.

Tanto las usuarias como los varones de las diferentes zonas manifiestan que se deberían retomar nuevamente las actividades comunitarias y que se haga una visita de las zonas más alejadas y con población mayormente rural. Tiene muy buenos recuerdos de ese tipo de actividades.

Por su parte usuarias de Mullaca y Ahuaycha manifiestan sentirse satisfechas con las charlas que les brindan en las postas de salud respectiva, pues el profesional prepara y usa el material junto con ellas. Se entiende entonces que las mujeres les gustaría ser parte de la elaboración de los materiales y que se verían reflejadas en estos.

Los/las promotores de salud como se señala en puntos anteriores, tienen un rol muy importante pues está más cerca a la población y de los/las usuarios/as es por ello que es necesario que ellos estén bien capacitados en cuanto a las estrategias de comunicación y sobre los MAC.

De acuerdo a las entrevistas esto fue lo que nos dijeron; en Daniel Hernández refieren que sí ha recibido capacitación, pero que requieren tener mayor capacitación.

“...necesitamos un refuerzo sobre conocimientos de métodos anticonceptivos, también de cómo dar mensajes, consejerías”.

En cambio el promotor de Pampas sector de Viñas refiere que:

“Hace un tiempo me enseñaron sobre los métodos anticonceptivos, pero ahora ya no nos enseñan nada, no hay quien nos actualiza para hablar con las señoras sobre mas métodos, y como deben seguir cuidándose para no tener más hijos/as.”

La lejanía entre estas dos zonas no es mucha, pero pertenecen a diferentes postas de salud, por lo que entendemos que la capacitación a los agentes depende más del personal de salud responsable del área de PF.

En Ahuaycha y Mullaca se ha comprobado que los/las promotores han logrado alcanzar un liderazgo en sus respectivas comunidades, es decir las capacitaciones y el trabajo realizado le ha servido para su desarrollo personal y social. Uno de ellos es Vicepresidente de su comunidad y en Ahuaycha es gobernadora.

En Colcabamba, se viene trabajando con los/las promotores diferentes temas, es decir ellos pueden hacer difusión de diversos temas y no solo planificación familiar.

En Mullaca es el mismo personal obstetra quien los capacita sobre el uso adecuado y la variedad de los métodos anticonceptivos. El ser promotoras les

ha ayudado también en su desarrollo personal, y ha incrementado su autoestima y su percepción de aceptación en su entorno.

Los/las promotores en general manifiestan que se sienten reconocidos por sus comunidades, que los valoran, son líderes de respeto con sus vecinos.

Pese a ser una labor de gran importancia, los agentes comunitarios de salud no cuentan con un sistema o un plan de capacitación continua, lo poco que saben es porque recibieron alguna capacitación por parte del personal de salud del establecimiento de salud al cual apoyan o de la Red de Salud de Tayacaja. Es por ello que necesitan ser capacitados en técnicas de información, educación y comunicación para ampliar y fortalecer los conocimientos previos así mismo requieren mejorar sus conocimientos y práctica sobre las estrategias de transmisión de información a la población y poder preparar sus propios materiales de difusión y comunicación. Los/las promotores tiene un gran deseo de apoyar a su comunidad pero se sabe que ellos también tiene grandes necesidades económicas, educativas lo que hace que muchas veces ellos busquen un trabajo remunerado dejando poco o nada de tiempo para continuar con su labor de apoyo y nexos entre el personal de salud y las/os usuarias/os.

4.5. NIVELES DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONALES

A través de este aspecto se investigó sobre las acciones comunicacionales que ha desarrollado el personal de salud en su trabajo con la población, para ello se especifica sus acciones a nivel masivo, comunitario e interpersonal y grupal.

La vigente Norma Técnica de Planificación Familiar se refiere a la orientación/consejería general como “la técnica educativa individual o de pareja orientada a aspectos de promoción de la salud reproductiva y planificación familiar.” Respecto a las actividades extramurales, es decir, fuera del establecimiento de salud que se desarrolla en el ámbito de la comunidad, señala que “están destinadas a satisfacer la demanda en lugares de difícil

acceso geográfico”. El servicio que ofrecen en estas zonas incluye “información, consejería y provisión de servicios de salud reproductiva y de métodos anticonceptivos temporales”. Asimismo también incluye hacer seguimiento de los/las usuarios/as que lo requieran.

Estas acciones desarrolladas en la comunidad tienen que ver con promoción de la salud. Desde la perspectiva de la promoción de la salud, “trata de romper con el paradigma biomédico aún existente, y acercarse más al nuevo paradigma emergente, por el cual se confiere el poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud, enmarcado entonces, en un enfoque de desarrollo y de derechos humanos, en donde se asumen responsabilidades compartidas entre la ciudadanía y el Estado”. (Aliaga, E. 2003; pp.6).

Se señala que existen dificultades para su conceptualización ya que hay tendencia en asociar la promoción de la salud con acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) y relacionarla solo a lo que es la prevención de la enfermedad. Es decir, al enfoque biomédico, donde se le enseña o indica lo que tiene que hacer pero no conlleva a la concientización de la información en el marco de sus derechos.

El concepto de promoción de la salud busca conferir “el poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud, enmarcado en un enfoque de desarrollo y de derechos humanos”.

Los/las usuarios/as han señalado actividades comunitarias como la charla e interpersonales como la consejería. La actividad más señalada fue la charla, el 49.2% mencionaron esta actividad. El 28.2% señaló la consejería. El 14.3% no recuerda ninguna actividad y solo el 1.6% recordó las muñecas radiales.

Cuando se tiene en cuenta el cruce dónde recibió información, el establecimiento de salud es el más señalado, 73.4% (185 usuarias). En tanto

que la charla informativa y los medios aparecen con porcentajes muy pequeños, 6.0% (15 usuarias) y 2.4% (6 usuarias).

El siguiente cuadro se ha elaborado con la información proporcionada por los profesionales de la salud entrevistados. Ver tabla 4.5.



Tabla 4. 5 Niveles de intervención

CENTROS DE SALUD	NIVELES DE INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN ADULTA					
	Masivo	Frecuencia	Comunitario	Frecuencia	Interpersonal/ grupal	Frecuencia
PAMPAS	Programa radial	Énfasis el día de la planificación familiar	pasacalles	Campaña	Consejería	diario
			Campañas integrales	Mensual		
DANIEL HERNÁNDEZ					Consejería	diario
			Ferías	Día Planificación familiar	talleres	No determinada
			Campañas integrales	mensual		
COLCABAMB A	Spots radial	Día Planificación familiar	Ferías	Día Planificación familiar	socio drama	No determinada
			Visitas domiciliarias	Campañas	Consejería	diario
PAZOS			Campañas integrales	mensual	Consejería	diario
AHUAYCHA			Campañas integrales	No precisa		
ACRAQUIA			Charlas murales	Tres meses Feria por Aniv. Distrital	socio drama	No determinada
			Campañas integrales comunidades	bimensual	Consejería	diario
MULLACA			Charlas educativas		Consejería	diario
			Visitas domiciliarias	Campañas		
TOCAS	Cuña radial	Solo en campaña	Ferías	No precisa	Consejería	diario

Fuente: Elaboración propia. Abril 2011

4.5.1 Medios masivos

En este caso puede ser el uso de radio, televisión o periódicos para la difusión de mensajes sobre planificación familiar. Este nivel de intervención fue el menos señalado a nivel cuantitativo por los/las usuarios/as. Solo en las zonas de Pampas y Daniel Hernández (dos usuarias en cada zona) señalaron que escucharon cuñas radiales.

En las entrevistas a los profesionales de la salud, solo dos establecimientos de salud afirmaron usar la radio en la actualidad para la difusión de mensajes sobre planificación familiar. En el caso del CS Pampas señalaron contar con un espacio radial donde abordan diferentes temas de salud. Otro personal de salud del mismo centro explica emplean la radio cuando se realiza la campaña de planificación (3 de agosto, mes se celebra el día de la planificación familiar). A veces buscan entrevistas en algunos espacios radiales. También precisa que los contratos con la radio están a cargo de la Red de Salud Tayacaja, eso se da una vez al año. En Tocas, también afirman el uso de este medio de comunicación, en ocasiones, solo en campañas, según el calendario de salud del Ministerio de Salud.

“Cuñas, que es más materno, también tenemos separado un horario que nos da una emisora...una emisora local” (CS Pampas).

En Colcabamba señalaron contar con una radioemisora pero emiten spots según el calendario programado desde el Ministerio de Salud. Lanzan algún mensaje coincidiendo con el mes de la celebración del Día de la planificación Familiar. En el caso de las comunidades alejadas realizan campañas integrales.

En el caso del CS Daniel Hernández refirieron una experiencia pasada donde en coordinación con la Dirección de Salud de Huancavelica difundieron spots sobre planificación familiar en el año 2006. Actualmente no se realiza difusiones en las radios.

En los establecimientos de salud Mullaca y Pazos, han aprovechado la cobertura que llega de las radios de Huancayo donde se ha llevado a cabo difusión sobre planificación familiar aunque en un tiempo muy corto.

4.5.2. Medios comunitarios

Refieren realizar sobre todo charlas donde aborda de manera general la salud sexual y reproductiva. Una de las técnicas más mencionadas por la usuarias en las encuestas también fue la charla, sobresale en las seis zonas de estudio de manera mayoritaria.

EL personal de salud entrevistado explicó que también aprovechan reuniones convocadas por Juntos:

“...Hacemos charlas, por ejemplo, la enfermera empieza con todo lo que es niño, ahí empiezo con lo que es planificación y salud sexual” (Personal de salud de la PS Acraquia).

Todos los profesionales de salud señalan realizar coordinaciones con las instituciones educativas, es la institución más señalada. Así trabajan con adolescentes.

Algunos centros y postas de salud refieren que se realizan pasacalles o ferias pero sólo en fechas específicas. Es así que en Acraquia nos dicen que elaboran murales, pasacalles, ferias, con una frecuencia de tres meses. En Tocas en cambio realizan ferias y coordinan con los colegios para algunos pasacalles. También realizan pasacalles cuando es el mes de la planificación familiar, o la semana de la salud materna, este evento se realiza en las calles de Pampas.

Similar es el caso de la posta de Salud de Daniel Hernández y Colcabamba también han realizado ferias pero en la fecha que coincide con el Día de la Planificación Familiar por lo que la frecuencia es anual.

En Colcabamba y Mullaca señalan hacer visitas domiciliarias. En esta última zona también realizan charlas educativas.

Por las acciones que desarrollan, se aprecia que el personal de salud realiza y utiliza diferentes estrategias para difundir las diferentes actividades. A pesar de las carencias económicas, pues ellos no cuentan con un presupuesto definido para actividades de difusión. Por lo que emplean los materiales de oficina para la elaboración de su pancarta o papelotes y si cuenta con la participación de las instituciones educativas, los estudiantes llevan sus materiales elaborados.

Para el/la agente comunitario de salud, esta situación es más complicada porque ellos realizan una difusión más profunda, pues como ellos mismos comentan hacen difusión hasta en las reuniones comunitarias.

“A veces cuando hay fiestas o reuniones de la población también aprovecho para hablarles”.

“En los mercados también nos prestan a veces los megáfonos para hablar, cuando se puede para avisarles que hay charlas” (Promotor de salud del CS Daniel Hernández).

“Aquí tenemos el local comunal, y cuando quiero decirles algo o citarlas para una charla les llamo por el parlante que tenemos” (Promotor de salud de Viñas - CS Pampas).

“Asamblea Comunal, donde asisten todos los hombres y mujeres, a veces más mujeres que hombres.” (Promotor de salud de la PS Mullaca).

El trabajo voluntario del promotor de salud, se ve complicado cuando carece de materiales de difusión para desarrollar su labor con la población y falta de reconocimiento y estímulos a su labor desarrollada.

4.5.3. Campañas integrales

Los profesionales de la salud llevan a cabo las campañas integrales que organizan cuando se dirigen a las comunidades alejadas comprendidas en la jurisdicción de cada establecimiento de salud. A través de estas campañas brindan atenciones integrales por equipos profesionales de todas las áreas. El personal de obstetricia brinda atención pre natal y planificación familiar. Otro equipo de profesionales da charlas y otro tipo de atenciones. Se coordina las fechas con el/la promotor/a de salud de la zona, quienes se desplazan de casa en casa avisando a mujeres y varones de los talleres o charlas que se darán previa coordinación con los dirigentes de la zona. En el caso de Ahuaycha difunden con ayuda de los agentes comunitarios, papelotes y afiches elaborados manualmente.

En Acraquia, señalan que cada dos meses salen a comunidades y hacen intervención integral, muestran los métodos. Participan en la feria por aniversario del distrito una vez al año, brindan información de todos los temas. En Pazos, también explican que organizan las campañas integrales mensuales en las comunidades alejadas. La periodicidad con que realizan están campañas varía por cada centro de salud.

4.5.4. Comunicación Interpersonal y grupal

En la comunicación interpersonal, la técnica más usada en todos los establecimientos de salud es la consejería, es la forma de comunicación más directa, de persona a persona, y solo lo proporciona el profesional de salud capacitado. Se da diariamente en el consultorio de planificación familiar. Incluso en las campañas integrales que se realizan en la comunidad se habilita un espacio para dar privacidad a la consejería. Generalmente utilizan como materiales de apoyo los rotafolios y sólo algunos centros y postas de salud cuentan con folletos y los distribuyen a sus usuarias especialmente si son nuevas, para reforzar la primera consejería.

En las zonas como Pazos (64.5%) y Mullaca (50%), la consejería fue la actividad más señaladas por los/las usuarios/as.

El personal de salud refirió que realizan talleres o charlas ocasionalmente realizan un poco de socio dramas y otras técnicas. En el CS Acraquia señalaron hacer talleres y sesiones demostrativas mensuales. En el CS Colcabamba precisaron también que algunas veces realizan sesiones demostrativas.

En el CS Daniel Hernández indicaron que realizan talleres con las gestantes, como parte de ello se incluye un poco de planificación, ya que la gestante tiene que “ir pensando en un método de planificación luego que nazca su bebe”.

Mayormente los talleres están referidos a la maternidad responsable, en el tema de planificación familiar son pocos los talleres.

El personal de salud manifiesta su preocupación ya que no disponen de suficiente tiempo para hacer talleres y en otras actividades adicionales a la consejería y en los periodos de tiempo que lo requieren. Incluso en la consejería señalaron que lo brindan más ampliamente cuando es menor el número de usuarias que asisten al servicio. Coinciden que los establecimientos con más número de personas en el servicio de Planificación familiar realizan otras acciones promocionales.

Por lo que es importante la labor complementaria a la labor de los agentes comunitarios de salud en las comunidades pero no todos los centros y postas de salud tiene activo a sus agentes comunitarios de salud. Ellos residen o también se movilizan a las zonas más alejadas y hacen talleres en la comunidad con las mujeres y varones de la zona.

Una carencia que la mayoría de los agentes comunitarios de salud manifiestan es que no se les entrega material (afiches, trípticos, rotafolios, etc.) para que

realicen estas charlas, por lo que cuando ellos visitan las comunidades solo tienen que hacer charlas, y usan algunos papelógrafos.

Se realizan esfuerzos por realizar la difusión de la información referida a salud sexual y reproductiva. Tanto el profesional de salud y el agente comunitario de salud utilizan las estrategias más conocidas y de acuerdo a las posibilidades que se tienen en la zona.

Pero este esfuerzo es disminuido por el poco conocimiento de la mayoría del personal de salud acerca de las necesidades e información y comunicación de la población de la zona de Tayacaja, y puedan aplicar las estrategias adecuadas para poder llegar a las mujeres y los varones. Según la norma técnica se debe promover y difundir las actividades que contribuyan a disminuir la demanda insatisfecha de salud reproductiva de los varones, adolescentes, población migrante y nativa; pero si se conoce muy poco acerca de sus necesidades y su relación con los significados culturales que le da la población no se podrá aplicar las estrategias más adecuadas a la población.

Tampoco se ha fortalecido las competencias del personal de salud en la promoción de la salud para renovar o mejorar sus técnicas. Esto se aborda más profundamente en otro punto.

Las zonas que menos recuerda que se hayan realizado actividades de promoción en planificación familiar es Daniel Hernández, el 30.8% (12 usuarias), Colcabamba, 21.1% (8 usuarias), Ahuaycha 15.8% y Pampas 13.5% (7 usuarias). Acraquia y Mullaca no pasa del 12%.

La frecuencia con que se realizan las actividades comunitarias o masivas son muy espaciadas lo cual limita el impacto que pueda tener para el fortalecimiento de capacidades a las mujeres, también es necesario involucrar a las organizaciones sociales y comunitarias que existen. Es necesario

reconocer el trabajo q están llevando a cabo con la instituciones educativas, ya que están partiendo de la prevención.

4.6. MATERIALES DE APOYO EN LA DIFUSIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Se constató que los materiales con que cuentan los establecimientos de salud son rotafolios y folletos, los cuales son mostrados ocasionalmente y entregados respectivamente, en la consejería que reciben en el servicio de planificación familiar.

Los materiales educativos y comunicacionales encontrados fueron elaborados por el Ministerio de Salud con la colaboración de la cooperación internacional. Sólo se encontró un folleto producido por la Dirección de Salud de Huancavelica. También algunos establecimientos mencionaron la difusión de cuñas radiales pero no contaban con dichos materiales, tampoco la red de Salud, en ambos casos hicieron referencia a que eran gestiones pasadas los que lo hicieron.

Los profesionales de salud comentaron que los folletos son insuficientes, en el Centro de Salud de Acraquia no se encontraron materiales disponibles, en todos los demás centros existe algún tipo de folleto y /o rotafolio relacionado con planificación familiar como se especifica en el cuadro 4.5, los cuales son usados en las consejerías y en los charlas sobre el tema.

Los/las promotores de salud señalan que no cuentan con materiales para difundir los mensajes de P.F. Señalan que la Red de Salud de Pampas no le abastece con folletos, afiches o volantes:

“No tengo materiales, sólo hago mi charla y no me alcanza para copias, eso también es bueno tener, así las señoras se acuerdan más de lo que hablamos o desean saber”.

“Yo cuando vengo por las charlas al Centro de Salud no empleo el rotafolio en mi comunidad sólo les hablo, porque no tengo otro material, pero la obstetriz usa el rotafolio, la pizarra que está en el pasadizo del centro y entrega a veces esos papelitos de los método ...” (Promotor de salud de CS Pampas).

En su mayoría, tanto el personal de salud como los agentes comunitarios realizan sus actividades de planificación familiar en forma verbal sin mostrar o entregar materiales gráficos que complementen la información que se da en el servicio o en los talleres que se desarrollan en las mismas comunidades, dificultando así el mensaje recordatorio.



Tabla 4. 6 Materiales de apoyo en los Establecimientos de Salud visitados

CENTROS DE SALUD	MATERIALES DE APOYO	TIPO	FRECUENCIA DE USO
PAMPAS	Planificación Familiar.	Rotafolio en tela y Cartulina impresa (tamaño oficio)	-El rotafolio en tela su uso es eventual
	Planificación familiar para personas viviendo con VIH y alternativas reproductivas	Rotafolio	Lo emplean con los/las usuarios/as nuevas.
DANIEL HERNÁNDEZ	Planificar nuestra familia... es nuestro derecho.	Folleto-tríptico	Tiraje esporádico e insuficiente para ser distribuido con los/las usuarios/as.
	¿Cómo cuidarnos para no tener más bebés?	Rotafolio	Consejería.
COLCABAMBA	Dar pecho es un acto de amor	Rotafolio	Solo tiene una lámina referida a P.F. se usa para la consejería.
	Planificación Familiar para personas viviendo con VIH y alternativas reproductivas.	Rotafolio pequeño	Se usa esporádicamente, pues es dirigido a otro tipo de población. Aunque también lo usan en la consejería.
	La planificación familiar nos ayuda a vivir mejor	Folleto tipo cuadernillo	Se distribuye a los/las usuarios/as que van al servicio. Tiene una gran cantidad de copias. Que se distribuyen con regularidad.
PAZOS	Planificar nuestra familia... es nuestro derecho.	Folleto-tríptico	Su tiraje es esporádico e insuficiente para complementar la información con las/os usuarias/os.
	Periódico Mural		Exhibición permanente en el CS. El material es preparado por el personal de salud.
	AOE	Tríptico	Esporádico tiraje insuficiente.
	Método anticonceptivos	Cartel/afiche	Exhibición permanente.
AHUAYCHA	La planificación familiar nos ayuda a vivir mejor	Folleto tipo cuadernillo	Se entrega el material a los/las usuarios/as nuevas.
	Acción concertada para el logro de una maternidad saludable y segura en el departamento de Huancavelica.	Rotafolio (solo tiene una lámina en PF)	Se utiliza para las consejerías a los/las usuarios/as.
ACRAQUIA	No cuenta con material al momento de la visita		
MULLACA	La planificación nos ayuda a vivir	Folleto	Esporádico y tiraje insuficiente

	mejor		
	Salud reproductiva	Rotafolio	Consejerías
TOCAS	Salud reproductiva	Rotafolio	SE utiliza para las consejerías y charlas
	Salud materna	Rotafolio	Se utiliza para las consejerías, y las charlas
	La planificación familiar nos ayuda a vivir mejor	Folleto tipo cuadernillo	Se les entrega a los usuarios nuevas y en caso de cambió de método.

Fuente: Elaboración propia. Junio del 2011

La descripción de los materiales informativos y educativos que se indican en la tabla 4.6 Está basado en la ficha de revisión de materiales que se diseñó y aplicó durante la visita en los ocho establecimientos de salud por las tesistas en el año 2010. En esta ficha se verifico la existencia de los materiales y uso en el servicio de PF.

Sólo los profesionales de la salud vienen usando materiales educativos de apoyo y tan solo lo emplean cuando es la primera visita de la usuaria e incluso a veces en esas ocasiones es dejado de lado como lo explican los/las usuarios/as de los grupos focales.

4.7. ACCESO A INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El acceso a información en Planificación Familiar facilita la libre y voluntaria toma de decisiones a varones y mujeres respecto a cuántos y cuándo tener los hijos/as que se desean, así como a elegir algún MAC con el cual se sientan saludables y más seguros. El contar con una adecuada información completa acerca de los diferentes métodos anticonceptivos de los que se dispone es muy importante para que se cumpla el derecho a la libertad de recibir información que permita el cuidado de la salud tanto en varones como en mujeres.

La Norma Técnica de Planificación Familiar (MINSA 2005), señala como derechos ciudadanos de las/os usuarias/os recibir información completa y

actualizada sobre el tratamiento y procedimiento a realizar, así como contar con una información oportuna, la cual se desarrolle en su propio idioma, es decir, respetando sus características socioculturales

4.7.1. Conocimiento de los/las usuarios/as sobre los MAC

Para identificar el nivel de conocimiento que tienen los/las usuarios/as sobre los MAC es necesario tener en cuenta cómo se comunican, es decir, el idioma que prefieren usar, el grado de educación obtenido y la edad en que los/las usuarios/as empezaron a recibir información sobre planificación familiar.

Sobre el idioma que usan las mujeres tenemos que un 69.8% de las encuestadas tienen como lengua materna al quechua, esto se complementa con la información obtenida en los grupos focales cuando las mujeres manifiestan hablar preferentemente el quechua en sus comunicaciones cotidianas. Así mismo las mujeres refieren haber recibido información en los centros de salud y de los profesionales de salud, en idioma español en un 55.6% dicen que nunca recibió información en quechua.

En cuanto al nivel educativo se halló que de las mujeres encuestadas el 27.4 % tiene primaria incompleta, un 17.1% tiene sólo primaria completa, el 29% secundaria completa y un 13.5% tiene secundaria completa y el 4% es analfabeta. Las mujeres que tienen estudios técnicos son 8.3% y universitarias sólo 0.8%. Como podemos apreciar los niveles de educación de las mujeres es muy bajo. Lo que dificulta el acceso a la información escrita sobre planificación familiar.

Se encontró que la mayor parte de la población encuestada (36.1%) recibió la información en el centro de salud cuando tenía entre 18 y 21 años de edad, un 26.6% entre los 16 y 18 años, y un 23.8% antes de cumplir los quince años de edad.

A pesar de las diferencias entre el idioma que prefieren y el idioma en que recibieron información, tenemos que el conocimiento sobre los MAC de las

mujeres usuarias de los servicios de planificación familiar es muy alto el 99.2% de las encuestadas refiere conocer al menos un método. Las mujeres que conocen dos métodos es el 32.1% del total de la muestra, el 25% señalan conocer tres métodos. Mientras mayor variedad de métodos anticonceptivos conocen las mujeres podremos decir que están en mejor capacidad de elegir un método adecuado para cuidarse; pero como vemos a continuación las mujeres que conocen entre 4 a 5 métodos es sólo el 10.7% del total de encuestadas.

Para conocer más detalladamente cuales son los métodos que las mujeres conocen empezaremos diciendo que la ampolla es el método más conocido por el 59.5% de los/las usuarios/as, seguido de la píldora con un 32.9%, en tercer lugar tenemos el condón con 28.2% del total, debemos aclarar que estas cifras incluyen el número de usuarias que eligieron más de una opción. Los métodos como el MELA, el anticonceptivo oral de emergencia, T de cobre y la ligadura de trompas fueron los menos conocidos por los/las usuarios/as.

La zona que nos llamó más la atención en cuanto al conocimiento de las MAC es la zona de Pazos pues el 96.8% de las encuestadas refiere que conoce la ampolla, como vemos el nivel de conocimiento de la ampolla es muy alta pudiendo deducir que es el método más usado por las mujeres de la zona y el más difundido por el personal de salud del servicio de planificación familiar.

Cuando hablamos de información completa no sólo nos referimos a la cantidad de métodos conocidos, es necesario conocer más a profundidad cómo es que los/las usuarios/as usan esos métodos y para ello se indagó el **grado de conocimiento** de las mujeres en los métodos que ellas refieren conocer. Luego de aplicarles una lista de chequeo para verificar el grado de conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos que conocen, se encontró la siguiente información: el 56.1% describen correctamente el uso de los siguiente métodos ampolla, píldora, condón, T de cobre, anticonceptivo oral de emergencia, ligadura de trompas y el método del ritmo.

El 36.3% describe con dificultad el uso de los métodos mencionados anteriormente y el 7.6% conoce el método pero no describe la manera de usarlo. De los métodos más conocidos entre los/las usuarios/as como el inyectable y la ampolla, es el método que describen correctamente con 34.6%; seguido de la píldora con 10.2% y el condón con 8.9%. Justamente es el profiláctico (condón) el método descrito con más dificultad con 10.7%, seguido de la píldora con 7.2% y un reducido 4.8% no describe con facilidad el uso del inyectable.

Existe un bajo porcentaje de mujeres que conociendo el método desconocen su uso correcto. Tenemos que el T de cobre es el método que los/las usuarios/as señalan desconocer su modo de uso con un 3.1% y la píldora con 2.2%, en tanto que los otros métodos tienen menos de uno por ciento en que señalan desconocer su uso.

En el siguiente cuadro podremos apreciar el grado de información de los/las usuarios/as respecto a los diferentes MAC.

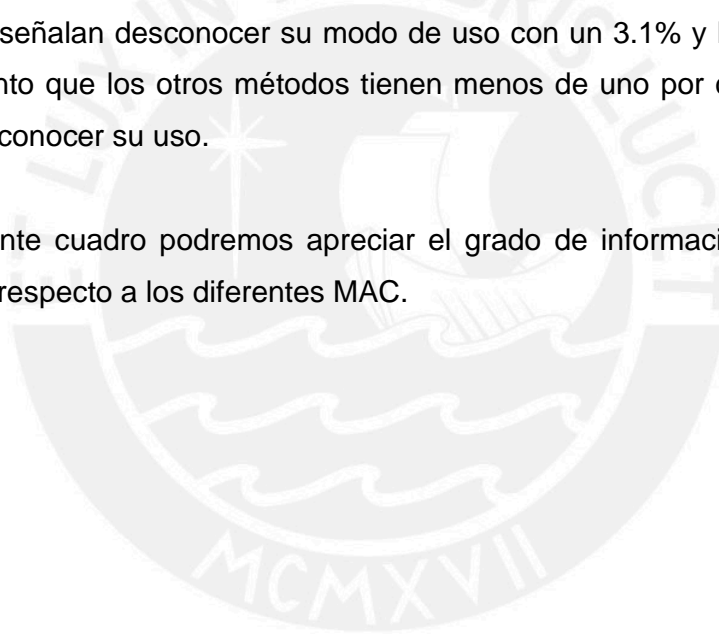


Tabla 4. 7 Grado de conocimiento de MAC de los/las usuarios/as

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCE	DESCRIBE SU USO CORRECTAMENTE		DESCRIBE SU USO CON DIFICULTAD		NO DESCRIBE COMO SE USA		TOTALES	%
¿DESCRIBA SU FORMA DE USO?	DESCRIBE SU USO CORRECTAMENTE	%	DESCRIBE SU USO CON DIFICULTAD	%	NO DESCRIBE COMO SE USA	%		
Condón	48	8.9	58	10.7	5	0.9	111	20.6
T de cobre	4	0.7	20	3.7	17	3.1	41	7.6
Píldora	55	10.2	39	7.2	12	2.2	106	19.6
Inyectable	187	34.6	26	4.8	5	0.9	218	40.4
Anticonceptivo oral de Emergencia	6	1.1	11	2.0			17	3.1
Ligadura de Trompas	2	0.4	16	3.0	2	0.4	18	3.3
Método del Ritmo	1	0.2	27	5.0			28	5.2
Otros	1	0.2	0		0		1	0.2
	304		197		41		540	
%	56.1		36.3		7.6			

Fuente: elaboración propia, junio del 2011

4.7.2. Mujeres e información completa sobre los MAC

Del análisis de los subtítulos anteriores se desprende que las mujeres han sido informadas, sobre todo de los métodos que se encuentran disponibles en los establecimientos de Salud: condón, T de cobre, inyectable, ligadura de trompas. Solo el AOE no se encontraba disponible pero las mujeres ya han recibido información; en tanto que los métodos naturales como el método del ritmo y el método de amenorrea de la lactancia, fueron los únicos señalados.

De las encuestas tenemos que el 82.5% de las mujeres se encuentra usando la ampolla, las mujeres que usan las píldoras o pastillas son el 7.1% y los/las usuarios/as que utilizan el condón 9.9%.

El método al cual han podido acceder a mayor información es la inyección con 210 menciones o 86.3% de parte de los/las usuarios/as, en un segundo y tercer lugar se encuentran la píldora y el condón, mientras que tenemos 29 igual a 11.5% menciones a la T de Cobre como métodos sobre los cuales recibieron algún tipo de información.

Si bien conocen los principales métodos anticonceptivos y como se ha mencionado en el punto 4.7.2, no les han explicado las características de los mismos, según lo expresado por los grupos focales con usuarias del servicio de Planificación Familiar.

Se observó que sólo en algunas zonas las mujeres sienten que han recibido información que les ayudo a decidir, en muy pocas zonas las mujeres tiene la confianza con el personal de salud para poder hacer consultas sobre sus dudas, este punto es importante y se debe tener presente que la alta rotación del personal hace que no se puedan establecer niveles de confianza adecuados.

Por lo tanto se concluye que en su mayoría las mujeres se sienten disconformes con la poca información que han recibido sobre el método anticonceptivo que se encuentran usando.

4.7.3. Mujeres y varones que recibieron Información de las ventajas y desventajas del método en uso

Una pregunta en los grupos focales que permitió conocer si la información proporcionada fue completa es saber si el personal de salud explicó a los/las usuarios/as sobre las reacciones secundarias del método anticonceptivo que se encuentra usando.

Los/las usuarios/as del servicio de P.F han manifestado que no han recibido información completa sobre su método. En el establecimiento de salud indican que sólo les han dado una explicación básica y no una explicación detallando

las ventajas y desventajas del método que se encuentran usando. De las 251 encuestas aplicadas, 23.4% de usuarias mencionan que la principal complicación en el uso del método anticonceptivo fue el dolor, un 11.9% refiere el sangrado como segunda complicación y un 1.6% (cuatro participantes) señala el descenso como menor complicación con respecto a los efectos secundarios del método que se encuentran usando.

Algunas usuarias manifiestan que han tenido que esperar que el servicio de PF despeje sus dudas en una segunda o tercera visita al establecimiento de salud, ya que en una primera cita no pudieron realizarlo. Asimismo, el 77.3% de usuarias refiere que no ha presentado algún problema o malestar con el método anticonceptivo desde que lo viene usando, siendo por tanto, este porcentaje la mayor cantidad mencionada por los/las usuarios/as encuestadas.

Los/las usuarios/as en los grupos focales también manifestaron que han presentado diversos malestares lo cual muchas veces ha motivado que duden en seguir empleado el mismo método, indica su pareja. En otros casos relacionan el uso del método anticonceptivo con otras enfermedades que se generan en su salud.

“Bueno según ella dice, a veces ella se siente mal, o muchas veces comentario de la gente “(Acraquia).

Asimismo, habría que mencionar que hay diversas creencias en relación al uso de la inyección, así como los beneficios que otorga otro MAC. Las participantes del grupo focal señalan que el doctor les ha mencionado que la ampolla ayuda a prevenir el cáncer, en otros casos las protege:

“... cual será, la mayoría de las señoras lo que sufren es cáncer al cuello uterino, entonces lo que se quiere ahorita, en Colcabamba muere de cáncer al cuello uterino, cuanto quisiera solicitar en Colcabamba que allá para detectar, porque muchas con ese Papanicolaou, de 3 a 4 meses está volviendo la respuesta, pero será exacta o no, hay mucha demora en el resultado, lo que se quiere ahorita señorita, mi esposa tendrá no

sabemos, la mayoría de las señoras se quejan, me queman, se quejan tienen calor”.

En tanto que otras participantes manifiestan que ya no preguntan más, porque el personal de salud no les brinda una respuesta buena, a veces les responden rápido y en realidad no les explican al detalle sus dudas;

“Pero no siempre nos ayudan a aclarar todas nuestras preguntas, a veces nos dicen pero no nos entienden o dicen es normal esto, pero yo sigo con varias dudas porque no entiendo a veces” (Colcabamba).

También se encontró que muchas usuarias prefieren no preguntar al personal de salud que es nuevo y que los atiende por primera vez, mencionan que sienten temor o vergüenza por consultar. Reciben también comentarios negativos de otras personas de su entorno (amigas, vecinas, etc.) pero en su mayoría son comentarios negativos sobre los MAC.

Algunas usuarias señalaron no tener dudas “pero cuando preguntamos si había alguna pregunta para dar finalizada la conversación” muchas de ellas hacían preguntas sobre los métodos y sobre todo de los malestares que sentían por el uso de la inyección, pero sentían que no eran resueltas o satisfechas sus interrogantes.

Las dudas generadas por los/las usuarios/as y sus parejas por los posibles efectos que han ocurrido con el uso de determinado método anticonceptivo como; el dolor de cabeza, la subida de peso, dolores de estómago han provocado que sientan que todo estos efectos son producto de cómo se vienen cuidando, señalan asimismo, que estos malestares se deben al uso de la inyección, por lo que en algunos casos han cambiado de método y en algunos casos han dejado de usarlo.

Este aspecto es más profundamente abordado en la variable de satisfacción de los/las usuarios/as.

4.7.4. El servicio de Planificación Familiar: ¿absolvió sus dudas?

De las 251 encuestas aplicadas, el 46.6% (117 participantes) señalan que buscaron solución a sus complicaciones con respecto al método anticonceptivo que vienen usando en el centro de salud.

Ante estas complicaciones presentadas por los/las usuarios/as cuando acudieron al establecimiento de salud, señalan que el personal de salud le ayudó a resolver sus dudas solo en un 49.2%, a ello el 17.9% mencionan que no le resolvieron sus inquietudes, y 12.3% no le ayudaron a resolver todas sus dudas, quedando por tanto, aun con diversas preguntas. Aquí señalan las encuestadas que no pudieron entender completamente porque fue muy rápida la explicación y se han olvidado rápidamente, en otros casos no hablaba quechua el personal de salud y la interpretación no era la adecuada durante la charla o consejería.

4.7.5. Varones e información completa sobre los MAC

El caso de los varones es diferente pues ellos no son usuarios del servicio de planificación familiar. A los jóvenes de Tayacaja no se les pregunto directamente sobre los métodos que conocían, se les consulto por el o los métodos que habían usado en pareja; por las respuestas podemos deducir que los varones conocen principalmente los métodos que sus parejas están usando, ellos refieren la ampolla, la píldora, el condón y los métodos naturales como el ritmo, así también mencionan la vasectomía como método, sólo uno de los señores en Colcabamba mencionó los espermicidas.

Cuando les consultamos dónde se informaron tenemos la respuesta de los más jóvenes que fueron informados en sus colegios por sus profesores y en algunos casos profesionales de salud que visitaban los colegios. En el caso de los mayores de 25 nos dicen que en los colegios algunos profesores, conversan con sus amigos y luego en la escuela de padres. Otro medio importante por el

que ellos reciben información es la esposa o pareja, pues ellas llevan folletos o conversar sobre los métodos que están usando.

“mi esposa me dice aquí te traigo este papel para que leas, me dice la doctora que tienes que ir y leer para que sepas como nos debemos cuidar y como tú puedes cuidarte para ya no tener más hijos/as”.

Se encontró en los entrevistados jóvenes de la comunidad de Acraquia que habían sido informados sobre los métodos por la televisión y folletos que se entregó en la Posta de Salud. En el C.S Daniel Hernández señalan que no informan por ningún medio.

Asimismo, hacen referencia a los efectos secundarios que presentan sus parejas por el uso de los métodos anticonceptivos modernos, mostrando preocupación por ello con su pareja.

4.8. ACCESO A INFORMACIÓN OPORTUNA

4.8.1. Edad en la que recibieron información sobre Planificación Familiar

Para conocer mejor si la información recibida fue oportuna, es decir tanto varones como mujeres conocían y tenían información sobre planificación familiar y sobre los métodos anticonceptivos antes y durante sus primeras relaciones de pareja, se preguntó a qué edad recibieron por primera vez información sobre planificación familiar.

De acuerdo a las encuestas que se hicieron a las mujeres los resultados son: mujeres que recibieron información antes de los 15 un 23.8% (60) del total de la muestra, refiere que habían recibido algún tipo de información en el tema y por ende tenían la capacidad de elección de un método y tener una relación sexual segura. No se puede determinar si realmente usaron algún método. De acuerdo a muchos estudios referidos a la iniciación sexual de los adolescentes tenemos que el despertar sexual y el inicio de las relaciones sexuales se da

desde los primeros años de colegio, es decir desde los 12 años tanto para adolescentes de zonas urbanas y rurales del país.

De acuerdo a este cuadro vemos que el 76.2% ha recibido información sobre planificación familiar luego de los 16 años por lo que verificamos que la información no llega de manera oportuna por lo expuesto anteriormente.

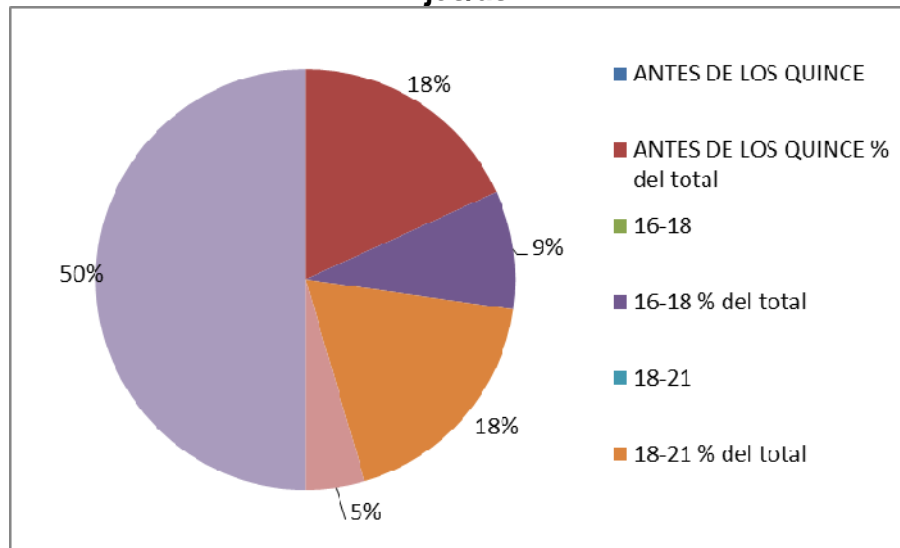
Tabla 4. 8 Edad en que recibieron información, según mujeres encuestadas

EDAD EN QUE RECIBIÓ INFORMACIÓN EN PF	TOTAL
Antes de los 15	23.8%
16-18	26.6%
18-21	36.1%
21-24	13.5%
Total (251)	100%

Fuente elaboración propia mayo 2011

Del 26.6% del total de mujeres que recibieron información entre los 16 y 18 años, indican que para la fecha en que tuvieron su primer hijo ellas aún no habían recibido mayor información sobre planificación familiar y los diversos métodos anticonceptivos existentes. Ante ello el análisis indica que este grupo de mujeres tiene de 1 a 4 hijos/as, siendo un 25.8 % (65) las que tienen hijos/as mayores de un año. Del total del grupo vemos que el 3%(2) no tiene hijos/as y un igual porcentaje tiene 4 hijos/as.

Gráfico 4. 6 Edad en la que recibió información por primera vez y si tenía hijos/as



Fuente: Elaboración propia mayo 2011

Entre las mujeres de 18 a 21 años se tiene que un 36.1%, de las entrevistadas recibió información entre esa edad. Se observa que una amplia mayoría recibieron información sobre planificación familiar luego de haber tenido un hijo y haber empezado la vida en pareja. Esto indica de que la información **no** es oportuna pues a mayor edad recibieron información, menor oportunidad de elección sobre los métodos, muchas de ellas quedaron embarazadas de sus primeros hijos/as de manera casual, es decir no planificaron tener sus hijos/as y su familia. El poco conocimiento de las mujeres ante el uso y la existencia de los diversos métodos hacen que los niveles de maternidad no deseada se incrementen.

Así mismo las mujeres que manifiestan haber recibido información entre los 21 y 24 años representa el 13.5% del total de las entrevistadas.

Es necesario aclarar que este trabajo no promueve ningún tipo de actitud sexual, sólo se analizó los factores que promueven un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

4.8.1.1. Varones

En los varones mayores de 25 años entrevistados, se observa que recibieron información sobre planificación familiar a una edad ya adulta. Por tanto no contaron con información oportuna, es decir, los hombres adultos no disponían de información que le permita la toma de decisiones acorde a sus necesidades y a su ciclo reproductivo. Cerca de la mitad de los entrevistados mayores de 25 manifestó haber escuchado de los diferentes métodos anticonceptivos luego de haber tenido un(a) hijo(a) o cuando eran mayores de 20 y en las escuelas de padres.

Se entrevistó a 6 varones mayores de 38 años de las zonas de Acraquia, Colcabamba y Ahuaycha, ya que se consideró importante conocer su percepción del tema, pese a que no son parte de la muestra establecida. Podemos decir, que si bien ellos no explicaron claramente como era antes tratado el tema de PF, se percibió que era un tema TABU, difícil de poder hablarlo o comentarlo. Con la nueva familia que conforman les llega la información sobre planificación familiar, ya sea a través de su pareja quien acude al servicio de PF, o en otros casos son informados a través de los folletos, conversando con los amigos, o en charlas de la escuela de padre; incluso en la iglesia antes de casarse se informaron sobre PF.

“Casi era prohibido hablar sobre planificación” (Acraquia)

“Tenía 42 años, cuando escuche por primera vez” (Colcabamba)

“Ahora último, recién hay esos de planificación familiar” (Ahuaycha)

Son los mayores de 30 los que responden:

“Eso ha sido cuando ya estábamos (casados...), Aproximadamente a los Veintitrés años. Tenían entonces Un hijo.” (Acraquia)

“No, ya cuando ya tuve mi esposa. Cuando ya tenía un hijo. Allí recién. En el gobierno de Fujimori. Allí es que escuché.” (Colcabamba)

“Cuando tuvo el segundo hijo más o menos a los 25 años recibió información” (Colcabamba).

En el aspecto generacional es importante tener presente que los más jóvenes si han recibido algún tipo de información en los colegios en sus clases de planificación familiar. Y si no era en clases los profesores eran los que les explicaban en horas de recreo. Actualmente se ha observado que el personal de la posta o centro de salud está trabajando en coordinación con los colegios, dando charlas sobre planificación familiar en el curso del actualmente llamado Familia y civismo o en charlas con todos los alumnos. Esto lo manifiestan tanto los Profesionales de Salud así como los jóvenes entrevistados.

“A mí me enseñaron en el colegio, curso: Personal familiar (Mullaca).

“Yo nada más en el colegio. A los profesores les exigíamos, pues. Nos juntábamos entre cuatro, cinco jóvenes (Pazos)

“Yo me he informado en el colegio. Vino la señorita (del centro de salud) y nos informó (Pazos).

La mayoría de la población de varones ha recibido información ya teniendo un(a) hijo(a), ante ello se deduce que no ha recibido información en el momento oportuno, y que no estuvieron informados sobre la gama de métodos anticonceptivos y el uso adecuado de estos. Esto implica que no tuvo la oportunidad de decidir y planificar los hijos/as y el momento adecuado para tenerlos.

Se observó también un cambio en el acceso a la información sobre el tema de planificación familiar y los métodos anticonceptivos en los más jóvenes, quienes desde el colegio están siendo informados sobre lo que es planificación familiar y los diferentes métodos que existen, son ellos los que también suelen hablar con mayor soltura sobre el tema. Se deduce que son ellos los que tienen la oportunidad de elegir con libertad el momento oportuno para poder tener una familia.

4.8.2. Fuentes de Información en Planificación Familiar

Mujeres

Las fuentes de información sobre planificación familiar es decir dónde y de quien reciben esta información son muy variadas, en el caso de las mujeres ellas manifiestan haber recibido la información predominantemente en la Posta o Centro de Salud, de parte de un profesional de salud o agente comunitario de salud es de 84.9%. Son pocas las que manifiestan haber recibido información de sus amigas 3.2%; los que recibieron información de sus familiares son 4.4%. Así mismo se tiene que el 4.8% ha recibido información de dos fuentes y son los profesionales de salud y sus amigas. Sólo un reducido 2.8% manifiesta que recibió información de sus profesores, y otras personas. Este análisis se complementará más adelante con la satisfacción en cuanto a la información que recibieron de parte de estas dos fuentes.

Lo que resalta es que el 73.4% recibió información en un puesto de salud, es decir que la mayoría de mujeres acude al servicio de planificación familiar y recibe algún tipo de información “oficial” o de una fuente confiable. Se observa que de este porcentaje las mujeres son mayores de 16 años.

El cuadro de abajo muestra que El 73.4% de mujeres que recibió información solamente en el puesto de salud, resaltando que la mayor cantidad de mujeres 27.4% recibió información entre los 18 a 21 años.

Tabla 4. 9 Recibió información en el puesto de salud

ANTES DE LOS QUINCE	19.0%
16-18	17.1%
18-21	27.4%
21-24	9.9%
Refieren otras fuentes de información.	26.6
% del total	73.4%

Fuente: Elaboración propia mayo 2011

Un factor importante a tener en cuenta es la confianza que se brinde en el servicio de PF ya que esto permitirá que los/las usuarios/as realicen más preguntas y por ende reciban una mejor información. Un 12.7% de las mujeres señalan que se han informado a través de dos o más medios de información que con frecuencia son la radio, las charlas informativas, el colegio, talleres y visitas domiciliarias. El 2.4 % refiere que escuchó la información en la radio y el 6% en alguna charla informativa. También refieren que lo escucharon en otros lugares como en una reunión con amigas o en el colegio (4.8%).

En cuanto a cómo reciben la información se conoció que el 55.6% manifiesta haber recibido información en español, siendo una zona predominantemente quechua hablante pues de las encuestadas el 69.8% tiene el quechua como lengua materna. Este punto ha sido tratado más a fondo en el aspecto sobre interculturalidad. Es importante precisar que para mejorar los índices de satisfacción de la población es necesario que las mujeres reciban información en el idioma que hablan con mayor frecuencia en este caso el quechua.

4.8.2.1 Varones

En el caso de los varones es muy diferente al de las mujeres, debido a que la mayoría no son usuarios del servicio de planificación familiar, tampoco suelen acudir a la posta o el centro de salud salvo en casos de enfermedad y muy pocas veces han acompañado a sus esposas a sus citas pero manifiestan que ellos no ingresan:

“Sí, he tenido la oportunidad de acompañarla” (Ahuaycha)

“No, hay veces que yo voy con ella, pero cuando ella se va hacer su entrevista con la... la enfermera, ya pues... ella se entra sola y yo me quedo afuera (Tocas).

Las mujeres confirman esta afirmación y nos dicen que:

“Yo he venido con mi esposo. Pero no entró a la posta” (PS Mullaca).

Cuando los varones acompañan a sus esposas, por lo general, no ingresan al servicio, esperan en la puerta y muchas veces se aburren de esperar y se retiran de la posta. En algunas ocasiones manifiestan sentir la incomodidad de algunas personas que están en el servicio:

“En mi caso, a veces acompaño a mi esposa ir a un Centro de Salud en un pueblo lejano (...) al ver a un joven, los señores que tienen sus esposas siento que se sienten incómodos cuando llego al centro de salud o le hablo un poco más” (Mullaca).

Esto indica que, desde el servicio de planificación familiar no se está informando, ni asesorando a los varones que acuden al servicio acompañando a sus esposas. El personal de salud no tiene y no maneja una estrategia definida para trabajar e informar a los varones que acuden al servicio acompañando a su pareja.

En algunos casos, como manifiesta el personal de salud, se ha intentado un acercamiento a los varones que acompañan a sus parejas, pero no hay participación de los varones. Estos casos mencionados tienen sus raíces en algunos factores interculturales y de género ya explicados.

También se tiene que los varones ya casados o con pareja menores de 25 años han recibido información en sus colegios de parte de sus profesores, ellos manifiestan haber intercambiado información con amigos mayores.

“Claro. Por los amigos, con los amigos más se conversa” (Acraquia).

En la zona de Pazos comentan:

“Yo aprendí a los dieciséis años, las señoritas enfermeras venían al lugar donde vivo. Sí, sí. Y nos explicaban, siempre también hemos tenido la inquietud de preguntar todo y así, así...”.

En las zonas de Daniel Hernández no respondieron directamente esta pregunta porque muchos comentaron muy bajito que no habían recibido y que más conversaban entre amigos.

En Tocas coincidieron que habían escuchado algo en el colegio, pero bromeaban entre ellos también comentaron que con amigos. En Pampas entendemos que conversan preferentemente con amigos.

Los varones jóvenes que ya son padres, también han recibido información en “escuela de padres”, donde les obligan a asistir y las charlas lo hace el personal de salud de la posta o centro de salud.

En el caso de los jóvenes que aún no son padres pero que tienen enamorada o pareja dicen que ellos escuchan en la radio, la televisión y que desde el colegio los profesores ya les informan sobre el tema.

En la zona de Colcabamba y Acraquia nos comentan que ellos se enteran de planificación familiar porque a su esposa le “traen los folletitos a casa”.

“A mi señora le dan los folletitos, una vez hay diferentes métodos de cómo cuidarse o por calendario” (Colcabamba).

El personal de salud de Colcabamba manifiesta haber realizado visitas domiciliarias, pero en las conversaciones con los varones los más jóvenes manifiestan haber recibido este tipo de visitas y algunas mayores dicen haber recibido alguna visita en la época de Fujimori.

Algunos varones de las zonas de Colcabamba, Acraquia, Pazos y Tocas manifestaron haber visitado el Centro o Posta de salud para informarse sobre planificación familiar.

“Personalmente. Sí, me invitaron para que yo me acercara ‘acérquese otro día así para conversar, si deseas a tu esposa para ponerse ampollas trimestrales’, pero no tuve la oportunidad” (Pazos).

La calidad y satisfacción de la información recibida la analizaremos con mayor profundidad en el siguiente indicador.

A manera de conclusión se tiene que la manera como las mujeres y los varones se informan sobre el tema de planificación familiar, es muy diferente. Es necesario tener en cuenta que existen factores de inequidad en el acceso a la información pues son los varones los que están expuestos a recibir información tergiversada sobre el tema debido a que no acuden a la posta y prefieren dedicarse a las actividades laborales o de entretenimiento.

Otro factor que influye en los varones es el pensar que “la planificación familiar es para mujeres”, lo cual hace que ellos no acudan al servicio de planificación y cuando acompañen a sus esposas ellos no ingresen al servicio. Así también debemos observar que desde sus inicios los servicios de PF, han sido orientados para mujeres, y que los varones no se sienten identificados con el servicio.

4.8.3. Abastecimiento y Disponibilidad de los MAC

Otro indicador que las personas han tenido acceso a la información de manera oportuna es la disponibilidad de los métodos anticonceptivos en el establecimiento de salud. La Norma Técnica de Planificación familiar del MINSA, garantiza como parte de los Derechos Sexuales y Reproductivos que todos los establecimientos de salud estén abastecidos de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos.

En conversaciones con personal de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, explicaron que solo se informa sobre los métodos anticonceptivos modernos que dispone el Ministerio de salud (las píldoras, los inyectables, el dispositivo intrauterino (DIU), también llamado T de cobre y el condón; así como los métodos definitivos como la ligadura de trompas y la vasectomía). Aunque la citada Norma Técnica menciona otros métodos anticonceptivos modernos, los establecimientos de salud solo cuentan

con esto MAC modernos y no precisamente de la amplia variedad de MAC existente en el mercado. Aclaran que algunos MAC son muy caros para que se pueden adquirir por el MINSA “el principal motivo es costo... por ejemplo el collar el costo era 14.00 por cada uno”, el tema de la preferencias de los métodos por los/las usuarios/as es un segundo factor tomado en cuenta al momento de elegir los métodos que se adquirirá desde el MINSA.

En los establecimientos de salud de Daniel Hernández, Pazos, Acraquia y Mullaca no cuentan con preservativos al momento de hacer el estudio. En ningún centro y posta de salud cuentan con el Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE), pese a que meses antes ya se había dado la autorización de su distribución gratuita mediante Resolución Ministerial N° 167-2010/MINSA (2010), que ratificaba que esta píldora no es abortiva y por ende se debería cumplir con esta Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA donde se dispone la distribución del AOE. También nos refieren que “las regiones que tiene en stock la están entregando las que no tienen estamos usando el método YUZPE (inicia con 4 píldoras anticonceptivas y a las 12 horas otras 4 por eso es 4x4).

4.8.4. Disponibilidad de los MAC

Hablamos de disponibilidad cuando decimos que se pueden obtener de manera rápida y directa.

De acuerdo a la respuesta de los/las usuarios/as encuestadas un segundo motivo por el cual interrumpieron el uso del método o cambiaron de método es porque se agotó en el establecimiento (21.1%). Existe casos en los que este cambio ha sido desfavorable para los/las usuarios/as pues le generan malestar (dolor de cabeza, náuseas, etc.), lo que conlleva a que las mujeres dejen de usar los MAC, durante un tiempo hasta que no sientan malestar y/o hasta que el centro este abastecido con el anterior método. El tiempo de espera en que el EESS sea abastecido puede variar entre un mes a tres meses o más, durante ese lapso de tiempo la probabilidad que las mujeres salgan embarazadas es mayor.

Esto indica cuan importante es estar abastecido con los métodos anticonceptivos aprobados y otorgados por el MINSA, porque se mantiene la continuidad del método, impidiendo que las mujeres queden desprotegidas y con mayores riesgos de un embarazo no deseado. El acceso oportuno al método anticonceptivo influye en la satisfacción de los/las usuarios/as con respecto a la atención que les brinda el servicio de PF.

El tema de la disponibilidad influye en el acceso a la información sobre los MAC, pues "solo se les informará de los métodos que dispone el centro y que son aprobados por el MINSA", entendemos esto como una medida para evitar las confusiones y falsas expectativas de parte de los/las usuarios/as y usuarios. Por ello los/las usuarios/as no recibirán información de toda la amplia gama de métodos anticonceptivos lo cual estaría limitando su capacidad de libre elección y por ende se estaría limitando los derechos sexuales y reproductivos. Aunque en la norma técnica de planificación familiar menciona que se debe informar sobre toda la gama de MAC que ofrece el MINSA.

Son pocos los casos que indican que este cambio fue favorable para su salud y que se sintieron mejor cuando cambiaron de método. Por lo tanto entendemos que el factor disponibilidad debe ser tomado en cuenta para mejorar el acceso a información de calidad en PF.

4.9. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA ORIENTACIÓN RECIBIDA

Este indicador es muy importante pues permite conocer lo que opinan los/las usuarios/as y lo varones de las diferentes comunidades encuestadas sobre su sentir respecto a los servicios de información y el trato que reciben del personal de salud en los diferentes centros de salud. El nivel de satisfacción varía muy significativamente entre mujeres y varones; también varía de acuerdo a la zona.

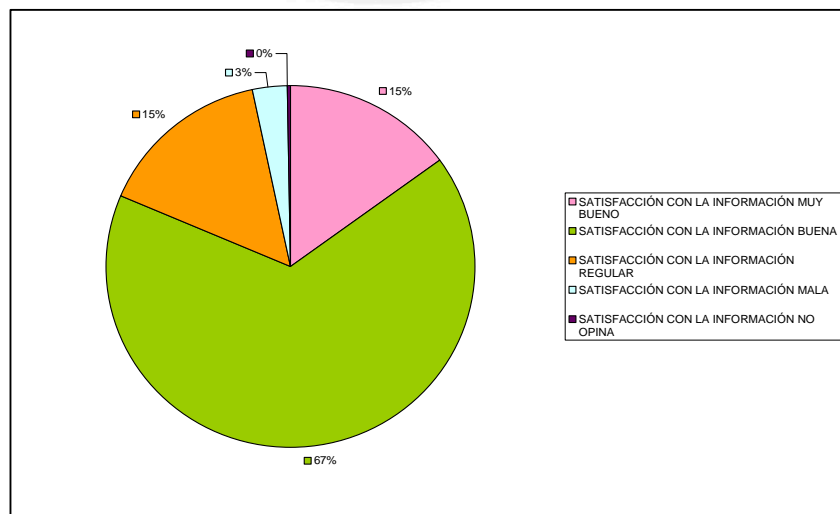
4.9.1. Satisfacción de los/las usuarios/as con la información recibida

En la mayoría de las respuestas de los grupos focales de las diversas zonas estudiadas las mujeres comentan que no han recibido la información completa sobre los métodos anticonceptivos y tampoco les han respondido sobre las dudas que ellas tenían. En otros casos, a las mujeres se les explicó sobre el método que están usando. Son pocos los casos que no han recibido información en la posta de salud, y se han enterado por familiares y amigas. De los grupos focales percibimos que las mujeres no se sienten satisfechas con la información que les brinda el personal de salud, tienen muchas quejas sobre el servicio y el trato que les dan.

Otro indicador de satisfacción refiere si recomendaría el método, anticonceptivo a lo cual casi todas responden que sí, porque entienden que es un tema importante para la salud de la mujer y para mejorar la economía y educación. La satisfacción hace referencia también a como se siente con el método muchas de ellas refieren que se siente bien, aunque tienen dudas respecto a los métodos usados.

Por otro lado tenemos a las mujeres encuestadas tienen respuestas muy diferentes a las mujeres del grupo focal, veamos el siguiente cuadro

Gráfico 4. 7 Satisfacción de los/las usuarios/as con la información recibida



En este cuadro el dato más resaltante es 66.3% de las mujeres que percibe que la información recibida del personal de salud es buena. En segundo lugar

Fuente: Elaboración propia mayo 2011

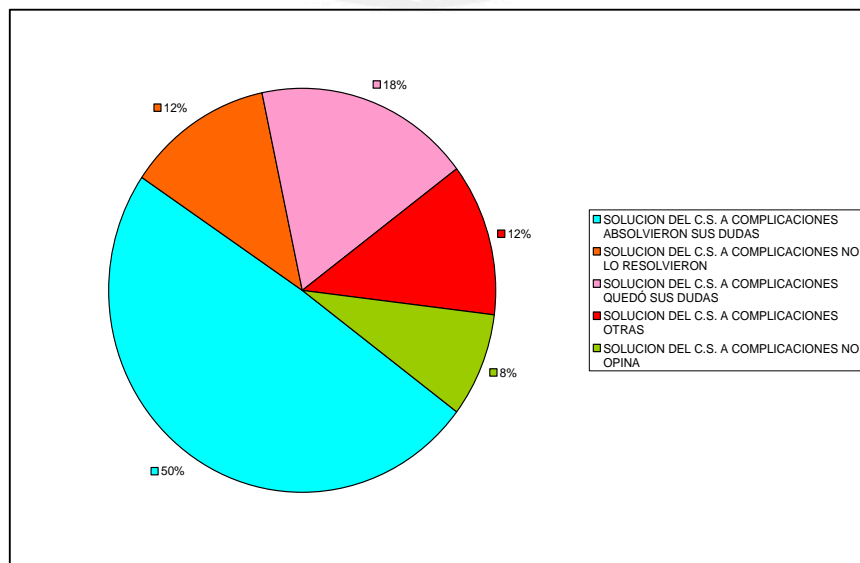
con 15.5% están las mujeres que piensan que la información es regular y un 15.1% perciben que es muy buena y por ende no tiene dudas.

Para el caso de las soluciones a las complicaciones presentadas durante el uso de los métodos anticonceptivos se tiene que las mujeres no tiene dudas pues un 49.2% dice que si les respondieron a sus consultas. Un 12.3 % siente que no las ayudaron a resolver sus duda y con mayor número quedaron con las dudas 17.9%.

Se aprecia que la satisfacción de la información recibida es buena un 66.3%, y que un 49.2% manifiesta haber absuelto sus dudas por ello se deduce que las mujeres si están satisfechas con la información recibida.

Por el contrario las mujeres con insatisfacción con la información recibida es sólo de 2.8%, pero vemos que un 30.2% queda insatisfecha con las soluciones que el personal le brinda. Se tiene que si bien recibieron información no se sienten satisfechas con ello, las mujeres que tienen dudas, las mujeres a las que no las preguntan y a las que no se les responden se incrementa.

Gráfico 4. 8 Solución del Centro de Salud a las complicaciones



A continuación analizaremos las respuestas diferenciando las zonas de estudio.
Fuente: Elaboración propia mayo 2011

En Acraquia el 79.3% de las entrevistas manifiesta haber recibido una buena información. Pero el 10.3% de las participantes sienten que no han recibido la información completa haciendo referencia a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. Manifiestan una diferencia en la atención entre las comunidades cercanas que han recibido información, las mujeres que viven en comunidades más alejadas no han recibido información ni charlas.

“A nosotras si nos dan charlas, incluso hemos dado aportes de planificación, los anticonceptivos, nos dicen cómo prevenir los embarazos, sobre el parto prematuro, nos dieron capacitaciones a nivel Santa Rosa”.

“Pero, señorita a nosotras que no estamos en programa Juntos, no nos dan esa charla. No, no dan esa información, qué efectos tienen las pastillas, píldoras, no nos dan esas charlas, a nosotras que no estamos en programa Juntos no nos dan”.

En Pampas explican que la información es muy básica, hay mujeres que hacen preguntas y recién les explican esto depende del personal de salud, algunos que les explican bien, otros que se muestran presurosos, por ejemplo, cuando hay mayor número de usuarias en el servicio.

“A mí me dijeron cuando yo di a luz ‘ahorita te ponemos la ampolla’. ‘Es mejor que te cuides porque si no vas a salir embarazada. ‘Desde los veinte días ya puedes salir embarazada’. Mejor hazte poner ahora, me dijo. ‘No yo voy a esperar’, les dije”.

“No, solamente dicen ¿cuál ampolla o píldoras?, ¿cuál quieres usar? Te dicen ampolla o píldoras nada más y no te explican. O sea sólo si preguntamos nos dicen, no nos dicen nada. Y cuando le digo: para qué es el T de Cobre, ‘ah es para esto’, y ¿por qué las pastillas? Si lo tomo ahora

¿ya no voy a tener leche?, y ¿para qué las ampollas?’. ‘Las ampollas te van a proteger tres meses’.

“Y el otro, estito, nada más que el otro...así nada más. No así le sacan la no sé qué cosita y...Ah, la vasectomía Ah, y ya no va a tener más hijitos.”

“Cuando le he preguntado, si no, no nos explicaban.”

“Yo, por ejemplo, pensaba cambiarme el método y me dijeron ‘ya pues si ya no piensas tener más hijos/as piensa de una vez si no vaya a tener varios hijos/as también’ (CS Pampas).

Un factor muy importante es la relación que tiene el profesional de salud con la usuaria, para que le pueda brindar toda la información sobre el método que quiere usar. Aquí se observa que el personal de salud no está cumpliendo con lo establecido en la Norma Técnica de Planificación Familiar en su disposición A ,1;B; donde se señala que para que la persona pueda elegir un método de forma libre, debe recibir la orientación y consejería adecuada. Se considera que el factor intercultural relacionado a idioma quechua también es de mucha influencia cuando se quiere tener más confianza con las personas.

En Mullaca también señalan que les explican mejor cuando hay menos cantidad de usuarias del servicio. Y que depende de la confianza que tengan con el personal.

En Ahuaycha, y Pazos señalan su satisfacción con la información que les brinda el personal de salud y manifiestan su conformidad con el servicio. En Pazos las mujeres manifiestan haber recibido información y haber elegido por ellas mismas el método que van a usar.

“Nos han orientado, nos han explicado, tal método es así, esto es así, todos los métodos, cuál eliges, depende de ti, yo quiero el método la ampolla...allá, entonces la ampolla te vamos a poner, me han dicho en mi caso, entonces la ampolla tiene esta reacción, en otras personas

presenta en otros no y eso depende la reacción de cada persona; nada es igual en otras personas” (CS Pazos).

En Tocas hicieron hincapié en dos aspectos al propio temor que sienten las mujeres y al cambio de personal salud (la rotación) lo cual aumenta su desconfianza. Teniendo en cuenta que manifestaron tener muchas dudas con respecto a los efectos secundarios que padecen por el uso de los MAC.

En Colcabamba de manera similar aluden a la insatisfacción que deja el personal de salud ante las dudas planteada por la usuaria, hay otras que optan por no preguntar. Muchas refirieron que no les responden las dudas, que tiene sobre los métodos y los malestares que sienten.

“Me he cuidado por 6 años con pastilla, me han cambiado pero me ha hecho mal la ampolla. Por eso me he ido porque me hace mal ya no puedo cuidarme.”

“Aguanta nomás, siempre es así, así se hinchan dicen”.

Las mujeres del CS Daniel Hernández tuvieron mucho recelo al responder esta pregunta, sólo una se animó a referir que la atención en otro lugar era mejor y que había mucha más estimulación, las demás mujeres escucharon y movían la cabeza con señal de conformidad con lo que decía la participante.

4.9.1.1. Varones

Para esta población debemos tener presente que ellos no visitan el servicio de planificación familiar. En número de visita promedio de este servicio varía entre 8 a 12 varones por año; entre 5 o 6 usuarios continuadores y sólo 3 o 4 usuario nuevos. Estas cantidades varían de acuerdo a la zona de estudio.

Tabla 4. 10 Usuarios varones

Orientación y Consejería Varones	2009 (Anual)	2010 (Anual)
Acraquia	3	1
Colcabamba	1	2
Daniel Hernández	2	5
Pampas	15	12
Pazos	5	6
Ahuaycha	2	2
Mullaca	4	2
Tocas	Sin información	4

Fuente elaboración propia mayo 2011

En Pazos uno de los entrevistados manifestó disconformidad con la información recibida por el personal de salud, comenta que toda la información que le dieron fue errónea. Después de haber comprobado que la información recibida fue incorrecta dejó de visitar el servicio de planificación familiar de la posta de su distrito.

“Yo vine acá, a consultar a la obstetriz. Le pregunté por el método natural de planificación, sin preservativos. Le dije ‘señorita, yo quiero que usted me explique por el método natural. Entonces, ella me explicó, pero lo que me explicó fue al revés”.

¿Es decir que no le entendiste?

Part. N° 1: No (Enfatiza). Lo que yo planificaba fue al revés. Ella lo que me dijo fue al revés, todo al revés.

¿Tu manera de planificar era mejor que la de ella?

Part. N° 1: “Claro. Porque yo he comprobado señorita. Claro, eso a mí me enseñó en el colegio.

Eso perfecto era pero, y la señorita al revés me ha dicho. Entonces, desde allí ya no creo mucho en lo científico. Entonces

definitivamente...Pero he conversado con otros amigos y los amigos dicen que sí funciona su planificación de la señorita.

.... Entonces lo que yo le he dicho es 'señorita ¿sabes qué? Lo que tú me has dicho no me va a servir de nada porque si yo hago eso voy a tener un hijo e incluso he tenido un hijo'. Entonces desde allí ya no creo mucho en lo que dice la señorita."

Casi todos los varones entrevistados no han visitado el servicio de planificación familiar por lo cual no tiene una respuesta directa a esta pregunta.

Se recomienda que el personal de salud elabore otras estrategias para llegar a difundir la información sobre PF, a los varones que acompañan a sus esposas, como a los varones de la comunidad.

El personal de salud refiere que ellos realizan charlas para las parejas cuando la mujer está embarazada, procurando así la participación del varón en la toma de decisión de un método de P.F, luego del embarazo. Manifiestan también que si los varones no acuden al servicio es porque ven el tema como "una cosa de mujeres", "ellos son machistas".

4.9.2. Dudas sobre los métodos de parte de los/las usuarios/as

Para profundizar el indicador de satisfacción con la orientación recibida, se consideró preguntar sobre las dudas que ellas o ellos tienen sobre los métodos anticonceptivos que viene usando o los que conocen. Esta pregunta se realizó para confirmar si en verdad les habían dado información completa y sobre todo si habían comprendido esta información.

Se tienen diferentes análisis pues varía de acuerdo al sexo de los entrevistados:

4.9.2.1. Mujeres

Un 23.4% del total de las mujeres de la muestra, manifiesta su preocupación por el dolor de cabeza que sienten cuando usan la ampolla. Tanto en los grupos focales como en las entrevistas las mujeres manifiestan sufrir de dolor de cabeza, su preocupación se basa en que cuando ellas consultan con el personal de salud, estos les dicen “es normal”; “ya te va a pasar”, tenemos un 12.3% de mujeres cuyas dudas no son resueltas.

“...he ido a la posta y dicho al doctor por qué me duele la cabeza y no me ha dicho nada” (CS Colcabamba).

“si muchas (dudas), pero no siempre nos ayudan a aclarar todas nuestras preguntas, a veces nos dicen pero no nos entienden o dicen es normal esto” (CS Pazos).

Ante casos de insistencia para una respuesta, cuentan que les recetan Panadol, lo que les calma temporalmente el dolor. Pero que no les dicen nada más.

El segundo factor que genera dudas es que durante los tres meses que dura la inyección ellas no “ven” su regla. En Tocas las mujeres se preguntaban:

¿Por qué cuando uso la ampolla no veo mi regla?

En Colcabamba nos dicen:

“...de mi familia ya no se miraba la menstruación, interiormente dice se aparece una piedra, también estoy preocupada me he estado cuidando con ampolla, de repente me puede pasar así.”

En Mullaca se preguntan:

“A mí también, yo me cuido, estoy usando ampolla y hasta ahorita no me miro la sangre’. No, no me baja”.

En Pampas comentan que todas tienen dudas, pero que no lo manifiestan al personal de salud por dos motivos:

-El primero motivo es que “Si le preguntas a veces te receta ‘compras en la farmacia, tomas esto, te va solucionar”.

Les recetan medicina de fuera y el costo es alto, no pueden comprarlo.

- El segundo motivo se refiere a “Cuando te toca la misma obstetra sí, pero si nos toca diferente no se puede...”.

La confianza con el personal de salud obstetra.

En Pampas como en Mullaca dicen que les respondieron y despejaron sus dudas en una segunda entrevista y cuando ellas le hicieron la pregunta al personal de salud.

El 30.2% del total de entrevistadas no se siente satisfecha con la respuesta e información que les brinda el personal de salud ante la consulta sobre los malestares que presentan durante el uso de algún método anticonceptivo, pues no les dan una respuesta adecuada y muchas veces simplemente no les responden.

El 49.2 % de la encuestadas refiere que si les absolvieron sus consultas, esta respuesta varia en los grupos focales pues allí más mujeres refieren que no les absuelven sus consultas y tienen dudas. Se tiene que el factor que contribuye a que las mujeres puedan manifestar sus dudas es el nivel de confianza que tengan con el personal de salud. Pampas y Pazos con 11.9% y 11.5% respectivamente presenta la mayor cantidad de absolución de las dudas.

Así en Ahuaycha un 3.6% de mujeres que tiene dudas respecto al método que usan y los malestares que les causan:

“Solamente la píldora viene da gastritis he usado píldora, Si, he usado píldora, he usado ampolla y otra cosita más...”.

Durante el tiempo de la investigación se pudo apreciar que las mujeres tienen mayor confianza con el personal técnico de la posta de Ahuaycha, debido a los años viene trabajando en la zona. Así mismo el nivel de coordinación de

actividades entre ellas es mayor. *Mullaca* tiene una situación parecida, pues las mujeres manifiesta que:

“Cuando no entendemos hacemos preguntas, cuando entendemos ya no.”

También dicen que los comentarios de que la ampolla hace daño o causa muchos malestares vienen de terceras personas”.

“Como dice ella, nos dicen otros ‘las ampollas hacen mal, no te pongas’, ‘si vas a tener tu hijo con esa ampolla va a salir mal”.

“Hay personas que les dicen que no te cuides con eso que te va a dar cáncer y les hacen asustar” (CS Colcabamba).

En lo que respecta al uso del método, observamos algunas zonas que tienen dudas en cuanto al uso del método del ritmo y de la pastilla. En Daniel Hernández consultan si se puede tomar dos pastillas cuando se olvidan un día. En Colcabamba hubo la necesidad de explicar el uso del método del ritmo pues los/las usuarios/as manifestaron sus dudas y falta de manejo en el uso del método.

4.9.3. Dudas sobre PF en Varones

Se consultó a los varones sobre las dudas que tiene sobre el tema de la planificación familiar, a lo que respondieron que también tiene dudas. Se debe recordar que son pocos los que acuden a la posta y mucho menor es el número de varones que acude al servicio de planificación familiar. Recordar también que ellos tienen un medio de información muy distinto al de las mujeres, por lo general los más jóvenes recibieron información en el colegio y otros en las charlas o escuela de padres, algunos intercambian información con sus pares y amigos mayores.

A la pregunta si tienen dudas, sobre el tema de planificación familiar pocos son los que no tienen dudas, en Acraquia un joven nos dice que no y en otros

lugares como Pazos Ahuaycha y Tocas no respondieron esta pregunta, creemos que por vergüenza a expresar sus dudas, ya que como refieren a veces prefieren conversar más entre varones. En la zona de Ahuaycha los más jóvenes solo refieren que sí pueden hablar del tema pero no dan una respuesta sobre sus dudas algunos se avergüenzan pero dicen que si pueden ir a la posta. En el caso de los hombres de Tocas no respondieron a esta pregunta tratando de evadir las respuestas solo comentaron que siempre hay (dudas), pero no respondieron más.

En Pazos pese a reconocer las dudas que tiene sobre el uso de métodos anticonceptivos unos participantes señalaron consultar a personas mayores o bien recordar la información recibida en el colegio dando A entender cierta conformidad con la información que manejan cuando se les pregunta por qué no visitan el centro de salud.

En el caso de Mullaca sólo un participante señaló acudir a la posta y consultar con el personal de salud:

“Yo vengo al centro de salud y pregunto a las enfermeras ¿este problema como lo puedo solucionar?”.

Los otros participantes señalaron ir a la botica cuando están en la ciudad o a personas mayores como profesores.

En Acraquia los varones manifiestan su duda respecto al tiempo de uso de un método:

“Ya, señorita, la pregunta es por mi esposa no, ella ya se está cuidando nueve años con pastillas. Y, hay dichos que dicen que cuando ya se cuida demasiado ¿podría puede quedar estéril?”

¿Qué sería, no? Mi esposa se está cuidando con píldoras, y si aun así queda embarazada, ¿el niño nace normal o sale con defecto?

En Colcabamba:

“yo pienso de que la ampolla esas cositas una parte puede afectar al cuerpo, tienen ventajas y desventajas, puede hacer bien o mal cual sería la consecuencia, sería cuestión de diagnosticas o evaluar cómo está el cuerpo de una persona cuando esta con la ampolla o cuando se cuidan, o usan muchos métodos”.

En ocasiones sus dudas se las trasladan a sus esposas, ya que ellas son las que acuden con más frecuencia a la posta y al servicio de salud. Sólo uno de ellos que manifiesta que de tener más dudas el acudiría a la posta.

Así mismo se les consultó en caso de que su pareja presentara o presentó complicaciones con el método ¿Qué hicieron?

Por las respuestas se entiende que ellos están enterados del malestar que sufren sus esposas pues el primer malestar al que hacen referencia es al “dolor de cabeza”, luego mencionan el dolor de estómago, náuseas y que sus parejas se han vuelto muy renegonas. A pesar de conocer las molestias ellos no acuden al servicio, prefieren que las mujeres sean las que consulten y vayan a la posta.

En Acraquia los jóvenes nos dicen que:

“Así como dicen. Parece que te cambia o sea el comportamiento. Estamos conversando a ver si cambia a otro método. Sí, sí. Hay momentos en que ella reniega. Tal vez será por eso”.

“Está más renegona, tal vez, ella tuvo su hijo a los 15 años ahora tiene sus 37 años, puede estar con menopausia” (Colcabamba).

En otros casos nos dicen que sus parejas abandonaron el método pues les chocaba y que ya no han vuelto a usar otro método.

“Con la ampolla si ha tenido problemas demoraba en venir la menstruación estaba con píldora y tenía quejas bastantes, tenía dolor de cabeza, dolor

de estómago. Hemos ido a la clínica particular, le dijeron que le estaba mal la píldora y lo ha dejado, medicina le han dado y con eso le ha pasado. Y no hemos regresado a la posta” (Colcabamba).

Dos entrevistados más tienen respuestas similares, dicen que los MAC, les causaba daño, ellos de mutuo acuerdo con sus parejas dejaron de usar los métodos.

En Daniel Hernández, los participantes tuvieron mayor renuencia para abordar el tema, aunque solo uno manifestó desinformación refiriéndose al condón *“No lo uso, pero para mí es un poco malo, no. Hace daño a la próstata”*. Refirieron que no asisten al establecimiento de salud solo van sus esposas al servicio de planificación familiar.

En el caso de Pampas, mantiene la información recibida en el colegio y no visitan el servicio de planificación familiar, conocen la importancia de planificar pero al final de grupo focal al explicar sobre el uso adecuado del condón desconocían algunos pasos para que sea efectivo el uso del preservativo.

Ante la pregunta de las ventajas del método: los varones de Acraquia hacen referencia que sus esposas han recuperado su peso y que es mejor.

“Por el contrario se ha recuperado, estaba flaquita”.

Así también nos dicen que el método tiene ventajas y que han comprobado lo seguro del método.

“Seguro había sido”.

Este comentario hace referencia a lo seguro que ha sido el método que está usando con su pareja, pues no confiaba mucho en los métodos anticonceptivos.

La falta de un adecuado trato y estrategia de información para los varones hace que ellos no acudan a la posta y se guíen de sus esposas al momento de decidir sobre el uso y la continuidad del uso del MA. Esto genera una gran brecha de información entre las mujeres y los varones, lo que influye en la toma de buenas o malas decisiones sobre su sexualidad. Se observa que los varones tienen dudas diferentes a las de sus parejas, y el personal de salud debe estar en la capacidad de responder a este tipo de preguntas.

4.9.4. Factor determinante para una buena Comunicación

El factor más importante para lograr el acceso a la información de calidad de sobre P.F. en las mujeres; es la “confianza” la cual se establecerá con el personal de salud. Ello contribuye tanto para la difusión de la información, como para la mejora de la calidad de la información brindada; el responder las dudas que tiene los/las usuarios/as(os) sobre el servicio y los MA incrementara el número de usuarias(os) nuevas(os) al servicio de PF.

Ante la pregunta de ¿Cómo sienten ellas durante la consejería en el servicio de Planificación Familiar?

En Mullaca las mujeres señalaron que se sienten bien, por lo general las atienden bien y responden a sus diversas preguntas, asimismo señalan que solo cuando hay mucha gente esperando en el servicio ser atendidas ya no responden a todas sus interrogantes.

En Colcabamba se puede diferenciar entre la atención brindada en el servicio de P.F, y la atención en general. Las mujeres consideran que son bien tratadas por los obstetras del servicio de P.F

“Me trata bien la obstetra”.

“Cuando van al servicio de planificación familiar obstetricia sí les tratan bien”.

Pero en la atención en otras especialidades y el tiempo de espera para ser atendidas si manifiestan ser mal atendidas:

“A veces no quieren atender, se reniega, medio aburrido y cuando se reniega te tratan mal. Tratan mal a las señoras y tampoco quieren volver.”

“Una mujer dice que a los niños los tratan mal”.

“Se demoran atendiendo”.

“A veces tenemos que esperar, ya no hay consejería, ellos trabajan desde las 12 am. Hasta las 3.30 o 4 esperamos a veces”.

“Hasta las 12.30 si no atienden esperamos hasta las 4 y para volver a la casa en la noche llegamos”.

De acuerdo a la Norma Técnica de Planificación Familiar, el trato en la atención debe ser cordial, basándose en las necesidades de la población, respetando su idioma y su idiosincrasia. Se observa el incumplimiento a esta norma nacional.

En Tocas las mujeres dicen:

“Recelosa porque vienen de diferentes sitios y cuando están bastantes ya no quieren hablar les da vergüenza”.

“Tienen más confianza con la mujer que les atiende, no tienen confianza con el varón, tienen vergüenza”.

“Cambian cada año se cambian. Algunos hombres también son buenos”.

Aquí las mujeres sienten más confianza con una persona de su mismo sexo para que las atienda, así mismo manifiestan que la alta rotación del personal también influye en el nivel de confianza que puedan establecer. Manifiestan que temor al tema de la inyección, miedo al dolor.

Las mujeres de Pazos, Ahuaycha y Pampas refieren su temor las primeras veces sienten vergüenza, temor o miedo porque no saben que les van a hacer o decir, pero con el tiempo ya van dejando el miedo y la vergüenza. Las mujeres de Acraquia nos refieren que sintieron vergüenza y temor al dolor de la inyección, una usuaria manifiesta que si tenía confianza con el profesional de salud. En Daniel Hernández no respondieron cuando se les pregunto cómo se

sintieron en la consejería muchas de ellas se sonrieron y murmuraron bajito nerviosas, pero no se atrevieron a hacer mayores comentarios.

Luego de observar las respuestas de los/las usuarios/as de las diferentes zonas, se reconoce que para lograr un alto nivel de confianza existen otros factores que son: la comunicación entre pares, vemos que las mujeres sienten más confianza con una profesional mujer que con un varón, algunas mencionan que dependen si el doctor es bueno y amable para que sea confiable.

La forma de comunicación es importante porque algunas mujeres se sienten cohibidas cuando hay muchas mujeres de otras zonas y que ellas no conocen. Prefieren la comunicación personal y directa, y si son charlas prefieren que sean con personas conocidas, vecinas y amigas para que puedan sentirse en confianza.

El tema de la rotación y cambio de personal es también determinante para poder lograr esos lazos de confianza entre la usuaria y el personal de salud. Se reconoce el gran trabajo que realizan los/las promotores de salud. Ellos entablan una relación diferente con los/las usuarios/as, ya que son parte de la comunidad donde viven y conocen las vivencias diarias de las mujeres y sus necesidades. En muchas de las zonas que visitamos son los/las promotores de salud personas muy reconocidas, el caso más saltante es de la comunidad de Ahuaycha, donde la promotora de salud llegó a ser Gobernadora.

Tenemos también el estudio sobre la Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaría (MINSA, 2000), donde se dice: En este tipo de interacción, los roles del proveedor y de la usuaria deberán tratar de interactuar en la misma lógica cultural, lingüística y psicosocial; deberá haber confianza, empatía y apertura de parte de ambos. La iniciativa puede venir de cualquiera de los interlocutores. Lo que se busca con este análisis es tener una relación horizontal entre los/las usuarios/as y el personal de salud.

Para el caso de nuestras zonas de estudio la relación establecida entre la usuaria y el personal de salud es vertical, existe una marcada diferencia en los roles. Siendo siempre la usuaria la persona con temor y vergüenza a preguntar y desenvolverse con confianza. Por el contrario el personal de salud es muy seguro y confiado. Se recomienda mantener un nivel de relación cordial y la comunicación fluida y buscar entablar la confianza de los/las usuarios/as.

Esta pregunta no se les realizó a los varones debido a que ellos no acuden al servicio de P.F.

4.9.5. Retorno del Servicio

Se planteó el tema del retorno al Servicio como una forma de medir el nivel de satisfacción con la orientación y consejería, pero durante la investigación se encontró que el tiempo de retorno depende del método anticonceptivo que estén usando, también existe una influencia del programa JUNTOS debido a que las mujeres fértiles están condicionadas a usar algún método anticonceptivo y asistir mensualmente junto a sus hijos/as a sus controles.

4.9.5.1. Mujeres

El 82.5% de las mujeres se encuentra usando la ampolla que tiene un tiempo de duración de 3 meses, por lo que su retorno al servicio de planificación familiar es similar.

Las mujeres que usan las píldoras o pastillas son el 7.1%, retornan al servicio de PF mensualmente, pues se le abastece con el medicamento para ese tiempo.

Los/las usuarios/as que utilizan el condón 9.9%, regresan al mes, depende del abastecimiento del centro de salud para que se les brinde mayor o menor cantidad de condones.

Sólo en los casos de las mujeres y niños que están suscritos al Programa JUNTOS deben asistir mensualmente y bajo un cronograma de atención al puesto o centro de salud de su jurisdicción, para que sean evaluados en las diferentes áreas de salud. (Odontología, pediatría, planificación familiar, etc.).

En el caso de las mujeres encuestadas refieren que un 46.6%, regresan o retornan al servicio cuando han tenido dudas o algún inconveniente con el método usado.

El 13.9 % no retorna al servicio, lo siguen usando a pesar de la molestia, y lo consulta con el personal de salud.

Este indicador no contribuye de manera directa en nuestro estudio porque tiene un factor externo, el Programa JUNTOS, que influye directamente en el comportamiento de las personas, el cual es ajeno a nuestra investigación. Por ello se tiene que las mujeres acuden mensualmente a los centros de salud para cumplir con sus controles y poder recibir el bono establecido.

4.9.5.2. Varones

Los usuarios del servicio de planificación familiar se cuidan con los preservativos, ya que es el único método promovido para los varones. Es por ello que su retorno al servicio de P.F varía entre el 1 a 2 meses, depende de la cantidad de condones que les proporcionen en el servicio. Nos refiere el personal de salud que:

“Como se señaló antes incluso ella viene solicitando los preservativos para sus esposos”.

Esto hace que los varones no visiten el centro, por lo tanto no se logra establecer una mejor relación de confianza entre los usuarios y el personal de salud, cuando acuden al servicio no reciben la orientación, tampoco expresan las dudas que tienen respecto a los métodos. Los pocos varones que

acompañan a sus parejas y los que son usuarios refieren que el personal les atiende muy rápido no les explica bien y sólo les dan los preservativos.

Como lo manifiestan ellos, son las esposas las que consultan sobre las dudas y ellas les transmiten la información. Son estos algunos motivos porque los varones acuden con poca frecuencia al servicio, y en algunos casos dejan de acudir al centro definitivamente. Ellos reciben como usuarios nuevos 10 condones y si son continuadores/as reciben 30 condones en su visita al servicio de planificación familiar.

4.9.6. Recomendación del Método

Para conocer el impacto de la variable de satisfacción con la consejería recibida, se consultó si las mujeres recomendaban el método a sus pares (amigas, vecinas, hermanas, etc.).

A esta pregunta un 95.6%% de las mujeres encuestadas refiere que si recomendaría el uso de MAC a otras personas, eso no significa que recomendaría el que ella está usando sino las ventajas de usar algún método anticonceptivo. Explican que el método depende de la personas y de cada cuerpo, pues saben que a algunas les hace daño la inyección y a otras les choca la pastilla

Ellas recomendarían más que el método, el tema de que la planificación familiar es importante y que se deben cuidar para no tener más hijos/as, por la economía.

“sí tienes que utilizar, yo me estoy cuidando con la ampolla y, si te conviene puedes utilizar, para que ya no tengas más hijos/as”.

Sólo un 20% dijo no recomendar el método pues les choca y es mejor que cada mujer elija su propio método.

En algunas zonas señalaron que no recomendarían el método, cuando otras personas se enteran que están usando MAC, son susceptibles de recibir críticas y chismes por otras mujeres.

“Es que a veces comentan, por los chismes” (PS Acraquia).

“No señorita, Yo no me quiero meter en su vida de nadie” (PS Tocas).

En estos últimos testimonios se aprecia que existen factores como el prejuicio de la gente de la comunidad al tema de planificación familiar, por ello hablar libremente del P.F es en algunas comunidades alejadas a las ciudades es aún un Tabú.

En algunas zonas también ven mal el hecho de que las mujeres se “cuiden”, el machismo predominante en la zona sierra de nuestro país, es un factor que puede llegar a discriminar y a maltratar a las mujeres que quieren cuidarse, por eso muchas mujeres usan MAC escondidas de sus esposos. Por este motivo es que muchas veces ellas no recomiendan a otras personas sobre los MAC.

El personal de salud también hace referencia a esta problemática machista:

“La gente mayor puede venir ocultándose de la pareja por el machismo que existe y no permites que sus parejas se cuiden, es muestra de infidelidad que por ello se cuidan” (CS Daniel Hernández).

“Señalan que no viene porque creen que es un tema que solo les incumbe a ellas” (CS Colcabamba).

Si bien son pocos los casos, debemos tener en cuenta que las mujeres más jóvenes están buscando cambiar esta situación. Asistiendo a las charlas, conversando y manifestando sus dudas, temores, insatisfacciones. Se sugiere trabajar más con los varones pues influyen en la toma de decisiones de las mujeres, la vez que las impiden de elegir libremente el método a usar.

Las recomendaciones son realizadas por los/las usuarios/as quienes al sentirse satisfechas con el uso de su método sienten confianza en poder decirles a otras mujeres que si les fue bien, y es mejor optar por determinado método anticonceptivo, ya que podrán tener los hijos/as que han planificado, para ello se recogen algunos datos obtenidos en la satisfacción del uso del método anticonceptivo: el 52.8% de los/las usuarios/as señala que les fue bien, un 13.5% refiere como muy bien el uso del método anticonceptivo y un 3.2% señala que le fue mal.

Al respecto el 95.6% indica que recomendaría el método que usa, ante un escaso 2.0% de encuestadas que no lo haría, este pequeño grupo puede estar compuesto por los/las usuarios/as que no les fue bien con el método anticonceptivo o sencillamente no desea mencionar que se está cuidado por temor al qué dirán sus amigas o vecinas, es decir tienen vergüenza “del que dirán”.

Los establecimientos de salud de Tocas, Ahuaycha y Acraquia albergan al 100.0% de los/las usuarios/as que si recomendaría el método, seguido del CS de Pazos con el 96.8%. En la posta de salud de Ahuaycha una usuaria señala:

“Es muy caro tener hijos/as, muy costoso, de chiquito lo puedes tener pero de grande, al menos yo converso con mis hijos/as, si damos consejo, yo hablo de planificación familiar con las chicas jóvenes les aconsejamos, por que traen al mundo hijos/as, si la vida es muy costosa, si no tienen trabajo, con mis hijas si converso, llorando, si quiere vaya a la posta, allí te van a dar, puede tener marido pero no llegas a tener hijo”.

La recomendación puede ser positiva si la usuaria no tuvo mayores complicaciones con su método, ante ello han recomendado a las personas que están a su alrededor como tías, hermanas o amigas;

“a mi hermano, con qué te cuidas, yo le he dicho con ampolla”, “Sí a mi prima, sí ella se ha cuidado primero con ampolla y no quiere ponerse. Así cuando no quería apareció gestando y queremos traerla”.

Esta recomendación también está apoyada por los otros miembros de su familia. Pero también se encontró con la opinión de una usuaria de la PS de Tocas quien señaló que no recomendaría el uso de un MAC porque cree que está interviniendo en la vida privada de otra persona:

“No señorita, Yo no me quiero meter en su vida de nadie”.

4.9.6.1. Recomendación del Método en Varones

La respuesta de los encuestados fue Sí rotundo, ellos recomendarían a otras personas que se cuiden y utilicen algún MA. Como podemos apreciar, existe el deseo de recomendar, pero por los comentarios dados se deduce que ellos no han recomendado a otras personas el uso de los MA.

“Se puede recomendar y hablarle y que se cuide como yo”.

“Es efectivo. Para hacer difusión así oral ¿sí?”.

En Acraquia los jóvenes dicen:

“A mis patas que se están iniciando tengo que decirles, les aconsejo oigan aunque sea la pastilla del día siguiente”.

Todos tienen predisposición para el diálogo con sus amigos y vecinos. Estas respuestas tan favorables no reflejan machismo, ni mucho menos molestia por el tema de conversar del tema. Por lo que deducimos que el tema de machismo es más fuerte en las personas mayores de 35 por que en otras zonas algunos de ellos refieren que lo hombres no quieren que sus esposas se cuiden por:

“Puede ser que les estén engañando, como se cuidan, hay mayor desconfianza” (Pazos).

Se tiene un tema complejo pues este factor social que se pone de manifiesto en los varones de Tayacaja es un tema muy arraigado, casi podemos decir que

es una tradición ser machista. Los problemas que conlleva radican principalmente en que impiden a las mujeres desenvolverse libremente, tomar decisiones libres y sin presión, afectando su libertad y sus derechos humanos.

En realidad se preguntó en tercera persona para explorar lo que observan en su propia comunidad.

En el caso de los varones la recomendación está basada en dos aspectos: el primero recoge la experiencia previa del uso del MAC por parte de su esposa o pareja, si ella no presentó problemas o complicaciones, podrá recomendarlo sin ningún problema, pero de no ser así dudara o enfatizara que determinado método no es bueno, porque trae problemas a las mujeres:

“Bueno, una parte está bien pero siempre y cuando le haga bien a las mujeres. Pero hay muchas mujeres que se enferman con esa ampolla. Entonces no quieren”. Varón Pazos

4.9.7. Importancia de Planificación Familiar y del Servicio de Planificación Familiar

Es importante conocer lo que opina la población sobre lo importante para ellas que se les brinde el servicio de P.F; tanto cuantitativa como cualitativamente se les consultó su opinión.

4.9.7.1. Mujeres

Se analiza las respuestas de las mujeres, quienes en su mayoría 97.2% respondieron que el servicio es muy importante porque les permite “*No tener más hijos/as*”, también reconocen que el servicio es importante porque les ayuda a decidir cuántos hijos/as tener, y menos número de mujeres refieren que la planificación familiar mejoro su sexualidad. En los grupos focales en cambio se tuvo como respuesta principal el tema de la mejora de la salud y la educación cuando se tiene menor cantidad de hijos/as.

Existen casos de encuestadas a quienes no les parece importante porque tuvieron embarazos no deseados. Ellas representan un 0.4%, que es una cifra mínima respecto a las que piensan que si es importante.

Durante los grupos focales se conoció con más detalle por qué es importante el servicio de PF, para las mujeres en Mullaca y Pazos es importante porque les permite mejores condiciones de alimentación y educación a sus hijos/as/as.

“Para no tener más hijos/as, que no podemos cuidar y dar de comer y enviar al colegio” (PS Mullaca).

“Se sufre en el campo mucho, aquí no hay dinero, los sembríos no alcanza ahora que la papa no está bien pagada, se sufre y ellos más que nosotros porque no se alimentan bien y por eso es mejor cuidarse además es gratis: (CS Pazos).

Las mujeres entienden que los estudios son importantes y dicen que:

“Nosotros por ejemplo en la chacra estamos porque nuestra mamá ha tenido varios hijos/as y no hemos podido estudiar ser algo. Cuando son dos o tres ya al menos podemos hacer estudiar hasta ser profesionales”.

Como parte de los derechos sexuales y reproductivos las mujeres pueden elegir libremente el número y el espaciamiento entre los hijos/as que quieran tener. Se observó por el tipo de respuestas que el factor más importante para tomar la decisión de tener más hijos/as es la “economía familiar”, reconocen que a mayor cantidad de hijos/as el poco dinero que gana su esposo no le alcanzará para cubrir las necesidades de alimentación, educación, salud y vestido. Es importante reconocer que las mujeres han tomado mayor conciencia sobre la importancia que tiene la educación en el tema de la mejora de la calidad de vida.

“Los estudios más que nada para que ellos sean profesionales,... cuando son dos o tres ya al menos podemos hacer estudiar hasta ser profesionales” (PS Mullaca).

Como segundo factor importante para el desarrollo y mejora de la familia manifiestan la alimentación:

“Y, ese niño cuando más se alimenta va a ser más inteligente” (Mullaca)

“Para no tener más hijos/as, que no podemos cuidar y dar de comer y enviar al colegio” (CS Pazos).

De acuerdo a las respuestas obtenidas se concluye que las mujeres de las zonas de estudio tienen dos roles muy marcados por un lado el tradicional de mujeres, amas de casa que cuidan a los hijos/as y velan por su salud pero también acompañan a sus esposos a las chacras dedicando gran cantidad de horas a esta actividad. Ellas salen a ayudar a sus esposos en las chacras para apoyar en la obtención de alimentos para la subsistencia. De las entrevistadas el 29.3% tiene solo estudios a nivel secundario, por lo que no han podido acceder a un trabajo formal, dependiendo de lo que gana la pareja para poder mantener a su familia. Los varones ganan cerca de 100 a 150 soles al mes, es por este motivo que son las madres las más preocupadas por la educación y alimentación de los hijos/as.

Tabla 4. 11 Nivel Educativo de los/las usuarios/as

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL	
PRIMARIA COMPLETA	69	27.4%
PRIMARIA INCOMPLETA	43	17.1%
SECUNDARIA COMPLETA	73	29.0%
SECUNDARIA INCOMPLETA	34	13.5%
SUPERIOR TECNICO	21	8.3%
UNIVERSITARIO	2	.8%
NINGUNO	10	4.0%

Fuente: elaboración propia mayo 2011

También se obtuvo respuestas sobre cómo les ayudó la información de planificación familiar recibida en el servicio, a lo que todas responden positivamente, un 63.8% responden que les ayudó “mucho” en la planificación de su familia, un 32.5% responde que “poco”, pero vemos que la mayoría de casos fue luego de haber tenido a su primer/a hijo/a, es decir mujeres mayores

de 21 años. En todas las respuestas ellas reconocen que es mejor tener entre uno a tres hijos/as por el limitado recurso económico.

Tabla 4. 12Influencia de la planificación familiar

	GRUPO ETAREO	MUCHO	POCO	NADA	NO OPINA
EDAD	DE 18 A 20	49	21	3	3
		19.4%	8.3%	1.2%	1.2%
	DE 21 A 24	112	61	3	0
		44.4%	24.2%	1.2%	.0%

Fuente: elaboración propia mayo 2011

4.9.7.2. Varones

A la pregunta sobre la importancia del servicio de planificación familiar, las respuestas varían de acuerdo a la edad de los varones.

Un varón no usuario de la zona de Acraquia (mayor de 35 años) manifestó sus dudas sobre los métodos anticonceptivos; refiriendo que pueden ser negativos para la salud:

“Analizando bien creo que no es importante, porque cada persona la mujer el hombre es conversar, hay hierbas naturales para cuidarse, la medicina nos hace más al organismo” (Acraquia).

Esta respuesta será analizada en el tema de interculturalidad, ya que está más relacionada con ella, aquí lo mencionamos por ser una respuesta directa a la pregunta realizada.

Los más jóvenes entre los 20 a los 34, opinan a favor del tema de planificación familiar, coincidiendo con las mujeres en la importancia de tener menor cantidad de hijos/as para poder brindarles una mejor educación y alimentación.

“Nosotros pensamos ya que tal vez nuestros hijos/as podrían ser mejor que nosotros. (...) para poder mantener y hacer estudiar. Si tuviéramos entre cuatro y tres hijos/as el hacerlos estudiar ya nos traería mayores gastos” (Pazos).

“Es importante porque no tenemos la suficiente economía”

La última expresión la comparten los padres jóvenes de Mullaca, Colcabamba, Tocas Daniel Hernández, Pampas, Acraquia, Ahuaycha, quienes también hacen referencia a los problemas económicos que implica el tener varios hijos/as. También reconocen que la educación es un factor importante y que es mejor cuando son pocos hijos/as.

“La planificación hace bien ah...porque yo ya desde esa fecha... me he abstenido un poquito de tener más hijos/as. Porque ahorita yo tengo un...así mi promoción, él está llegando casi a los ocho hijos/as. Y creo, él no se planifica. Pero desde esa fecha que escuché y me enseñaron también planificación familiar, desde allí ya trato de cuidarme. Yo, con tres hijos/as me quedé (Pazos).

La situación de los jóvenes de Pampas con pareja que aún no tienen hijos/as no dista mucho de lo que piensan los padres jóvenes, ellos señalan que:

“Yo pienso que planificar es desarrollarse por que un simple ejemplo, mi compañero Anthony y yo jugamos en Huancayo y para cada partido siempre tenemos que planificar qué es lo que vamos hacer y ver también las problemáticas que se nos puede presentar. Si esto no resulta qué es lo que podemos hacer. No se trata de una sola cosa y voy a hacer esto por allí va todo ¿no? La vida no es así, la vida tiene sus altas y bajas, a veces podemos estar bien y de un momento a otro podemos caer...”.

Se observa que ellos están pensando en “planificar” mejor su futuro, son conscientes de que las situaciones de vida no son fáciles. Este cambio de actitud y de apertura a conversar sobre planificación familiar y mejorar situaciones pasadas es generacional.

A lo largo del estudio se observó posturas a favor y en contra, a una posición de dialogo, reflexión entre la pareja, y al uso de MA para lograr mejorar la situaciones de pobreza y con ello tener una vida más digna. Cuando se les pregunta si quieren tener un hijo dicen que prefieren estudiar, tener sus cositas y luego recién van a tener sus hijos/as. El tema de tener hijos/as y familia se ha convertido en un tema secundario, los jóvenes están poniendo más énfasis en tener estudios y un trabajo fijo con el que puedan mantener a su futura familia.

En general los varones comparten la idea de que el tema de planificación familiar es importante, para tener menos hijos/as y por ende mejorar la situación económica de la familia.

4.9.8. Actitudes e interese de las mujeres y los varones sobre el servicio de planificación familiar

4.9.8.1. Asistencia al Servicio de Planificación Familiar.

Como hemos visto los varones son los que acuden muy poco o no acuden al servicio de planificación familiar. Durante la investigación quisimos conocer por qué ellos no acuden al servicio de P.F, a recibir mayor orientación; los varones reconocen que el tema es importante, que tienen dudas respecto al tema, que no están bien informados pero pese todo ellos no acuden al servicio de planificación familiar.

Cuando se les consulto a las mujeres por qué sus esposos no las acompañan ellas refieren que debido a sus horarios de trabajo que no coinciden con los horarios que las citan a ellas, otras dice que no quieren ir por que esperan mucho y no les gusta esperar. Algunas refieren que sus esposos tienen vergüenza de ir a la posta. Y otras simplemente no invitan a sus esposos vayan. Tenemos entonces que el 67.5% de mujeres va sola a la posta. El 26.6 la acompaña su pareja y sólo un 5.2 le acompaña otro familiar (mamá, hijos/as).

En el caso de los varones ellos dicen que no acuden al servicio de PF, porque no les han invitado,

“No, sola se iba. Ella sola porque muy poco a los varones siempre nos invitaban, no como a las damas” (Colcabamba y Acraquia,)

Algunos también nos dicen que se sienten incómodos con la gente que los mira cuando ellos acompañan a sus esposas. Y que prefieren retirarse, otros dicen que las mujeres entran solas y que ellos se quedan esperando y no entran así que prefieren no acudir a la posta.

Con respecto al personal de salud una usuaria comento que cuando ellas van con sus esposos les atienden más rápido, ya ni les dan charlas ni nada.

Los profesionales de salud de Acraquia, Pampas, Pazos, Tocas, Colcabamba, Ahuaycha, Daniel Hernández y Mullaca manifiestan que si han invitado a las parejas de los/las usuarios/as, incluso con el Programa JUNTOS, el cual tiene mucha influencia en las mujeres, pero aun así los varones no asisten a las convocatorias que se les hace.

“Se invita a la pareja para que venga pero no viene”.

“En ahuyacha, como parte del Programa Juntos lo citaron, pero no vinieron. Se les dice a los/las usuarios/as que vengan con sus esposos, pero ellas dicen que por trabajo sus esposos no pueden”.

A modo de conclusión se tiene que los varones no acuden al servicio de P.F. por factores de tiempo y vergüenza. También porque consideran que el tema es sólo para mujeres, se justifican en que no tienen tiempo y trabajan todo el día y sólo tienen disponible desde las cinco de la tarde para adelante y que en esa hora ya la posta no atienden.

En general los varones están todo el día trabajando, en sus chacras, u otros lugares; lo pudimos comprobar al momento de recojo de información a este

grupo (varones), por que debimos hacerle la entrevista muy temprano por la mañana o pasada la 6 de la tarde. Para el caso de los grupos focales se coordinó para que fuera un sábado por la tarde o domingo en la tarde que algunos salen a jugar fútbolito.

En el afán de encontrar la respuesta a su inasistencia al servicio de PF se les consultó si preferían una persona de su mismo sexo para que los atienda. Un considerable número de participantes en los grupos focales y entrevistas refiere que eso no es muy importante, es decir que les da igual si es hombre y mujer quien les atienda en la posta, consideran que cualquiera de los dos están capacitados para responder sus preguntas.

Muy pocos señalaron que prefieren que sean mujeres las que atiendan en la posta porque les da desconfianza que un varón este revisando y conversando sobre esos temas con su pareja.

“Para mí sería una desconfianza, para damas deben ser doctoras Sentimos celos, A veces uno se hace el fuerte y dice que va a pasar..., están los doctores y les hacen esperar afuera y pueden pasar muchas cosas” (Colcabamba).

Otro grupo pequeño dice que prefieren que sean varones los que atiendan porque les da mayor confianza.

“Un varón, para más confianza”.

Se entiende que el tema de la disconformidad con el sexo de la persona(s) que atiende(n) en el servicio de salud, no afecta la decisión de los varones de acudir o no al servicio de planificación familiar.

Paralelamente se les consulto a los varones su percepción sobre calidad de la atención del personal del servicio de planificación familiar.

La percepción de los varones sobre la atención a sus parejas y en general a la población es poco positiva, mencionan que se maltratan a las personas que vienen de las zonas más alejadas, les gritan. Esto lo detallaron específicamente en la comunidad de Colcabamba. El tema del idioma también se percibe como una falta del personal salud porque no entienden a los/las usuarios/as y les gritan o no les responden a sus inquietudes por falta de conocimiento del idioma.

“esa señora a la gente humilde que bajan del campo le gritan no le atiende bien están resentidas no quieren volver”.

“que sean quechua hablantes, queremos que vengan enfermeras, doctores que sepan español y quechua, poner más atención a nuestros gentes”.

“Sí, más que nada con la gente humilde que viene (...) A veces vienen todos descuidaditos y cuando los ven así bueno (...)”.

Se debe tener presente que la percepción que ellos tienen sobre el trato que recibe la población es a nivel general de toda la posta y no sólo del servicio de planificación familiar. Este tipo de percepción tan poco alentador sugiere que es un motivo para que los varones no asistan o visiten el servicio de planificación familiar, pues no se sienten satisfechos con la forma atención que se brinda a la población.

“Los horarios están bien, sino que sea la atención buena” (Colcabamba).

4.9.8.2. Intereses de los varones para asistir al Servicio de P.F

Dado que un objetivo del estudio es conocer, cómo y por qué asistirían al servicio de planificación familiar, se consultó sobre sus preferencias en cuanto a los horarios y los días de atención en la posta y servicio de P.F. Cómo les gustaría que se les informen sobre planificación familiar.

A la primera pregunta manifiestan que ellos trabajan hasta altas horas de la noche (entre las cinco y las ocho) dependiendo del trabajo y la época, pues hay

meses en que tienen más trabajo y hay meses en los que tienen poco. Pero proponen que puede ser la atención a partir de las cinco de la tarde de lunes a viernes.

También proponen los sábados y domingos en la tarde después de las cuatro de la tarde, que ya están más libres. Salvo algunos varones de Acraquia y Ahuaycha dicen que sábados por que los domingos se van a la feria de Pampas. Dicen también que ellos se pueden acomodar a los horarios:

“Yo al venir vendría los sábados...Puede ser en la tardecita partir de las seis”.

Los días que ellos proponen son los fines de semana por que su trabajo en la chacra es diario y muy fuerte, además de estar expuestos a los cambios climáticos (lluvia, calor, frío), por lo tanto cuando regresan de trabajar les queda la tarde/noche para descansar, ver TV. Ya no tiene disposición para salir nuevamente y prefieren quedarse en casa, salvo que los presionen o los obliguen a asistir (escuela de padres, reuniones de colegio, otros) ellos asisten pero si no hay ninguna presión ellos no asisten y sólo envían a sus esposas.

“se van al campo y llegan a veces tarde, a veces cansados, a veces ya no quieren asistir, tú sabes el trabajo en el campo es un poco pesado, no es igual que otro trabajo, no es lo mismo”.

Como propuesta algunos hombres de Ahuaycha, sugieren que se realice una primera visita de casa en casa, pues existe vergüenza en los varones, así también sugiere que los horarios sean muy temprano o por la noche por que ellos trabajan durante el día. De acuerdo a la intervención siguiente tenemos que los varones son tímidos y reconocer prejuicios a participar en temas de planificación familiar.

“yo he podido percibir que hay cierta vergüenza de que el varón vaya a una planificación familiar... o se van tempranito o se van en la nocecita si es que es día particular o si no un domingo en las tardes, a visitar todas las

casas, ahí pueden conversar entonces ya no hay muchas vergüenza, hay un prejuicio tonto que a veces los varones todavía no aceptamos”.

Esta sugerencia se considera muy realista, pues nos habla desde su propia experiencia y recalca que algunos hombres tienen aún prejuicios o temores frente al tema de planificación familiar.

De acuerdo a la Norma Técnica sobre Planificación Familiar (2005), se recomienda que los horarios de atención en los centros de salud y posta deban adecuar sus horarios de atención a las necesidades de la población aunque estos no sean necesariamente los horarios regulares.

El tema de la adecuación de los horarios a las necesidades y preferencias de los varones es algo que se debe de coordinar y efectuar en mutuo acuerdo con el personal que trabaja en la posta y los centros de salud. Esto también requerirá de un estudio de las demás zonas que tiene Tayacaja, pues en algunos casos los Centros Poblados están a 1 o 2 horas de camino para llegar a la posta y luego para regresar a casa sería dificultoso para las personas.

Estas decisiones deben tomarse entonces analizando las diferentes características de la población y también la posibilidad de que el personal de salud pueda realizar este tipo de labor.

La segunda respuesta, sobre cómo les gustaría ser informados nos brinda algunas ideas sobre las estrategias a usar para poder llegar a los hombres y mujeres de la comunidad.

Lo primero que mencionan es la importancia de la comunicación en quechua, pues la mayoría de mujeres tiene como idioma materno el quechua. Esta información es cierta pues verificamos cuanto más alejadas son las zonas, la población es predominantemente quechua hablante. Si bien las más jóvenes hablan en español, tienen el quechua como un idioma más familiar y con gente del entorno.

Como se analizó anteriormente el personal de salud en su mayoría no habla el idioma quechua, son pocos los que entienden y sólo cuatro profesionales de salud hablan y entienden en quechua. Aquí la NTPF (2005) también es clara cuando menciona que: los establecimientos de salud deben buscar estrategias para atender las necesidades de su población de varones migrantes e indígenas, previos estudios antropológicos o de conocimiento, actitudes y prácticas de la población.

Lo ideal sería contar con profesionales de salud que tengan dominio del idioma quechua, y mejor aunque sean de la zona y conozca las características y necesidades de la población. El fortalecimiento de los programas de capacitación que favorezcan la formación de los profesionales de salud con enfoque intercultural, pensando en la gente de las zonas más profundas del país.

Seguidamente mencionan que sería mejor si el personal de salud realiza visitas domiciliarias a los/las usuarios/as y sus parejas para que conversen con la pareja sobre planificación familiar, en la mayoría de respuestas refieren que es mejor cuando reciben las charlas en pareja, que es mejor para que ambos puedan preguntar.

“Bueno, para que haya mayor confianza, debe ser en el lugar, porque a veces tenemos o nos dificulta ir allá. Existe la vergüenza. Preferiría que sea en una casa” (Colcabamba).

Como se mencionó en el párrafo anterior la NTPF, es muy amplia cuando habla de la búsqueda de estrategias para atender las necesidades de la población. Las estrategias en IEC, mencionan que se debe utilizar diferentes técnicas respetando la interculturalidad, las diferencias de credo, etc. Pero se tiene que al profesional de salud no se le capacita en estas estrategias de IEC, tampoco existe estudio o investigación que analice y defina las necesidades de información, la problemática sociales y reales de la población; y que sirva de

guía para que los profesionales de salud puedan diseñar y ejecutar nuevas y varias estrategias de educación, información y comunicación.

La mayoría de los centros de salud atienden de 7 de la mañana a 7 de la noche, para que la población pueda acudir luego de sus largas jornadas laborales. Esta modificación en los horarios contribuye con el acceso a los sistemas de salud, pero sería necesario conocer otras propuestas.

Tal como se planteara desde un inicio del estudio, era importante conocer si la posta o centro de salud trabajan en coordinación con organizaciones sociales de base, municipalidades, ongs, y otros. Las personas, en su mayoría los varones comparten esta idea, a través de sus respuestas sugieren que desde la posta se trabaje en convenio con alguna institución que puedan apoyar en la difusión de la información, sobre todo en las zonas más alejadas de las ciudades.

4.10. EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

Para desarrollar esta variable se preguntó a los/las usuarios/as del servicio de PF y a los no usuarios del servicio sobre el nivel de efectividad de las intervenciones comunicacionales. El grado de efectividad que se logre dependió de las estrategias de comunicación utilizadas por el profesional de salud, así como de los materiales empleados en la difusión y la frecuencia con las que fueron desarrolladas estas acciones.

La efectividad permite a la/el usuaria/o adopte un método de acuerdo a su necesidad y continúe su uso.

4.10.1. Recordación de actividades de promoción en planificación familiar

- **Actividad recordada por las mujeres:**

El 49.2% de las encuestadas, afirma como la actividad más recordada las charlas informativas, el 28.2% de las mujeres señalan las consejerías y el 14.3% no recuerda la actividad y tan sólo 1.6% de las participantes señalan que fue con las cuñas radiales que se les informó.

La charla es la actividad más recordada en Tocas con el 100%, en Acraquia con 72.4% y en Ahuaycha con 52.6%. Todas las zonas recuerdan las consejerías con buen promedio de porcentaje, el más bajo es 32.3% en Pazos

En tanto, que las actividades de consejerías, las zonas que más lo recuerdan son Pazos y Mullaca, con el 64.5% y el 50%, respectivamente. En Tocas no recuerdan las actividades de consejerías pero recuerdan las charlas recibidas En Colcabamba recuerdan mayormente las actividades de consejería, así mismo mencionan las charlas y las cuñas.

Es así que los/las usuarios/as participantes del grupo focal del C.S de Pazos señalan que si han realizado diferentes actividades en el establecimiento de salud, las actividades han estado referidas a charlas y consejerías, en las que han hablado sobre los métodos anticonceptivos y lo importante que es cuidarse para no tener más hijos/as. Así mismo, han recibido diversas charlas en la escuela de padres desarrolladas en las escuelas.

En Colcabamba las mujeres que participaron del grupo focal manifestaron y recordaron que han recibido charlas, todas dicen que sólo han recibido las charlas. Una participante señala en quechua:

“Chanhuanquico manan”. No, no le han enseñado.

En Acraquia señalan los/las usuarios/as que han visto pancartas, e indican que anteriormente el personal de salud les visitaba casa por casa para hablarles sobre los MAC y ahora ya no lo están realizando, asimismo, refieren los/las usuarios/as que están recibiendo charlas y talleres en el Programa Juntos, cuando van a recoger sus alimentos. En general las mujeres que asisten al

servicio de P.F si recuerdan las actividades que se han desarrollado en la posta de salud. En Acraquia también señalan los/las usuarios/as que la primera vez recibieron las charlas de P.F fue en la escuela y fue realizado por el personal de salud de la posta.

En el C.S Daniel Hernández; las mujeres señalan indican que si han recibido charlas a cargo del personal de salud, en estas actividades les han referido lo importante de cuidarse a través del uso de un método anticonceptivo.

“Si, de juntos si no han hecho charla, de juntos”.

“Si nos han dado, en reuniones, acompañañale”.

En la P.S Ahuaycha los/las usuarios/as del servicio de P.F recuerdan que las mujeres:

“Han salido con pancartas y letreros, hablaban sobre métodos anticonceptivos, la T de cobre, píldora y otros”.

“Un pasacalle por toda Ahuaycha por todos lados con adolescentes del colegio 2 o 3 actividades”.

Tanto en Ahuaycha como en Acraquia los/las usuarios/as entrevistadas señalan que los establecimientos de salud si han realizado actividades para promocionar la P.F, para ello han desarrollado charlas, consejerías, pasacalles, han creado afiches y pancartas.

- **Actividad recordada por los varones no usuarios del servicio de PF:**

Los varones de Pampas señalaron recordar charlas realizadas en los colegios organizada por el profesor, la charla era brindada por el personal del centro de salud. Sólo uno señaló que también lo escuchó en la universidad y distribuían condones. La mayoría no han escuchado actividades que se haya realizado para promocionar la planificación familiar.

Los participantes de Tocas, en un primer momento, señalaron que no han sido invitados a la posta de salud ni al servicio de consejería, una charla o taller sobre PF. Sin embargo reconocieron este espacio como un centro de referencia en planificación familiar. Aunque también detallaron que por el Programa social (especialmente Juntos) a veces se sienten obligados de ir a la posta de salud:

“En la posta citan un día para que puedan ir a todos los que son de programa, más que nada ahora los programas, más obligan pe’. Ellos citan un día para que vaya por decir mediodía, sólo hay dos, ahí les atiende uno por uno.”

Algunos participantes coincidieron en asistir a la reunión de la Escuela de Padres donde les hablaban acerca de cómo cuidarse:

“También tenemos que tener de acuerdo los dos, ambos” (pareja).

En la posta de salud de Acraquia los varones no usuarios aludieron que recibieron folletos con información.

En Pazos los varones menciona que las mujeres no son tan sociables, por ello ambos grupos están separados pero si se han realizado actividades como charlas y talleres con la población en las asambleas comunales o en las reuniones con el programa Juntos, pero muchas veces ellos no pueden asistir porque refieren que los horarios no coinciden con sus tiempos. Y que debería desarrollar las charlas o talleres en fechas de acorde a sus tiempos y en forma más personal como las visitas domiciliarias.

En Ahuaycha algunos varones han escuchado de charlas en la posta de salud pero no han asistido.

4.10.2. Recordación del mensaje

- **Recordación del mensaje a nivel usuaria**

El 75.8% recuerda algún tipo de mensaje y el 24.3% de usuarias encuestadas no recuerda ningún mensaje. El mensaje más recordado es “Debemos cuidarnos para evitar el embarazo no deseado”. El 53% de usuarias refiere que este mensaje fue difundido en las charlas.

El segundo mensaje hace alusión a la indicación por algún tipo método anticonceptivo, “Cuídate con este método”, siendo el 12% del total de usuarias quienes recordaron este mensaje.

El 10.8% señaló recordar otros mensajes como:

- “No tener cáncer de cuello uterino”
- “No tener hijos/as para una buena alimentación”
- “No tener hijos/as seguidos mejora la salud”
- “Mujer sana con menos hijos/as”
- “Menos hijos/as economía suficiente”
- “Con menos hijos/as vida sana y alimentación suficiente”
- “Más afecto”
- “Menos hijos/as buena educación”
- “Planificar cuántos hijos/as tener”
- “Tener 2 hijos/as (3)”
- ”Previene enfermedades”
- “Recomendaba uso de ampolla”
- “Métodos anticonceptivos modernos más seguro ante el olvido”

Las zonas con más recordación de mensaje es Mullaca con 92%, Tocas con 89% y Pazos 87.1%. Las otras cinco zonas tienen un buen porcentaje siendo el mínimo 55.2% en Colcabamba.

En la posta de salud de Mullaca dieron a entender un mensaje procesado y le han dado su propia justificación por la propia experiencia vivida:

“Nos convenía a nosotros para no tener más hijos/as para planificar más, ya veíamos antes nuestras madres tenían más hijos/as seguidos... nosotras podemos ver (ahora) que sean bien atendidos y alimentarlos mejor.”

La mayoría de las participantes resalta la manera que les explicaron en cómo cuidarse a través de los métodos anticonceptivos modernos.

En el caso del C.S de Pazos los/las usuarios/as, tuvieron opinión dividida, algunas señalaron que no recuerdan y que les hubiese gustado ver ilustrados los mensajes, sin embargo otro grupo de participantes aluden a la consejería recibida y a la muestra de láminas con los métodos anticonceptivos y las partes de su cuerpo. Los mensajes que más recuerdan están referidos a no tener muchos hijos/as siendo como condicionante para una situación mejor de la familia. Sólo algunas participantes lo aluden también como una obligación:

“Nos han dicho deben cuidarse para no tener muchos hijos/as”.

“... sólo oímos hablar de cómo debemos cuidarnos para ya no tener más hijos/as, porque no tenemos plata para ver a todos”, “no vi nada solo hablan y hablan, no he visto nada hasta hoy”.

Por sus respuestas se deduce que la recordación del mensaje se les hace más difícil a los/las usuarios/as y lo poco que han podido oír en las charlas y consejerías se les olvida fácilmente.

En la posta de salud de Tocas, los/las usuarios/as del servicio de P.F sólo algunas mujeres recuerdan los mensajes y responden en quechua:

“Ya no va a tener hijos/as tomando píldora y ampolla, ya no van tener hijos/as, “ya se van a controlar a sus hijos/as”, dos hijitos no más debes tener, ya no más” (fue traducido).

En esta zona las mujeres mostraron timidez para hablar del tema cuando se les paso un folleto donde se explicaban los diferentes métodos anticonceptivos,

muchas de las mujeres se avergonzaban y reían de ver las ilustraciones y lo pasaban rápidamente y sólo lo veían de reojo y lo pasaban a la siguiente participante para que lo revise.

En el caso de la posta de salud de Acraquia, la mayoría estuvieron en silencio sólo dos participantes con voz baja indicaron que no recordaban y una de los/las usuarios/as respondió segura, “La obstetriz Jessica me dijo que te tienes que cuidar para no tener más hijos/as”.

En Ahuaycha de manera similar no recordaron, una participante precisa, aludiendo el mensaje a su derecho: “Tú decides cuántos hijos/as quieres tener”.

Según las encuestas, la zonas que menos recuerdan son Colcabamba 44.7%, Daniel Hernández con 30.8% y Pampas el 25% de usuarias señaló no recordar ningún mensaje.

Las participantes del grupo focal en Colcabamba cuando se les pregunto si recordaban un mensaje ellas no respondieron, sólo dijeron que si les habían dado pero que no re recordaban. Por sus otras respuestas se puede señalar que le es importante el servicio de planificación familiar coinciden en fundamentarlo para no tener más hijos/as pero también más de sus respuestas hacen referencia a las complicaciones por el uso de método modernos.

En el CS de Pampas no especifican recordar, sólo una participante con sonrisa algo nerviosa dijo no recordar. Más aludieron a la forma en que recibieron información, en tono de reclamo:

“Hay otros que te explican bien, hay otros apurados...” “Es una obstetriz bien renegona Yo, por ejemplo, pensaba cambiarme el método y me dijeron ‘ya pues si ya no piensas tener más hijos/as piensa de una vez si no vaya a tener varios hijos/as también.’”

En el establecimiento de salud Daniel Hernández tuvieron dificultad en recordar los mensajes específicos, dan entender un vacío ya que hacen comentarios en cómo les gustaría recibir información, demandan información completa y el respeto a su cultura:

“Que nos expliquen de cada método, como debemos usar, de cada método bonito, porque hay personas que hablan quechua, no entienden el español mucho.

En los grupos focales, pocas usuarias se acordaron de los mensajes que fueron emitidos en las charlas o consejerías de planificación familiar, pero quienes recordaron los mensajes ya eran mensajes procesados por los beneficios que les está permitiendo el hecho de usar métodos anticonceptivos modernos (MAC) como la inyección, y el cual cuenta con mayor tiempo de protección y siempre se encuentra en el centro de salud. El hecho de recordar los mensajes está muy relacionado también a la forma en que el personal de salud les ha explicado sobre el mismo.

- **Recordación del mensaje con varones no usuarios:**

En el caso de los varones no usuarios del servicio de PF de Acraquia un grupo de entrevistados señalan que si se desarrollaron charlas y se entregaron materiales impresos pero no recuerdan nada, no pudieron leer lo que contenían los folletos, por tanto, no se acuerdan los contenidos de los materiales de difusión.

“En el Centro de Salud de si han hecho, aunque no recuerdo los mensajes (...).Sí han hecho.”

“Sí, he visto folletos, No recuerdo mensajes, folletos, pero a veces no lo paran leyendo”.

Otro grupo de varones de la misma comunidad de Acraquia indican que si se han realizado varias charlas en las que hablaban del cómo deben de cuidarse

para no tener más hijos/as, lo importante que es planificar los hijos/as, mensajes que lo asociaron a su cuidado y bienestar personal.

“Charla sobre la planificación nos ha capacitado de cómo debemos cuidarnos para no tener más hijos/as y de parto para las señoras, las enfermedades traen tanto el varón como la mujer”.

En Ahuaycha casi todos los entrevistados manifestaron que si hubo charlas y avisos en la posta pero que ellos no van a las charlas “porque nos les interesa”, “porque no les han invitado” y no recuerdan ningún mensaje específico.

Los varones no usuarios de los establecimientos de salud de Mullaca y Pampas recuerdan que les hablaron de sus deberes y derechos en el cuidado de su salud sexual cuando estaban en el colegio y aún tenían los dieciséis años.

“No ponernos en riesgo la vida”.

“Debemos pensarlo antes de hacerlo. Debemos pensarlo”.

“A mí me trae a la mente una frase chistosa; más vale pájaro en mano que papá”.

Con respecto a los varones no usuarios de los establecimientos de salud de Tocas los varones no respondieron esta pregunta pues ellos no han ido mucho a la posta, si nivel de recordación de algún mensaje es nulo.

En Colcabamba indican que si han visto los folletos donde se describe el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, también recuerdan que los afiches tenían información sobre el embarazo. Pero no recuerdan ningún mensaje que hayan visto en los afiches.

Los participantes de la comunidad de Pazos mencionan que sus parejas les han contado que en el centro de salud les hablaron sobre cómo cuidarse para ya no tener más hijos/as:

“Es mejor cuidarse para mejorar nuestra vida, hay que planificar la familia y podemos mejorar nuestra vida”.

Cabe indicar que los mensajes que da el personal de salud están casi siempre referidos a los anticonceptivos modernos como uso seguro. Los mensajes que recuerdan también recalcan los beneficios personales, económicos y de la salud en la planificación familiar. Dado que los anticonceptivos te pueden “ayudar a mejorar su vida”.

4.10.3. Identificación con los mensajes y la planificación familiar

En este punto se quiere conocer como los/las usuarios/as/os se identifican con los mensajes brindados por el personal de salud ya sea de manera gráfica, textual o verbal. Para ello es importante abordar la forma o frecuencia de uso de los materiales, el nivel de interrelación y comunicación que se ha generado o establecido por el personal de salud con las mujeres que acuden al servicio de Planificación Familiar. En el caso de los varones no usuarios se ha indagado por la percepción que tiene de este servicio, considerando para ello su cultura y contexto geográfico.

Ante ello si entendemos la comunicación en toda su magnitud no solamente se puede tomar los materiales educativos de apoyo como referencia para responder esta variable, sino también examinar otras acciones, que nos permitan recoger la información necesaria.

- **A nivel usuaria**

En Pampas si bien reconocen la importancia de la planificación familiar y los beneficios que les permite en su vida, sin embargo, hay una relación que aún no está reforzada con el profesional de salud del servicio de PF:

“Sigue señorita, si no te explican bien, todo apurado no más. Recoges después le llaman a la siguiente persona”.

Con respecto a los materiales utilizados en el servicio de PF de Pampas, podemos ver que un 14.7% del total si se siente identificada con los gráficos, señalan que si esa dirigido para ellas y que son situaciones que pasan en la vida real. Aquí se debe analizar la manera de uso de estos materiales por el personal de salud, pues dependerá de cómo y la frecuencia de uso del material para que se pueda llegar a tener una mayor efectividad en la comunicación

En Tocas tenemos una baja aceptación e identificación con el material solo un 4.8% del total de encuestadas se siente reflejada. No existe una identificación con el servicio de PF. Manifiestan tener desconfianza con el personal de salud y duda por los efectos secundarios de los MAC. Las mujeres que participaron del grupo focal manifestaron sentirse identificadas con los gráficos, que si representan situaciones reales. Pero Cuando se les mostró un tríptico se avergonzaron, rieron y no apreciaron bien la información. Por lo que creemos que las relaciones de comunicación y uso del material por parte del personal son aún insuficientes y no está cumpliendo efectivamente en la comunicación sobre PF.

En Ahuaycha de las 19 mujeres encuestadas, el 63.2% de mujeres manifestaron que los materiales si se parecen a situaciones y que están dirigida a mujeres de la zona. También refieren estar conformes con el servicio y con las acciones que realizan y la información que reciben.

En Colcabamba tenemos a nivel cuantitativo que el 65.8% de las colcabambinas se siente identificada con los gráficos mostrados en los afiches. Aunque aludieron bastante a las relaciones con el personal del servicio de PF es regular. Se tiene mayor rechazo al personal de atención a los niños, pediatría. La frecuencia de uso del material de acuerdo a los profesionales de PF, es de acuerdo a los talleres y charlas que se imparten. Sobre el material, el rotafolio, una usuaria precisó que las imágenes se asemejaban a la zona, es decir, si se parecían a ellos.

En Daniel Hernández las mujeres a esta pregunta se quedaron calladas y a pesar de volver a preguntarles de otra forma no respondieron sobre sus gustos y preferencias en cuanto a las imágenes, se les mostró un tríptico para revisar y muchas de ellas lo pasaron muy rápido entre ellas casi sin observarlo.

En Acraquia y Pazos la mayoría de participantes han manifestado sentirse en confianza en la consejería, ha generado una relación de aceptación. En Mullaca de manera similar que en Acraquia, aunque también señalaron mantener dudas, por los efectos secundarios principalmente de la inyección, sienten que el personal de salud no les entiende. En Mullaca también hay una posición encontrada sobre las imágenes mostradas en los materiales de apoyo, mientras unas usuarias señalan que se parecen a las personas de la comunidad otras, opinan que son de otra zona, su ropa es distinta.

Respecto a los materiales de apoyo mostrados también hay una posición dividida mientras que unas piensan que es acorde a la realidad otras no. Justamente respecto a la familiaridad de los mensajes o materiales a las características de la zona, los/las usuarios/as encuestadas el 53.57% señalaron que los elementos de los mensajes sí se parecen a su comunidad, es decir, los personajes que están ilustrados en los folletos o rotafolio se parecen a las personas de su zona, pero un 23.81% de encuestadas manifiesta lo contrario, no se siente reflejada o tomado en cuenta su vestimenta, rostros y otras características propias de la zona.

Asimismo, el 17.86% de los/las usuarios/as encuestadas no responde y, el 4.76 no recuerda. Es interesante anotar que en casi todos los establecimientos de salud, más del 50% manifiesta que sí se parecen; situación que no se encuentra en Pazos y Mullaca, donde los/las usuarios/as consideran lo contrario; con un 77.42% y 46.15% de su población encuestada, respectivamente.

Teniendo en cuenta los datos cuantitativos como el nivel de satisfacción con la información que han recibido y por las actividades que han recordado el 66.3%

de las encuestadas refiere como “buena” la información obtenida, en tanto, que el 15.1% de las mujeres lo califica como “muy bien” con respecto a la información. Así como se observa, en los grupos focales, que hay mujeres que se han identificado no solo con los mensajes sino con el servicio de planificación Familiar. En los otros lugares, según los grupos focales, es una relación un tanto delicada ya que a través de las consejerías sienten que no han recibido orientación principalmente sobre sus dudas.

- **A nivel varones**

En el caso de los varones generalmente no han asistido al servicio de Planificación Familiar no se puede establecer algún tipo de identificación. Sin embargo, hay nociones sobre la importancia de la planificación familiar. Generalmente a información ha sido recibida por primera vez en los colegios o en la escuela para padres. La mayoría de ellos señalan que no han sido invitados al establecimientos de salud para informarse mejor del tema. Aunque quienes han señalado ir alguna vez al establecimiento de salud acompañando a su pareja o bien solos tampoco han vuelto y quienes han sido invitados no han participado.

En Acraquia si bien tienen noción en el tema de planificación familiar y sobre su importancia no existe interés por solicitar más información en el centro de salud incluso por quienes ya han asistido una vez el servicio pese a las dudas que mantienen. A las imágenes presentadas no le han prestado mucho interés, pero lo suficiente para percatarse que sean de la zona. En el C.S de Acraquia los varones no usuarios señalaron que cuando vieron los folletos y afiches pegados si se sentían identificados porque los dibujos estaban reflejados por personajes que los representaban; “claro de la zona. Había unas tías con su sombrerito”.

En Ahuaycha no han sido invitados a las diferentes actividades que realizan en la posta de salud de planificación familiar, pero de acuerdo a sus respuestas

en las entrevistas manifiestan interés por necesidad y basándose en la experiencia propia y de otros varones de la comunidad cuando han tenido limitaciones por que han tenido un mayor número de hijos/as/as.

En Pazos y Daniel Hernández han sido invitados a charlas en el centro de salud y en la escuela para padres de familia, pero no han participado. La escasa información que manejan es del colegio, cuando aún eran estudiantes del nivel secundario. Apenas recuerdan algunos dibujos pero no recuerdan se parecían a personajes de su contexto.

En Colcabamba y Tocas han participado en algún tipo de actividades como charlas de padres de familia en colegio y algunos por el centro de salud y han acompañado a sus parejas al servicio de planificación familiar en alguna oportunidad. En Colcabamba los varones sugieren que para que haya mayor identificación se debería usar otros materiales como videos y también señalaron que los materiales gráficos mostrados:

“No se parecían eran diferentes”, es decir, no se encontraban identificados y reflejados con estos materiales”.

En Mullaca cuando hacen referencia a las charlas como complemento se les han mostrado láminas, llamándoles la atención los temas y los mensajes que se dieron.

En Pampas que es la zona de participantes más jóvenes sólo se han informado por sus clases en el colegio. No han escuchado de actividades del centro de salud. Comentaron que los dibujos mostrados en sus charlas sobre planificación familiar no eran adecuados a la zona, no tenían semejanza con la población que vive en la zona, eran más de la costa.

Generalmente no hay ninguna identificación con el Programa de Planificación Familiar por parte de los varones que no asisten al servicio. La información que

tienen lo recibieron por primera vez en los colegios y hasta la fecha la gran mayoría no han accedido a otra.

4.10.4. Agrado y desagrado del mensaje/acción comunicacional

- **A nivel usuaria:**

La muestra indica que el 51.59% de las participantes les gustó y agrado los dibujos e ilustraciones que contenían los diversos materiales informativos como el folleto y rotafolio, el 23.41% hace referencia al agrado a los mensajes, y el 12.30% de los/las usuarios/as prefiere no responder a esta pregunta, porque en muchos casos no recuerda el mensaje o el material al cual se hace referencia, en otro caso el 3.97% señala que le gustó los colores y 1.59% no le gustó el material comunicativo.

En Pazos, sólo algunas participantes hacen referencia a los beneficios de la planificación familiar y materiales de apoyo mostrados en la consejería y la charla. Sobre lo que **no les agrado** algunas usuarias señalaron que las láminas mostraban personajes ajenos a su realidad, es decir hacían referencia a los dibujos del material informativo.

En Mullaca refieren los/las usuarios/as que si les agradó el mensaje, la explicación que les dieron sobre los diferentes métodos. Señalan también a la charla como la forma que les agrado recibir información apoyados con materiales gráficos.

En el centro de salud de Pampas cuando se les pregunto qué le gustó sólo **una** participante preciso que le agradaron las láminas que le mostraron en la consejería, especialmente, cuando mostraba a la pareja varón.

En Ahuaycha también una participante específica que le agrado los dibujos de los materiales de apoyo.

Pero por respuestas a otras preguntas, en el cual explican con facilidad sus recuerdos, se deduce su agrado con actividades que tienen que ver con movilización comunitaria, como es el pasacalle con participación del personal de salud, agentes comunitarios y colegios, mostrando pancartas y dibujos. De manera similar sucede en Acraquia que les agradó los mensajes con pancartas.

En Colcabamba, las participantes mencionan a la consejería pero no necesariamente que les agrade, más bien cuando se les interroga cómo les gustaría recibir información, sus respuestas se centran en la mejora del trato y el respeto de su costumbre, hablar en quechua. Lo cual también expresa una limitación para que comprenda la información que se les brinda en el servicio. Sólo una participante expresó que le agradaron los dibujos de las láminas que le mostraron en la consejería. Las demás señalaron que solo les hablaron.

En Ahuaycha y Colcabamba los/las usuarios/as indican que les agrado los folletos, rotafolio, donde destacan que:

“Bien si se entendía, los dibujos, los dibujitos”.

“Si, les gusta los dibujitos, cuando ha ido le han explicado bien, si, con dibujos, si estaban bien”.

En las encuestas, los/las usuarios/as de Colcabamba también hacen referencia que les gusto los dibujos con un 19.2% y los colores de estos con el 50.0%, pero en menor grado Pampas que señala solo un 20% en lo que se refiere a los colores de las ilustraciones presentadas y si un 23.8% a los diseños de los dibujos.

Se puede señalar que en general a los/las usuarios/as les agradan las consejerías cuando son explicadas con materiales de apoyo como: rotafolios,

afiches o folletos. Asimismo, les agradan las actividades comunitarias como: pasacalles con exhibición de mensajes alusivos al tema con la participación de personas de la comunidad. Pero también manifiestan como **no agrado** la atención que recibieron en el servicio de PF por parte de los profesionales de la salud con respecto a que no se toman el tiempo necesario de explicarles especialmente sobre los efectos del uso de los métodos anticonceptivos que vienen empleando. Dejándoles insatisfacción por tanto, con el servicio que brindan en los establecimientos de salud, pero en especial en el servicio de PF.

Otro punto al respecto es el trato que brindan en el servicio, ya que en muchas ocasiones están apuradas y sólo les aplican la inyección o entregan el método que viene utilizando, y no se toman el tiempo necesario para conversar con ellas y preguntarles cómo se sienten o si tienen malestares.

Según los datos obtenidos el 32.9% de los/las usuarios/as no especifica lo que no le gustó, el 16.7% señalan que no le gustó los colores, y un 14.3% de las encuestadas refieren que no le gustó el mensaje que llevaba la difusión de los MAC.

- **A nivel no usuario:**

En el caso de los varones no usuarios como refieren apenas haber asistido a las actividades del servicio de PF se les pidió opiniones y sugerencias sobre cómo quisieran ser informados.

Los jóvenes no usuarios del servicio de P.F de Pampas señalan que desean ver más imágenes y videos sobre P.F, que deben ser más entretenidos y dinámicos, resaltan que deberían de ser más ilustrativos y agradables visualmente con la información. Los varones de Colcabamba también solicitan dibujos para una mejor comprensión de la información:

“De repente un poquito más, con dibujos pueden entender mejor”.

Resaltan que los materiales les agradaron pero que estos deberían de ser más agradables visualmente con las ilustraciones.

Los varones de Ahuaycha manifiestan que les gustaría recibir información en visitas domiciliarias porque es más confidencial, y que luego ya serían las sesiones o charlas en grupo para entrar en confianza. Así mismo, manifiestan que las charlas se deben hacer en quechua, sobre todo para zonas más alejadas que no entienden el español.

Los varones de Daniel Hernández no respondieron esta pregunta puesto que ellos no han asistido a las charlas y demostraron poco interés en dar comentarios sobre cómo les gustaría ser informados.

Los varones de Tocas no han respondido a esta pregunta pues ellos no han tenido el detenimiento de apreciar los afiches, también comentaron que cuando van a la posta no entran al servicio. Y no han visto materiales o afiches. Ellos han recibido charlas en la escuela de padres.

En Acraquia los entrevistados que tuvieron acceso a algún tipo de material informativo, responden haciendo bromas sobre los dibujos, ellos refieren que los dibujos son agradables, no son grotesco, te explican sobre los métodos. Bromearon con el uso de imágenes de mujeres más “bonitas”.

En el caso de la comunidad de Pazos no han participado de las charlas o consejerías, lo que saben es porque han podido oír y leer en la escuela cuando fueron informados por primera vez, y el resto de información lo saben por su pareja, quien si asiste al servicio, pero señalan también que no les gusta los horarios que brinda el centro de salud:

“los horarios no están de acuerdo a sus tiempos “... deberían pensar también en nuestros tiempos porque ellos ya cierran cuando recién llegamos de las chacras y no piensan en nosotros los hombres, debe haber un día para nosotros también...:”.

Los varones no usuarios de Mullaca indican que no han podido ver los materiales que tiene la posta de salud porque no asisten a las actividades que se desarrollan porque no tienen mucho tiempo, lo poco que saben es por la información que le brinda su esposa.

Los varones de Ahuaycha indican les gustaría que las charlas se dieran en los horarios que ellos pueden acceder, pues trabajan gran parte del día:

“Bueno, por ejemplo aquí estamos en el campo, en el día nos dedicamos a la agricultura, entonces podría ser hasta más tarde, ¿no?, a las siete, ocho de la noche, porque a veces en la tarde ya no se consiguen los implementos aquí en el distrito, se nos dificulta para nosotros, podría ser más tarde, sí. Mayormente en los días particulares, acá hay campesinos entonces aquí van al campo, mayormente se puede citar más o menos los días domingos, uno descansa...” (Ahuaycha).

4.10.5. Efectividad de las campañas en planificación familiar

La información que se presenta fue cedida por la oficina de la DIRESA²⁰, y se basa en el informe operacional anual en SRR, de los años 2009 y del primer semestre del año 2010 (enero a mayo), no se ha podido trabajar con los datos mensuales solo anuales.

Los datos obtenidos son de los totales por sexo, edad y centro de salud; se trabajó con siete establecimientos, se careció de la información de la posta de salud de Tocas. Se ha tomado para el análisis las actividades de orientación y consejería que se desarrollaron con mujeres y varones menores de 19 y mayores de 20 años. Esta segmentación está normalizada para todos los centros, por lo que no se pudo obtener una segmentación similar a la investigación.

²⁰ Dirección de Estadísticas e Informática Pampas-Tayacaja-Huancavelica.

En el año 2009 participaron 1350 varones y mujeres en consejería en SRR y AQV (1313 en SRR y 37 en AQV). De enero a mayo del 2010; 398 participantes. El CS de Pampas obtuvo el mayor número de asistentes en orientación y consejería con 651 participantes, y 34 varones y mujeres en AQV. En los primeros cinco meses del 2010 también se obtuvo la mayor cantidad (520), seguido del CS de Pazos con 103 asistentes.

La mayor asistencia en el 2009 según sexo, fue el femenino con 1318 participantes, en comparación con los varones con tan solo 32 asistentes. En los primeros cinco meses del 2010 se obtuvo la participación de 377 mujeres y 21 varones, siendo por tanto, la participación de la mujer una de las más activas en preocuparse por planificar su familia.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1. Desde los enfoques de los derechos sexuales y reproductivos, género e interculturalidad en la línea de acción de información

1. El personal de salud ha centrado su trabajo de orientación y consejería en el derecho a la elección del uso voluntario a un método anticonceptivo moderno en las mujeres, brindando información sobre algunos métodos anticonceptivos modernos, centrándose en los que tienen mayor uso; pero con poca explicación sobre las características y efectos secundarios del uso del método elegido por la usuaria, afectando la promoción de una sexualidad plena y responsable de las mujeres y varones, así como limitando el acceso a un servicio de calidad eficiente, con respuestas limitadas a las necesidades e inquietudes de las mujeres y varones, especialmente en algunas zonas.
2. El enfoque de interculturalidad ha sido incorporado desde la propia experiencia de trabajo del personal de salud, empleando tácticas para contrarrestar la barrera del machismo, apoyando en el uso de métodos anticonceptivos a usuarias con problemas de parejas.
3. El personal de salud tiene poco manejo del idioma quechua, limitando así la relación cordial y de confianza que tiene que existir entre el proveedor de salud y los/las usuarios/as que consideran el quechua como un idioma más familiar; propio de su cultura y vida diaria. No se toma en cuenta la dimensión personal de la usuaria, sus temores, dudas e inquietudes en el momento de la consejería o charla. Si bien refieren que las mujeres más jóvenes de las zonas ya hablan español, se debe tener en cuenta el uso del quechua para conversaciones de mayor confianza, que permita el acercamiento con el personal del centro de salud.

4. Es muy limitado el trabajo con los/las promotores de Salud o los Agentes Comunitarios de Salud en el servicio de planificación familiar, en algunas zonas no se trabaja con ellos desde hace más de dos años lo que dificulta las relaciones y comunicaciones de confianza, porque los agentes están estrechamente relacionados con los pobladores, muchas veces ellos son líderes o se van constituyendo en los referentes para que la población haga llegar sus dudas y consultas al profesional de salud. Por este motivo se agrava la situación por lograr una comunicación horizontal. Se espera que sea la población de usuarias las que se adapten a las prácticas y actitudes del personal de salud.
5. Existe una mayor disponibilidad del personal de salud para trabajar con las mujeres, quienes tienen más disposición de conocer el tema de planificación familiar.
6. Las intervenciones en comunicación e información desarrolladas por el personal de salud se han planteado por igual a varones y mujeres ignorando sus preferencias y necesidades particulares. Los varones jóvenes con pareja permanecen sin recibir actividades promocionales y de atención en su reproducción y sexualidad. No existen estrategias de atención propiamente a varones, aunque hay intentos de llegar a través de sus parejas las que han sido insuficiente.
7. La alta rotación del personal de salud del servicio de planificación familiar afecta las relaciones de confianza con los/las usuarios/as, lo cual repercute tanto en su asistencia al servicio como en la comunicación fluida.
8. De acuerdo al estudio realizado tenemos que es el varón quien tiene mayor influencia en la decisión sobre el método que utilizará la pareja, a pesar que los hombres no se informan en el centro de salud, por tanto, no cuentan con conocimientos e información adecuada sobre los diferentes métodos y sobre sus ventajas y desventajas. Lo que conlleva a un círculo de pobreza informacional y de manejo de poca información, sobre todo con un sesgo, prejuicios y confusiones sobre el uso de los MAC, sobre todo en estas zonas alto andinas donde impera el machismo y los factores socioculturales.

9. Existe poco interés de los varones hacia el tema de planificación familiar, pues están conformes con su situación pese a las dudas y confusiones que mantienen. Consideramos que la actitud machista con la que crecieron en su seno familiar incide en esta práctica, pues el varón supone que lo sabe todo y que es un tema solo de interés de las mujeres.
10. Los agentes comunitarios y el personal de salud reciben escasa capacitación continua en promoción de la salud y en los derechos sexuales y reproductivos que les permita desarrollar su labor de información con los/las usuarios/as del servicio de Planificación Familiar y la comunidad.

5.2. Sobre una información completa y oportuna

11. La mayoría de mujeres no acceden a información de manera oportuna, conocen sobre planificación familiar cuando al menos ya han tenido un hijo/a. Así mismo, han recibido esta información en la posta de salud y por los profesionales de salud. El personal de salud es el principal referente de información reconocida por las mujeres.
12. Los varones recibieron algún tipo de información siendo adolescentes en su mayoría en la escuela en el nivel secundario, pero esta información no ha sido reforzada por los profesionales de salud. Los varones desconocen el establecimiento de salud como lugar de referencia en información sobre salud sexual y reproductiva. Prefieren intercambiar opiniones sobre el tema con sus pares o amigos de su entorno social.
13. Las mujeres mayoritariamente se han informado en los establecimientos de salud. En menor medida han recibido información de fuentes cercanas como la familia y amistades por tratarse de un tema que aún sigue siendo difícil conversarlo con facilidad entre las mujeres.
14. La no disponibilidad de los métodos anticonceptivos modernos en el establecimiento de salud es el principal factor para que interrumpan el uso continuo del MAC en los/las usuarios/as y en algunos casos cambien de método o simplemente dejen temporalmente de usarlo.

15. Es considerable el número de usuarias que conocen al menos un método anticonceptivo moderno. Pero casi un tercio de los/las usuarios/as manifestó tener complicaciones con su uso, existiendo el riesgo de abandonarlo.
16. Cerca de la mitad de la población encuestada describe correctamente la manera de cómo usar tanto la ampolla o inyectable y la píldora, pero tiene mayor desconocimiento sobre el uso adecuado del condón y de la píldora.

5.3. Sobre la satisfacción de información y la efectividad de la línea de acción e información

17. Las mujeres y los varones reconocen la importancia del tema de planificación familiar en sus vidas y valoran la información recibida. Especialmente las mujeres muestran la actitud de recomendar a sus pares el uso de algún método anticonceptivo.
18. El tema de la comunicación interpersonal de los/las usuarios/as con el personal de salud tiene limitaciones por la poca confianza que existe. Ya que por un lado el personal de salud asume una postura paternalista y vertical en las comunicaciones, mientras que los/las usuarios/as se atemorizadas y con poca confianza para poder dialogar con el personal de salud de manera horizontal. Existe el temor por volver a preguntar, ya que en algunos casos cuando decidieron realizar su consulta no fueron resueltas o no les atendió de una manera satisfactoria.
19. Los varones no usuarios han visto y escuchado algún mensaje alguna vez, pero no recuerdan el mensaje en particular, tienen una idea de lo que implican las charlas y campañas de planificación familiar.
20. Las mujeres sienten insatisfacción en el servicio de planificación familiar, debido al trato que han recibido en el servicio, el idioma que no es manejado por el personal de salud y las limitaciones de los horarios con los que cuenta el servicio de PF.

21. Existe un buen nivel de recordación de los mensajes de los/las usuarios/as a nivel cuantitativo lo que guarda relación a los beneficios que vienen encontrando y por la satisfacción que han accedido en el servicio de planificación familiar. Pero en los grupos focales, el nivel de recordación es mínimo.
22. La recordación y el agrado o desagrado de los mensajes va en relación al cómo le dieron a conocer la información, aludiendo a ilustraciones en los materiales educativos de apoyo que les mostraron o pancartas que visualizaron en los pasacalles que se realizaron en su comunidad.
23. Se realizan actividades comunicacionales que son talleres y consejerías dentro del centro o posta de salud. Las acciones comunitarias son poco frecuentes más se espera que las mujeres acudan al Servicio de Planificación Familiar que el hecho de acudir y visitar cada comunidad. Diversos factores determinan esta situación: tienen que ver con el limitado personal de salud que existe en el servicio de planificación familiar, los recursos económicos para movilizarse y organizar actividades con la población y el sobre carga de actividades. Para el caso de las instituciones educativas dentro de la zona de trabajo si viene realizando charlas informativas de prevención con los estudiantes y ocasionalmente con los padres de familia.
24. No existe un nivel de medición o monitoreo que permita comprobar la efectividad de las acciones en comunicación que desarrolla el personal de salud, así como instrumentos que permitan recoger esta información vital para acreditar que los mensajes que se vienen dando son los indicados o los que están de acorde a la realidad de la población.

CAPÍTULO VI : RECOMENDACIONES GENERALES

En este capítulo enumeramos las recomendaciones de las tesis para poder superar las dificultades más saltantes halladas durante la investigación.

1. Es necesario que se incorpore a nivel operativo el acceso de las personas a los servicios de calidad en salud sexual y reproductiva donde se brinde información completa, incluyendo las características, ventajas y desventajas de todos los métodos anticonceptivos. Es un derecho de los/las usuarios/as a contar con una calidad óptima en los servicios de salud. De esta manera se garantiza la permanencia del uso del método anticonceptivo y las preferencias reproductivas de las mujeres y varones.

2. Es imprescindible que se reinicie el trabajo con los/las promotores o agentes comunitarios de salud de manera coordinada con las organizaciones locales, para ello se deberá identificar e incorporar a los/as líderes de las comunidades, de ser posible en cada zona, lo que permitirá cubrir todas las comunidades en la jurisdicción del establecimiento de salud. Esta medida facilitaría la acogida debida de la población en el servicio así como mejoraría las coordinaciones entre el personal de salud y los/las usuarios/as del servicio y los no usuarios. También permitiría afrontar la limitación en el número de personal de salud y la captación de nuevas usuarias.

3. Es necesario realizar un estudio o diagnóstico acerca de las necesidades, prioridades y las preferencias de información que requieren las mujeres y varones de la provincia de Tayacaja para que el personal de salud pueda establecer las mejores prácticas comunicacionales y un mejor acercamiento con las/os usuarias/os en el servicio de PF.

4. Todo profesional de salud que sea asignado a zonas quechua hablantes debe mínimamente hablar y entender el idioma quechua, el cual le permitirá generar mayores niveles de confianza con la población. Para ello la Dirección

Regional de Salud debe capacitar al personal de salud en quechua básico, sobre a los que trabajan en zonas rurales. En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, ya se han establecido cinco pasos para la consejería, como consta en la norma técnica de planificación familiar (Minsa 2005) “Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva”, los cuales deben ser tomados en cuenta para estas capacitaciones.

5. Los establecimientos de salud se deben constituir en una fuente principal y en un referente de información en temas de planificación familiar y sexualidad responsable en los/as jóvenes de las zonas, para ello es importante que los profesionales de salud trabajen de manera coordina y constante con las Instituciones Educativas

6. De acuerdo a las preferencias referidas por los varones no usuarios del servicio de PF, las actividades deben estar dirigidas en espacios y horarios diferenciados de las actividades de los/las usuarios/as. Una forma inicial de acercamiento son las actividades personalizadas como las visitas domiciliarias. Señalan que los fines de semana y por las tardes como los días más oportunos para ellos o abordarlos en sus espacios de reunión de manera grupal, tales como encuentros deportivos o sus asociaciones de trabajo, previa coordinación.

7. Para contar con una mejor información de los/las usuarios/as y usuarios es necesario utilizar canales de comunicación a nivel comunitario e interpersonal, los cuales pueden ser reforzados a nivel masivo, para su sostenibilidad será necesario realizar alianzas estratégicas con las organizaciones e instituciones públicas y privadas. Es clave involucrar al gobierno local para gestionar políticas en favor de la salud sexual y reproductiva en el marco de los municipios y comunidades saludables. Aprovechar los espacios de concertación como mesas multisectoriales que trabajan aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva. Para este fin es necesario identificar puntos comunes, diseñar estrategias de negociación, movilizar acuerdos institucionales o con organizaciones sociales, propiciando un trabajo más coordinado en la gestión del programa de Planificación Familiar.

8. Para desarrollar acciones y materiales informativos que estén acordes con la realidad y con las prácticas comunales de la zona de intervención, se debe considerar la participación de manera integral tanto de las mujeres, varones de la población como de los profesionales y agentes de salud.
9. La gestión de conocimiento es la piedra angular para mejorar los conocimientos y las prácticas mismas. Una forma de compartir e intercambiar los conocimientos y las experiencias de trabajo a nivel de la Red de Salud de Tayacaja, es empezando a sistematizar las diversas experiencias obtenidas por el personal de salud y los agentes comunitarios, lo que servirá para reconocer las buenas prácticas y mejorar las inadecuadas.
10. El personal de salud debe brindar confianza y seguridad ante las dudas e inquietudes presentadas por las usuarias con respecto a los efectos del método anticonceptivo que usa. De no contar con una adecuada información y respuesta a sus dudas, ellas sentirán que no son tomadas en cuenta, causando así su insatisfacción y pocos deseos por continuar con el servicio.
11. Los establecimientos de salud deben contar con variados material es educativa, tanto a nivel impreso como audiovisual que permita desarrollar de manera más amena las actividades como las charlas y consejerías que se realizan con los/las usuarios/as y usuarios. En muchos casos los materiales gráficos han causado mayor impacto en la recordación de los mensajes, de los que fueron realizados solo en forma verbal.
12. La Red de Salud de Tayacaja debe actualizar los conocimientos del personal y los agentes comunitarios en temas de promoción de la salud, salud sexual y reproductiva mínimamente una vez al año. Obteniendo como productos tangibles materiales de comunicación e información que son usados en sus talleres o charlas.
13. Tanto mujeres como varones dicen que la información sea difundida de manera visual y oral, que se usen más y mejores afiches. Uso de videos y proyectores para que se entienda mejor. Muchos de los entrevistados hacen referencia a que las personas de las zonas más alejadas son las que requieren la mayor cantidad de información, y son los que tienen mayores necesidades,

porque si bien hablan quechua, no saben leer en quechua y leen muy poco o nada el español.

14. Muchos de los varones más jóvenes sugieren que se debería hacer talleres en cada zona, pero que sean los fines de semana que ya no trabajan. Refieren que antes si recibían visita en las casas y que hacían talleres y socio dramas en el campo, se debería retomar eso, sugieren.



CAPITULO VII PROPUESTA DEL PLAN COMUNICACIONAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

7.1. INTRODUCCIÓN

Para diseñar las principales líneas de acción del Plan Comunicacional se ha tomado en cuenta la perspectiva de la promoción de la salud que es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, 1986). Este proceso no solamente comprende el fortalecimiento de capacidades de la persona, sino también alcanza su entorno para llevar a cabo acciones que mejoren sus condiciones sociales, económicas y ambientales; por lo tanto, la promoción de la salud es un proceso político y social mediante el cual las familias y la propia comunidad logran optimizar su salud.

Para este proceso son tres las estrategias para la promoción de la salud donde es necesaria la conjugación de acciones operativas y políticas: la abogacía, la facilitación y mediación, estas estrategias les permitirán la construcción de un sistema de soporte social que les facilite el empoderamiento de su salud.

La abogacía por la salud, comprende las acciones para obtener compromisos políticos para una política en SSR. Otra estrategia es facilitar, que se refleja en la colaboración entre las personas mediante la movilización de recursos como se puede dar desde los sectores público, privado y la sociedad civil para promover la acción comunitaria a favor de la salud. Finalmente la mediación es un proceso en que los intereses individuales y comunitarios se ponen de acuerdo para la promoción de la salud dentro del tema de la salud sexual y reproductiva.

Desde la comunicación para la salud, se define como la aplicación planificada y sistemática de los medios de comunicación al logro de comportamientos

activos de la comunidad, compatible con las aspiraciones, expectativas en políticas, estrategias y planes de salud pública. (Art. Beltrán, Luis, 2004)

El uso de los medios de comunicación es clave para informar sobre la promoción de cuestiones de salud y para mantener estos temas en la agenda pública. Las acciones tienen que ser priorizadas según las políticas y planes de la política pública.

Al abordar la comunicación también se hace referencia a la relación que existe con la cultura de la población a la que se están dirigiendo. Se debe superar la percepción de la cultura como barrera cultural²¹, donde el problema es atribuido esencialmente al receptor. Se relaciona a la falta de cultura como una carencia en la relación equitativa entre el establecimiento de salud y la población. Se practica una forma de comunicación que señala lo que el otro tiene que hacer, en un solo sentido, una relación paternalista y vertical, que no reconoce a la persona como sujeto de diálogo frente al profesional de la salud.

Por ello la comunicación social en la salud exige una intervención en carácter educativo, preventivo y promocional, el cual involucre la y de participación ciudadana; en el cual la persona afectada sea reconocida como un/a ciudadano/a que pueda ejercer su derecho a tener una vida saludable y la responsabilidad de mantenerse saludable como resultado del acceso a la información.

Por ello la comunicación social en salud exige una intervención en carácter educativo y promocional y de participación ciudadana; en el cual la persona afectada sea reconocida como un/a ciudadano/a que ejerce su derecho a tener una vida en buen estado y la responsabilidad de mantenerse saludable.

²¹Se interpreta las barreras culturales como interferencias en la comunicación como vacíos de información o creencias de la población que resultan en un comportamiento individual incongruente con las recomendaciones y prescripciones de los servicios de salud. Ballenas, Sandra (2005). Evolución de la temática cultural durante el proceso seguido en el proyecto Fortalecimiento de las capacidades nacionales en salud. En Apuntes acerca de la Comunicación en salud. Consorcio de universidades. Lima.

En este sentido, se entiende la comunicación como un proceso que construye diálogo y mejora las relaciones, genera espacios de intercambio que contribuyen al cambio de comportamientos, conductas y al desarrollo de las personas. La comunicación es recíproca, considera la cultura, las percepciones, las creencias y las capacidades en ambos sentidos, entre el emisor y el receptor. Por ello es necesario aclarar que nos solo se da desde los medios de comunicación sino desde los espacios públicos que pueden ser transformados en espacios de participación ciudadana con actividades interactivas e innovadoras.

7.2. ENFOQUE DE COMUNICACIÓN

Acerca de las teorías y modelos de cambio de comportamiento, se señala que los siguientes factores afectan el comportamiento:

- **Intrapersonales:** Características individuales que influyen en el comportamiento como: conocimientos, actitudes, creencias, rasgos de personalidad, etc.
- **Interpersonales:** Procesos interpersonales y grupos primarios como familia, amigos y pares que proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
- **Institucionales:** Normas, reglamentos, políticas en estructuras formales que pueden limitar o fomentar comportamientos recomendados.
- **Comunitarios:** Redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones.
- **Política Pública:** Políticas locales, regionales, nacionales que reglamentan o respaldan determinadas acciones y prácticas con relación a temas sociales.

A partir de los niveles de cambio: individual, interpersonal y comunitario versan diversos modelos teóricos que intentan explicar el cambio de comportamiento

en los niveles referidos. Para el caso del presente plan se da un conjunto de modelos que van del comportamiento individual hasta el comunitario.

Desde la **perspectiva individual**, el Modelo de Creencias en Salud (HBM), señala que el comportamiento está mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afectan la manera cómo actuamos. También son importantes las percepciones, las motivaciones, las aptitudes y los factores del entorno.

Desde la **perspectiva interpersonal**, se considera oportuno utilizar el Modelo de Redes sociales y apoyo social, que refiere que el comportamiento está mediado por pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas significativas del entorno. A través de las interacciones sociales se pueden promover o inhibir el comportamiento individual y colectivo. La Red social es una estructura basada en personas, referida a las relaciones sociales entre ellas. El Apoyo social es el contenido de las relaciones, lo que está siendo compartido por la red social.

A través de la perspectiva comunitaria, el Modelo de Empoderamiento de la comunidad, implica reconocer que las comunidades están formadas por personas y organizaciones que interactúan en una variedad de redes sociales. Por ello el focalizar las intervenciones en el nivel comunitario tiene un impacto sobre cambios individuales. Esto a su vez puede llevar el aumento de percepciones de influencia y control, a medida que los miembros de la comunidad desarrollan habilidades para influir en terceros.

Una vez señalado los enfoques que tomará el presente plan de comunicación, se precisa datos sobre la problemática.

7.3. DATOS BÁSICOS

La información que solo se logró obtener es la siguiente:

- El promedio de hijos/as que tendría una mujer durante su vida fértil (TGF) ha ido disminuyendo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Continua, 2009, es de 2,6 hijos/as por mujer para el período 2006-2009, asimismo existe diferencias según el lugar donde se viva y el grado educativo. En el área urbana la TGF es de 2,3 hijos/as por mujer y en el área rural de 3,6. Siendo Huancavelica el departamento con la más alta tasa del país con 3,4.
- El número promedio de hijos/as nacidos vivos en las mujeres de 40-49 años de edad es de 3,1 y 5,2 en las áreas rurales. (INEI 2009).
- Cerca del 70% de los/las usuarios/as encuestadas tienen como idioma materno el quechua.
- La mayoría de profesionales de la salud entrevistados señalaron no hablar el idioma quechua.
- El momento de la consejería dada por el personal de salud es clave, sobre todo la primera vez, que va a conocer el servicio de Planificación Familiar (PF), ya que es el momento donde estará tomando la decisión informada o los elementos necesarios acerca de su fecundidad.
- En las encuestas, el 77.4% de los/las usuarios/as tuvieron la oportunidad de ver materiales de apoyo, el 53.6% señalaron que las personas o situaciones mostradas en los materiales se parecen a su contexto cultural, en tanto que indicaron que para el 30.8% no se parece. El 17.9% precisó que no le han mostrado ningún material y el 4.8% dice que no recuerda.
- Por las entrevistas realizadas al personal de salud, promotores de salud y la revisión documentaria realizada, da a entender que en los últimos años se está notando un cambio en los materiales de apoyo, siendo más acordes a la realidad pero de manera paralela manejan materiales que tienen imágenes de la ciudad.
- El personal de salud refiere que son los aspectos culturales y costumbres que influyen en la salud sexual y reproductiva de la población, siendo también un principal elemento el machismo; ya que

existe la subordinación de las mujeres a los hombres en lo que a este tema se refiere, factor que ha limitado el trabajo de los profesionales de salud. Por ello es necesario trabajar los derechos sexuales y reproductivos. También señalan que las mujeres desconocen los derechos de su propio cuerpo, ya que suelen pedir permiso para casi todo o preguntar al esposo.

- También se relaciona al tema la idea que existe en los varones que la mujer que se cuida es infiel a su pareja, la cual fue aceptada tímidamente por los varones.
- Es limitado el trabajo con quienes constituyen el principal aliado en el tema de la salud, los agentes comunitarios/as de salud. Es poco el trabajo con las organizaciones sociales.
- Los profesionales de salud de algunas zonas realizan talleres en coordinación con las Instituciones Educativas de sus comunidades, estas charlas se brindan a padres de familia y a los alumnos/as de 4to y 5to grado de secundaria.
- Existe una gran brecha en la atención que se brinda a los varones y a las mujeres. Son pocos los varones que asisten al servicio de PF de manera libre y con la voluntad de mantenerse informado sobre el tema de PF. El tema de que sólo tengan el profiláctico (condón) como único método para el varón es un factor influyente.
- Los varones que han acompañado en alguna oportunidad a su pareja al centro de salud, algunos señalan que hasta la puerta y otros hasta la sala de espera, sintiéndose en ocasiones incómodos. Otro buen grupo señaló que no acompañan a sus esposas por el trabajo que realizan fuera de la zona principalmente en las chacras y cuidado de sus animales o residir en lugares alejados o prefieren actividades deportivas como el fútbol, en lugar de asistir al servicio de PF.
- El 48.4% de mujeres señaló que decidieron en pareja el uso de los métodos, dato que concuerda con las mujeres de los grupos focales, comentan que aunque ellos no vayan a la posta, ellas les informan sobre los métodos y así deciden juntos. El 39.7% fueron ellas

quienes decidieron el uso de métodos. El 4.8% indicó que sus parejas eligieron el método anticonceptivo y el 4% señaló que fue el personal de salud fue quien tomó la decisión.

- Las mujeres piensan que las mujeres se cuidan porque están con uno y se dan comentarios que no quieren dormir con sus parejas.
- Los varones tiene escasa información sobre los MAC incluso los métodos naturales, existiendo mucha confusión y dudas, aunque también han manifestado que su interés de aplazar el siguiente nacimiento de sus hijos/as o hijas sobre todo por las necesidades económicas.
- El personal de salud manifiesta que muchas veces los varones prefieren comprar los condones en las boticas o farmacias que acudir a la posta.
- Los pocos participantes de los grupos focales que no acuden a la posta señalaron que se cuidan con el preservativo solo lo usan con mujeres que no son sus parejas. Justifican el hecho que una mujer se cuide por no ser madre soltera o abandonada, no ha sido concientizado como un derecho de las mujeres.
- El 99.2% de los/las usuarios/as encuestadas conocen entre uno a cinco métodos anticonceptivos modernos. Existiendo un buen nivel de conocimiento de la variedad métodos anticonceptivos modernos.
- La relación que se debe establecer tanto de las mujeres usuarias con el personal de salud es muy poco amigable por lo que los/las usuarios/as manifiesta que cuando vienen por primera vez al establecimiento de salud tienen muchos temores y dudas porque desconocen el espacio, en otros casos sienten vergüenza porque estarán con otras mujeres que desean cuidarse o ya se están cuidando y no saben cómo afrontar todas estas emociones.
- Hay una fuerte queja sobre los efectos secundarios que viene dejando los métodos anticonceptivos modernos en los grupos focales. Tenemos que el factor que contribuye a que las mujeres

puedan manifestar sus dudas es el nivel de confianza que tengan con el personal de salud.

- La mayoría de varones señalaron tuvieron sus primer/os hijo/s sin planificar.
- Uno de los principales motivos para planificar son los limitados recursos económicos
- El Profesional de la salud tiene escasa capacitación en temas de comunicación y promoción de la salud.
- En lo relacionado a las campañas de promoción de la salud se identificó que el uso de los medios de comunicación masiva se limita a las grandes campañas anuales que viene en agenda desde el Ministerio de Salud y a nivel nacional. También debemos mencionar que no todas las zonas de investigación cuentan con una señal de radio, siendo la principal la señal de radio de Pampas - Tayacaja...
- La frecuencia con que se realizan las actividades comunitarias o masivas son muy espaciadas lo cual limita el impacto que pueda tener para el fortalecimiento de capacidades a las mujeres, también es necesario involucrar a las organizaciones sociales y comunitarias que existen.
- Las mujeres manifiestan haber recibido la información predominantemente en la Posta o Centro de Salud, de parte de un profesional de salud o agente comunitario de salud es de 84.9%.
- El 95.6%% de las mujeres encuestadas refiere que si recomendaría el uso de MAC otras personas, eso no significa que recomendaría el que ella está usando sino las ventajas de usar un método anticonceptivo.
- El 97.2% de mujeres respondió que el servicio es muy importante.
- Los varones de 20 a los 34, opinan a favor del tema de planificación familiar, coincidiendo con las mujeres en la importancia de tener menor cantidad de hijos/as para poder brindarles una mejor educación y alimentación.

- Seguidamente mencionan que sería mejor si el personal de salud realice visitas domiciliarias los fines de semana.
- El 49.2% de las encuestadas, afirma como la actividad más recordada las charlas informativas. El 75.8% recuerda algún tipo de mensaje pero en los grupos focales la mayoría no recordó.

7.4. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

Se ha identificado y priorizado el siguiente problema de comunicación:

Mujeres y varones no acceden a información completa y de calidad dificultando el ejercicio pleno de sus Derechos Sexuales y Reproductivos

Las mujeres y varones reciben información de algunos métodos anticonceptivos, teniendo dudas sobre su uso, existe temor de preguntar al personal de salud. Los varones jóvenes con pareja en su gran mayoría no están recibiendo información sobre planificación familiar, si bien reconocen su importancia no hay interés por acercarse a la posta o centro de salud. Un factor que contribuye a esta situación es que el personal de salud les brinda poca confianza, también tiene que ver con la escasa capacitación que reciben sobre estrategias de comunicación y derechos sexuales y reproductivos.

7.5. SEGMENTACIÓN DE AUDIENCIAS

Luego de profundizar el conocimiento acerca del problema de salud y de conocer las características de la población afectada, la estrategia de comunicación se dirigirá a:

7.5.1 Población objetiva primaria

- Mujeres de 18 a 25 años

Son mujeres de estrato socioeconómico bajo, con pareja, que ponen a discusión el uso de protección aunque si hay actitud favorable a conversarlo son sus parejas. Suelen tener ya un hijo como mínimo.

Cuadro sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de las mujeres

Conocimientos	Actitudes	Prácticas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento medio sobre los métodos anticonceptivos • Hay confusión sobre los efectos secundarios del uso de su método anticonceptivo • No reconocen la planificación familiar como un derecho • Reconocen que a través de la planificación familiar pueden espaciar el número de hijos/as/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud favorable para difundir información con amistades • Actitud favorable para conversar con la pareja sobre el método anticonceptivo a usar. • Actitud poco favorable de los varones hacia el uso de los MAC por las parejas y/o mujeres de sus comunidades. • El uso de los métodos anticonceptivos puede relacionarlo infidelidad. • Mujeres que sienten malestares por el uso de los MAC tienden a dejar de usar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciación sexual relativamente temprana. • Iniciación sexual con parejas (enamorado, esposos). • Mujeres sexualmente activas. • No acceden a buenos niveles de información • Las mujeres no exigen el uso de método anticonceptivos a sus parejas. • El uso del condón tiene bajo nivel de aceptación.

7.5.2 Población objetiva secundaria

- Personal de salud y promotores de salud

El personal de salud tiene disposición por atender a las/os usuarias/os pese a la escasa capacitación con la que cuenta en el tema de los derechos SRR. Comprende la situación en la que se desarrolla la vida de la mujer en la comunidad.

- El promotor de salud

Es el nexo directo que tiene el centro de salud con la población, es quien conoce a las familias y cumple un rol primordial con su comunidad, su trabajo es voluntario y valorado por el persona de salud, la población confía en su trabajo.

Cuadro sobre el conocimiento, actitudes y prácticas del Personal de Salud

Conocimientos	Actitudes	Prácticas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los métodos anticonceptivos • Conocimiento regular sobre los derechos SRR • Carece de capacitación continua en el diseño y manejo de materiales educativos comunicacionales • Conoce la realidad de la mujer que vive en la zona • No habla el idioma quechua 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud favorable para informar sobre los MAC • Actitud favorable para dialogar y aconsejar a las parejas sobre los métodos anticonceptivos • Actitud favorable de querer aprender el quechua • Muestra disposición para ser capacitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene temor a ser cambiada cuando ya está conociendo a los/las usuarios/as • No acceden a cursos o talleres de capacitación continua • Brindan información solo de los métodos con los cuenta el servicio de PF

7.5.3. Aliados estratégicos

- Organizaciones sociales: Programa Juntos,
- Instituciones públicas: Gobierno Regional de Huancavelica, Gobierno provincial de Tayacaja, gobiernos locales.
- Espacios multisectoriales como la Mesa de Diálogo Multisectorial de Género y Violencia Familiar de Tayacaja.

7.6. OBJETIVOS COMUNICACIONALES

7.6.1. Objetivo general

- Elevar el nivel de acceso a información, orientación y servicios de óptima calidad de planificación familiar, facilitando el ejercicio a una sexualidad responsable de varones y mujeres con perspectiva de equidad de género, interculturalidad y respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

7.6.2. Objetivos secundarios

- Aumentar al 5%²² en un año a usuarias de 18 a 24 años, quienes deciden libremente el uso de un método anticonceptivo accediendo a información de la variedad de anticonceptivos, incluyendo sus características, ejerciendo así su derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos/as/as.
- Incrementar al 10% en un año el acceso de varones 18 a 24 años a información completa, ejerciendo una sexualidad responsable a través del Servicio de Planificación Familiar de óptima calidad.
- Favorecer un entorno político y social favorable a través de la formulación e implementación de una política local multisectorial en salud sexual y reproductiva en el marco Municipios Saludables o del Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres vigentes.

7.7. ALGUNAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Cuando se planifica correctamente las estrategias de comunicación, se fortalece un programa y es convincente para los tomadores de decisiones con la posibilidad de mantener los resultados conductuales.

7.7.1. Movilización comunitaria

Un proceso que permitirá reunir los aliados sociales de la comunidad: las promotoras/es de salud, los comedores populares, las organizaciones de Vaso de Leche, etc. Estas organizaciones e instituciones serán involucradas en las intervenciones que se desarrollen.

²² El 5% significa aumentar a 200 (199.75) mujeres en una año, quiere decir 3 o 4 mujeres por semana. Se tiene como base que 3995 mujeres (censo nacional de población y vivienda 2007).

En el caso de los varones, incrementar al 10% significa 385 varones informados.

La observación en ambos casos es que sólo se encontró segmentado de 20 a 24 años y el otro es 15 a 19 años. Pero el segmento de estudio del presenta trabajo es de 18 a 24 años. Por lo que se han tomado como base el primer grupo.

7.7.2 Abogacía

Con el objetivo de ganar la aceptación y el compromiso del liderazgo político y social, a través la información que se difunda y actividades que se desarrollen serán comunicados mediante reuniones o bien, a través de medios de comunicación local. Esto se puede lograr a través de los espacios de concertación en salud y/o género.

7.7.3. Comunicación comunitaria

Usar los recursos materiales y el potencial humano existente en la comunidad: espacios multisectoriales, organizaciones comunales, altoparlantes de los mercados, murales, teatro popular en mercados y plazas públicas, ferias, eventos recreativos y deportivos.

7.7.4. Edu entretenimiento

Es usar los espacios de comunicación para la educación, llegando a concientizar a la población de forma amena. Puede ser a través de teatro, radionovelas, videos, sketch, internet, etc.

7.7.5. Difusión en radios locales

Se difundirán cuñas radiales a través de las radios locales, así también se buscará concertar entrevistas en su programación.

7.7.6. Comunicación alternativa

Exhibición de mensajes en zonas de alto tránsito (mercados, plazas), mototaxis, locales comunitarios.

7.7.7. Comunicación intepersonal

Consejería

Visita domiciliaria

7.7.8. Estrategias transversales:

- Atención de calidad, respetando las costumbres y prácticas culturales de la mujer y varón.

- Fortalecimiento de capacidades a mujeres, varones y líderes comunitario en sus derechos sexuales y reproductivos
- Compromiso de los trabajadores de salud de Planificación Familiar.
- Concertación multisectorial. En Tayacaja funciona un espacio multisectorial que es la Mesa de Diálogo Multisectorial de Género y Violencia Familiar. Cuenta con la participación del gobierno local y otras instituciones públicas y privadas. El/la representante del sector salud puede colocar en agenda los derechos sexuales y reproductivos y la planificación familiar, de tal manera que las acciones cuenten con el respaldo de la Mesa y se pueda financiar algunas tareas de sensibilización en la población, esto es posible si se aparece como actividad dentro de su plan de trabajo.

7.8. ESTRATEGIA CREATIVA

Una vez identificado los objetivos y las características de la población objetiva, se plantea el mensaje que informe a la pareja.

7.8.1. Mensajes dirigidos a la mujer joven

- Nos cuidamos y nuestros hijos/as están más sanitos y van a la escuela
- Me cuido con método modernos porque son más seguros ante el olvido
- Yo me cuido y tengo una familia feliz
- Métodos anticonceptivos modernos más seguros ante el olvido

Mensaje secundario que aborda los efectos adversos:

- Mujer, cada cuerpo es diferente y hay un método para cada una y existe un método adecuado para ti, infórmate bien.

7.8.2. Mensajes dirigidos al varón

- Se siente, se siente, se siente más placer, con el condón me siento más seguro

- Cuidándonos la platita alcanza más.

7.8.3. Mensajes secundarios de referencia para el centro de salud

- El personal de salud es de confianza conversa tus dudas sobre planificación familiar.
- El personal de salud te orienta y ayuda para que sepas cómo cuidarte ¡Visítanos!
- El personal de salud está preparado y listo para responder a tus dudas, confía en nosotros.

Los mensajes están dirigidos para la pareja pero cada uno enfatiza más a la mujer o bien al varón.

El tono comunicacional es emocional/racional: Sentimientos de amor entre la pareja favorecerán la atención/recordación del mensaje de prevención.

La racionalidad del mensaje se apoyará en los beneficios de la planificación familiar. El tono positivo / Negativo: Es necesario enfatizar con sutileza la percepción de riesgo de hijos/as no planificados.

Los mensajes que aluden al personal de salud son complementarios a los mensajes dirigidos a mujeres y varones; para reforzar un servicio de salud cercano a sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

7.9. Pre test en la producción de los materiales

La validación tiene como resultado que los materiales respondan a las expectativas, necesidades y características del público objetivo.

La validación permite probar el mensaje con el público que lo va a usar, para comprobar cómo reacciona frente a conceptos o mensajes, si entiende el

mensaje y la acción que le proponemos y posteriormente, de ser necesario efectuar los cambios pertinentes.

7.10. Algunas limitaciones que se pueden presentar:

El presupuesto, el estado tiene limitaciones al momento de ejecutar el presupuesto, no se destina muchos fondos al tema de capacitación y talleres en temas de comunicación.

Es importante que el equipo de la estrategia de salud sexual y reproductiva se encuentre empoderado y desarrolle sensibilización a los trabajadores administrativos inmersos en este proceso como el administrador, el programador y planeamiento. Asimismo se deben tener reuniones con el director de la Red de Salud donde se evidencien la necesidad de abordar la problemática de salud de las mujeres.

A nivel de las microrredes de salud, es necesario reunir a los jefes de los establecimientos de salud para que faciliten las actividades que desarrollen los responsables de planificación y promoción de la salud a nivel local. Es necesario hacer la presentación del plan.

El trabajo multidisciplinario, promoción de la salud lleva a cabo diversas campañas por que también es necesario motivar a trabajar el tema de planificación familiar.

Se puede concluir que además de los recursos financieros es conseguir el soporte humano en los distintos niveles, administrativos y operativos para lograr los objetivos propuestos.

7.11. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

7.11.1 Plan de Monitoreo

CÓDIGO	ACTIVIDADES Y TAREAS	METAS	RECURSOS ASIGNADOS S\$	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FECHA PRESENTACIÓN DE INFORME	ENTREGAR A
Objetivo 1: Aumentar al 5% a usuarias de 18 a 24 años, quienes deciden libremente el uso de un método anticonceptivo accediendo a información de la variedad de anticonceptivos, incluyendo sus características, ejerciendo así su derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos/as/as.										
1.1	Talleres en derechos sexuales y reproductivos y autoestima a mujeres de 18 a 24 años en las zonas más priorizadas	5	Movilidades PS: 400 *5 Materiales 2500 Refrigerios: 5*40*5 5500	Nº de mujeres que finalizan el taller completo Nº de mujeres que acceden al uso de MAC	Informe internos	Reportes mensuales	Una vez completada la actividad			Responsable del Área
1.2	Campaña de comunicación en Planificación Familiar en las comunidades y en la zona periurbana	02	Equipos Movilidad 1000	Nº de campañas de consejerías y orientaciones realizadas Nº de usuarias nuevas	Informes Internos	Reportes mensuales y trimestrales	Una vez completada la actividad			Responsable del Área
1.2.1	Elaboración de afiches y rotafolios impresos	1000 300	3500	Nº de mujeres que recibieron materiales Nº de mujeres	Materiales producidos	Reporte	Una vez completada la actividad			

				que recuerdan mensajes						
1.2.2	Entretención a través de socio dramas y una canción con el lema creado y presentado en las plazas de las comunidades y zonas periurbanas	02	Equipo de sonido. Refrigerio Materiales 1500	Nº de mujeres y varones que participan del evento. Nº de organizaciones participantes Nº de líderes comprometidos con la SSR		Reportes mensuales	Una vez completada la actividad			
Objetivo 2: Incrementar al 10% el acceso de varones 18 a 24 años a información completa, ejerciendo una sexualidad responsable a través del Servicio de Planificación Familiar de óptima calidad o por medio de la planificación.										
2.1	Campañas comunitarias sobre los derechos sexuales y reproductivos y planificación familiar a varones de 18 a 30 años en las zonas priorizadas	4	Materiales dirigidos varones:800	Nº de campañas Nº de varones que asisten a las campañas Nº de varones que incrementan su conocimiento y acceden a las MAC	Informe internos Lista de asistencia Informes	Reportes mensuales	Una vez completada la actividad			Responsable del Área
2.1.1	Actividades comunitarias: teatro	15	1500	Nº de varones que visitan el	Informe interno		Una vez completada la			

	foro en las plazas			servicio de PF			actividad			
1.1.2	Visitas domiciliarias a varones de las comunidades y en la zona periurbana	100	500	N° de consejerías y orientaciones realizadas N° de usuarios nuevos N° de viviendas visitadas por comunidad o zonas	Informes Internos	Reportes mensuales y trimestrales	Una vez completada la actividad			Responsable del Área
PERSONAL DE SALUD										
3.1	Taller de Capacitación en los Derechos Sexuales y Reproductivos	2 talleres	2000	N° de profesionales de salud que reciben taller	Lista de participantes		Durante la actividad			Responsable de la Unidad.
				N° de profesionales que reconocer todos los DDSSRR	Evaluación final		Al finalizar la actividad			
				N° de profesionales que difunden en los/las usuarios/as los DDSSRR.	Observación de charlas realizadas.	Reportes mensuales	Semanalmente			
3.2	Taller de estrategias de comunicación y	4 talleres	3800	N° de estrategias	Materiales elaborados en talleres		Al finalizar el taller			Responsable del área de

	promoción de la salud.			elaboradas						comunicaciones
				N° de campañas elaboradas usando las estrategias diseñadas	Informes de campañas desarrolladas	Informes mensuales	Mensual			
AGENTES COMUNITARIOS										
4.1	Taller de capacidad en los Derechos Sexuales y reproductivos	2 taller	1000	N° de agentes de salud que reciben taller N° de agentes que difunden en los/las usuarios/as los DDSSRR.	Lista de participantes. Charlas o talleres que realizan tienen enfoques de derechos sexuales	Informes de actividad Informes de trabajo de campo	Completado el taller. Al finalizar cada charla			
4.2	Taller de estrategias de comunicación y promoción de la salud.	4 talleres	2000	N° de estrategias elaboradas N° de campañas elaboradas usando las	Materiales elaborados en talleres Informes de campañas		Al finalizar el taller Informes mensuales			

				estrategias elaboradas						
Objetivo 3: Favorecer un entorno político y social favorable a través de la formulación e implementación de una política local multisectorial en salud sexual y reproductiva en el marco Municipios Saludables o del Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres vigente.										
5.1	Taller de desarrollo para habilidades sociales para la concertación para profesionales y agentes comunitarios.	2 talleres	1500	N° de profesionales y agentes con manejo de técnicas para la concertación. N° de profesionales y agentes que conocen las organizaciones locales y su actividades.	Lista de participantes					
						Base de datos de organizaciones e instituciones que trabajan temas de salud con la población en las zonas.				
5.2	Reuniones multisectoriales	7		N° de propuestas para realizar alianzas y convenios	Actas Acuerdos firmados					

Total presupuesto aprox. 24,100



7.12. ANEXO

GUÍA PARA LA VALIDACIÓN DE FOLLETO

Luego de saludar y presentarse ante los entrevistados, comunique el objetivo de la reunión. Resalte que la idea central es conocer las opiniones y sugerencias del folleto, con la finalidad de mejorar su impacto.

Antes de iniciar la sesión solicite la autorización de los participantes para grabar la conversación. De lo contrario, tendrá que informar que habrá una segunda persona tomando nota del desarrollo de la reunión.

Inicie el grupo focal con la presentación de cada uno de los invitados. Introduzca una pregunta general que rompa el hielo.

A continuación entregue a cada participante un folleto.

El desarrollo del grupo focal será respetando las cinco variables de efectividad contempladas:

COMPRENSIÓN

1. ¿Para usted cuál es el mensaje principal?
2. ¿Hay palabras que le resulten difícil de entender? ¿Por qué?
3. ¿Por qué palabras lo reemplazaría? Invite al entrevistado a mirar cada una de las ilustraciones
4. ¿Qué observa en las imágenes? (Ilustración 1, Ilustración 2, Ilustración 3...)
5. ¿Qué cambios le haría a las imágenes (dibujo y disposición de imágenes)? ¿Por qué?

ACEPTACIÓN

6. ¿Hay algo que le parezca ofensivo o le moleste o le parezca falso? ¿Por qué?
7. ¿Cómo lo reemplazaría?

ATRACCIÓN

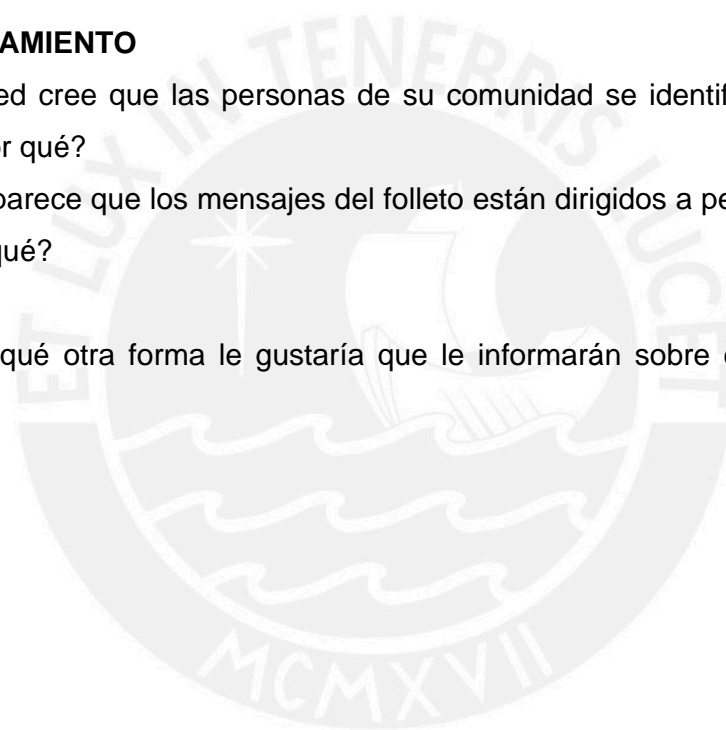
8. ¿Qué es lo que más le gusta del folleto?
9. ¿Qué es lo que menos le gusta?
10. ¿Usted cree que el tamaño del folleto es el adecuado? ¿Qué le parecen los colores?

INDUCCIÓN A LA ACCIÓN

11. ¿Usted cree que el folleto le sugiere una acción? ¿Qué tipo de acción?
12. ¿Haría Usted lo que promueve o dice el folleto? ¿Por qué?

INVOLUCRAMIENTO

13. ¿Usted cree que las personas de su comunidad se identificarán con el folleto? ¿Por qué?
14. ¿Le parece que los mensajes del folleto están dirigidos a personas como Ud.? ¿Por qué?
15. ¿De qué otra forma le gustaría que le informarán sobre este tema de salud?



CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

- **Usuaris del servicio de planificación familiar**, mujeres de 18 a 24 años, las mujeres procedentes de la parte urbana han concluido sus estudios básicos, viven con su pareja, dependen económicamente de su esposo. Antes de tomar una decisión suelen conversar con su pareja.
- **Pareja varones**, 18 a 34 años, tiene trabajos ocasionales, además de realizar labor agrícola en sus chacras. Han concluido sus estudios primarios y algunos secundarios. La mayoría de los varones son los únicos que aportan económicamente a la familia. Casi no asisten a algún tipo de establecimiento de salud.
- **Personal de salud**, la edad es variada, sus puestos son altamente rotativos y vienen de distinta parte del país.
- **Los/as Promotores de Salud o agentes comunitarios de salud**, son pobladores voluntarios de la comunidad, son muy conocidos, les gusta ser capacitados en diferentes temas y se sienten satisfechos con su labor de promotores/as de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- AECI
2005 “Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”.
- ALARCÓN Ana M. y otros
s.a Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales.
- ALFARO MORENO, Rosa María
1993 “La Comunicación como Relación para el Desarrollo”. Una comunicación para otro desarrollo. Lima: Calandria, pp 27-39. Consulta el 23 de abril 2011
<http://www.aulaintercultural.org/IMG/pdf/rosa_maria_alfaro.pdf >
- ALIAGA HUIDOBRO, Elizabeth
2003 Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas: Foro Salud y Observatorio del Derecho a la Salud – CIES. Consulta el 13 de marzo del 2011
<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/aliaga.pdf>>
- ALTOBELLI, Laura
1998 Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica. Resultados de una encuesta de salud de mujeres rurales. Lima: Population Council.

ANDERSON, Jeanine

2004 Tendiendo puentes: calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres y los 2004 proveedores de salud. 2º edición. Lima: Manuela Ramos.

ANICAMA CAMPOS, Cecilia

2003 Derechos Sexuales y reproductivos: avances y retrocesos. Lima: Comisión Andina de Juristas.

ARELLANO A., Enrique C.

1998 La estrategia de comunicación como un principio de integración/Interacción Dentro de las Organizaciones *Razón y Palabra*. México D.F., año 3, suplemento especial, ene-mar. Consulta: 01 de marzo del 2009
<<http://74.125.47.132/search?q=cache:21nZBGj0nqMJ:www.razonypalabra.org.mx/anteriores/supesp/estrategia.htm+concepto+estrategia+de+comunicacion&hl=es&ct=clnk&cd=8&gl=pe>>

BELTRÁN PALOMINO, Luis

2004. Salud pública y comunicación social. Citado el 11 de abril del 2011.
<<http://www.comminit.com/?q=la/node/150548>>

CALMET, Bohme y Lilia CALMET

2001 La educación ciudadana en el área de ciencias sociales: propuesta para la educación secundaria. Lima: Tarea.

CÉPEDA GARCÍA, Nora

2009 Diversidad cultural de los maestros peruanos: un potencial para una educación intercultural. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Antropología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de Posgrado.

CONSORCIO DE UNIVERSIDADES

2005 Apuntes acerca de la Comunicación en salud. Lima:
Consortio de universidades.

CONSEJO NACIONAL DE FOMENTO EDUCATIVO

1990 ¿Qué es sexualidad? y ¿Qué es sexo?”, En Consejo
Nacional de Fomento Educativo (CONAFE); Consejo
Nacional de Población (CONAPO). Sexualidad, información
básica para adolescentes. México: 4ta edición. Consultado
el 22 de marzo del 2011.

<http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/sex_juv/contenido/revista/sxj_01.htm>

CORTÉS, Juan José

s.a.

Cultura y comunicación como praxis para el desarrollo.

<http://www.hegoa.ehu.es/congreso/gasteiz/doku/JuanjoCortes.pdf>

DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE LA HUANCABELICA

200? Plan De Desarrollo Económico de la Provincia de Tayacaja
al 2018. Provincia De Tayacaja Gestión Edil 2007-2011

EYZAGUIRRE BELTROY, Carlos y otros

2007

Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud.
Lima: CIES, CARE.

FLORA TRISTÁN Y MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

2000

Informe Final del balance de investigaciones en salud con
perspectiva de género realizadas en el Perú en el periodo
1990-2000. Lima: CMP, Flora Tristán y Movimiento
Manuela Ramos

- FOREIT G., Karen y Colb
1999 El impacto de la publicidad en medios masivos sobre un programa de esterilización voluntaria en Brasil. En: Investigación Operativa en Planificación Familiar. Foreit James R. y Frejka T. eds. New York: Population Council pp. 155-172.
- FOREIT, James R. y otros
1999 Una comparación del desempeño de hombres y mujeres distribuidores de DBC en Perú. En: Investigación Operativa en planificación. Foreit James R. y Frejka T. eds. New York: Population Council. pp. 191-201
- FORMUJER.
200? Estrategia de comunicación: una herramienta para la gestión de políticas de formación y equidad de género. s/l: FORMUJER. Consulta: 25 de octubre del 2009.
<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/pub_for/comunic/pdf/cap1.pdf >
- GARCÍA CANCLINI, Néstor
2004 Estudio de participación de los hombres en la planificación familiar. En “Laberintos de sentido”, Diferentes, desiguales y desconectados, Barcelona, Editorial Gedisa, 2004, pp. 30-34. Consultado el 2010
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:e0SAU1ITDUUJ:debatecultural.org/tips/NestorGarciaCanclini.htm+canclini+procesos+de+significacion&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe&source=www.google.com.pe>
- GUIÉREZ, Susana
2004 Glosario de derechos humanos, género, políticas públicas y salud sexual y reproductiva. CMP Flora Tristán. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO DE PUEBLOS ANDINOS,
AMAZÓNICOS, INDEPA

2010 Aportes para un enfoque intercultural. Lima: Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuano

INSTITUTO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS DE LA UNIVERSIDAD
LIBRE DE BERLÍN

s.a Ciudadanía: Concepto. Berlín: Instituto de Estudios Latinoamericanos De La Universidad Libre De Berlín
Consulta: 20 de octubre del 2009
<http://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/projektseiten/konzeptereich/je_ciudadania/contexto.html>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS E INFORMÁTICA (INEI)

2009 ENDES Continua 2007-2008.Lima: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática

INSTITUTO PERUANO DE PATERNIDAD RESPONSABLE

2000 IEC sin Letras y la salud sexual reproductiva: Logros de un proyecto de promoción y capacitación. Lima: INPPARES.

2004 Métodos anticonceptivos: Lima: INNPARES. Citado el 2011
<<http://www.inppares.org/sites/default/files/Métodosanticonceptivos.pdf>>

INEI – HUANCAVELICA

2005 Censos Nacionales de Población y Vivienda. En: Plan de Desarrollo Concertado.

JILES MORENO, Ximena

1992 De la miel a los implantes. Santiago: CORSAPS

- KAABER, Naila
1998 Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo. México: Paidós.
- Kallpa
2009-2010 Marco Conceptual (avances) Municipios Saludables en Derechos Sexuales y Reproductivos y VIH Sida. Cusco: Kallpa.
- LEÓN F y otros
1999 Aumento de la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica peruana. En: Investigación Operativa en planificación. Foreit James R. y Frejka T. eds. New York: Population Council. pp. 267–276
- LEÓN, Federico y Magdalena CHU
1998 “Continuidad en la planificación familiar: un seguimiento de establecimientos públicos de la provincia de Santa”. En: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigación de operaciones en planificación familiar y salud reproductiva: conceptos y casos. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- MANONCOURT, Erma
20000 ¿Por qué las personas se comportan de la manera en que lo hacen? Teorías y marcos. En material de lectura para estudiantes de Maestría en Gerencia Social. PUCP.
- MALGURIS, Mario y otros
2003 Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes. Buenos aires: Biblos. Consultado el 15 de abril del 2011
http://books.google.com.pe/books?id=Ex6jxgurVX4C&pg=P A270&dq=que+es+sexualidad&lr=&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

MINISTERIO DE SALUD

- 2000 Proyecto 2000: Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de a Usuaria (Diagnóstico de Necesidades de Comunicación). Lima: Ministerio de Salud.
- 2004 Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Lima: Ministerio de Salud.
- 2005 Norma Técnico de Planificación Familiar. Lima: Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

- 2003 Política Nacional de Salud Sexual y Reproductivo. Bogotá: Ministerio de la protección social.

MIRANDA, J. Jaime y YAMIN, Alicia Ely.

- 2008 Educando a los Futuros Profesionales de La Salud: Un Reto para la Salud y los Derechos Humanos en América Latina. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2008; 25(3): 302 -8.
<<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a09v25n3.pdf>>

Moreno M.J., y otros

- 1999 Manual para la introducción de la perspectiva de género y juventud al desarrollo rural. Junta de Andalucía: Consejería de Agricultura y Pesca-España.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

- 2007 Nuestros cuerpos, nuestras vidas: La Salud Sexual y reproductiva en el Perú. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- 2007 Políticas y mecanismos en género y salud sexual y reproductiva desde gobiernos regionales: Lecciones

aprendidas (2002-2005). Lima: Movimiento Manuela Ramos.

NACIONES UNIDAS

Derechos Humanos. (Citado el 02 de abril del 2011)

<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

OMS

1986

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: Promoción de la Salud. Glosario Ginebra. Consulta: el 14 de marzo del 2010

<http://www.Who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_sp.Pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- OPS

2007

“La salud en el contexto del desarrollo”. En: Organización Panamericana de la Salud-OPS. Salud en las Américas, 2007.volumen I–regional, pp. 30-61
Consulta: 20 de marzo del 2010.

[http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%201.pdf#search="inequidad sexual sexual"](http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%201.pdf#search=)

Equidad de Género en salud. (Citado el 17 de noviembre del 2010

<<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderEquityinHealthsp.pdf>>

200?

Equidad de Género en salud. (Citado el 17 de noviembre del 2010)

<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderEquityinHealthsp.pdf>,

PALOMINO, Nancy y otros

- 2003 Entre el placer y la obligación: Derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y varones de Huamanga y Lima. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- PRENDES LABRADA, Marianela de la C. y otro.
- 2001 Participación de los hombres en la Planificación Familiar. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* Cuba: 2001; 17(3). pp 216-21. Citado el 12 de setiembre del 2010
<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_3_01/mgi02301.htm>
- SALAVERRY, Oswaldo
- 2010 Interculturalidad en salud. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*, mar. 2010, vol.27, no.1, p.80-93.
Citado el 2011.
<<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>>
- SOBRERILLA, Luis y Mary FUKUMOTO
- 1985 “Información y educación en planificación familiar”. En: Consejo Nacional de Población. *Investigación en planificación familiar y servicio de salud.* Lima: Consejo Nacional de Población, pp.
- STEINER, Henry y PHILIP, Alston
- 2000 *International Human Right in Context, Law Politics Morals.* Oxford University Press, 2da edición, Oxford, 2000, p. 408.
- Sin autor
- Salud Reproductiva, normas y leyes en el proceso de implementación de una Campaña de Comunicación.
Consultado el 18 de junio del 2009
<<http://pdf.rincondelvago.com/campana-de-planificacion-familiar-y-salud-reproductiva-en-peru.html>>

Métodos de barrera. Consulta el día 07 de abril del 2011.
<<http://www.anticoncepcion.cl/metoanti11.htm>>

RAMOS PADILLA, Miguel

2006 La Salud Sexual Y La Salud Reproductiva Desde La Perspectiva De 2006 Género. Artículo. En: Revista Peruana Medicina Experimental de Salud Publica 23(3), 2006. Consultado el 13 de marzo del 2011.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3.pdf>.

ROEDER, Estela

2005 Apuntes acerca de la Comunicación en salud. Lima: Consorcio de universidades. Lima: CONSORCIO DE UNIVERSIDADES

REYES, María Elena

Intentando redefinir la justicia: el caso de las esterilizaciones forzadas en Perú. p. 6.

Citado el 23 de marzo del 2011

<http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_pubs/es_pub_cuerpos1.pdf>

VALLENAS, Sandra

2005 Evolución de la temática cultural durante el proceso seguido en el proyecto Fortalecimiento de las capacidades nacionales en salud. En Apuntes acerca de la Comunicación en salud. Consorcio de universidades. Lima.

VALDEZ ARRUNATEGUI, Diana

2006 “Falta de planificación familiar en el Perú”. Pontificia Universidad Católica del Perú. Consulta: 20 de octubre del 2009

<http://blog.pucp.edu.pe/index.php?blogid=376>

VALDIVIA, Martín

2002

Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú:
¿Una cuestión de número o de momento? Informe Final.
Lima: GRADE. Consulta: 20 de marzo del 2010
<<http://cies.org.pe/files/active/0/Pm0124.pdf> >



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3. 1. Comportamiento poblacional a nivel provincial.....	49
Gráfico 3. 2. Nivel educativo de varones y mujeres de la Provincia de Tayacaja.....	50
Gráfico 3. 3 Campos de Investigación de la Gerencia Social	84
Gráfico 4. 1 El quechua como lengua materna.....	88
Gráfico 4. 2 Frecuencia que recibieron información en quechua	89
Gráfico 4. 3 Compañía al servicio de Planificación Familiar.....	110
Gráfico 4. 4 Quien decidió el uso del método anticonceptivo.....	115
Gráfico 4. 5 Grado de conocimiento de los MAC por los/las usuarios/as	133
Gráfico 4. 6 Edad en la que recibió información por primera vez y si tenía hijos/as	184
Gráfico 4. 7 Satisfacción de los/las usuarios/as con la información recibida ..	194
Gráfico 4. 8 Solución del Centro de Salud a las complicaciones	195

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 3.1. Mapa de la Provincia de Tayacaja	47
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2. 1 Preguntas de investigación y variables.....	24
Tabla 2. 2 Cuadro resumen de la aplicación de técnicas de recolección de información	31
Tabla 2. 3 Centros y Puestos de Salud que conforman la muestra de estudio	34
Tabla 2. 4 Cantidad de participantes de acuerdo a las zonas.....	35
Tabla 3. 1 Establecimientos de salud por micro redes de salud en la red de salud de Tayacaja	52
Tabla 3. 2. Cobertura de servicios de salud a nivel distrital	53
Tabla 4. 1 Profesionales de la salud quechua hablantes	91
Tabla 4. 2 Organizaciones e instituciones que trabajan con el servicio de planificación familiar en la actualidad.....	103

Tabla 4. 3 Consejería y Orientación 2009 – 2010 (mayo) en mujeres y varones de 15 a 49 años.....	108
Tabla 4. 4 Análisis de los Materiales de apoyo.....	152
Tabla 4. 5 Niveles de intervención	163
Tabla 4. 6 Materiales de apoyo en los Establecimientos de Salud visitados ..	172
Tabla 4. 7 Grado de conocimiento de MAC de los/las usuarios/as.....	177
Tabla 4. 8 Edad en que recibieron información, según mujeres encuestadas	183
Tabla 4. 9 Recibió información en el puesto de salud	187
Tabla 4. 10 Usuarios varones	199
Tabla 4. 11 Nivel Educativo de los/las usuarios/as	218
Tabla 4. 12Influencia de la planificación familiar	219





ANEXOS