

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER**

**GUIA TECNICA PARA LA CONSEJERIA
EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR**



San Salvador, C.A. Mayo de 2007

AUTORES

COORDINACION TECNICA

Dr. Jorge Cruz González

Coordinador Unidad de atención a la Mujer

Dra. Lilian Esmeralda Miranda de Ramírez

Coordinadora Componente Planificación familiar

ASISTENCIA TECNICA

Mary Drake

Asesora URC

COMITÉ TECNICO DE ELABORACION

Lic. Betty Carolina Guillén

Educadora SIBASI Ahuachapán

Lic. Ana Silvia Landos

Enfermera SIBASI La Libertad

Lic. Xenia Méndez Burgos

Enfermera SIBASI Centro

Lic. Reina Novales de Ruiz

Trabajadora Social H. de Maternidad

Lic. María del Carmen de Linares

Trabajadora Social H. Santa ana

Lic. Reina Ana del Carmen Castillo

Trabajadora Social H. Nueva Concep.

Lic. Marta Alicia Rugamas

Enfermera Región Central

Lic. Stefani Ramírez

Enfermera SIBASI Ciudad Barrios

Dra. Cecilia Elizabeth Cerón

Gineco obstetra Hospital San Rafael

Lic. Fatima Noemí Orellana de H.

Enfermera SIBASI San Vicente.

Dr. Rigoberto Ferguson

Medico Director U de S Teotepeque

Dr. Jorge Moran Colato

Gineco obstetra Hospital Zaldaña

Dr. Mauricio R. Chiquillo

Gineco obstetra Hospital Sonsonate

Lic. Sandra de Rivera

Educadora SIBASI Santa Ana

Dr. Rosa Vitelia Rubio de H.

Gineco obstetra H. Nueva Guadalupe

Lic. Norma Reynosa de Herrera

Enfermera Región Metropolitana

Lic. Dinora Mejía Marroquín

Enfermera SIBASI Norte

Lic. Sandra de Rivera

Educadora SIBASI Santa ana

Dra. Nelly Madrid de Rivera

Coordinadora SSR Región Occidental

Lic. Norma Margarita de Velis

Trabajadora Social SIBASI San Vicente

**AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA
SOCIAL**

***DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA
MINISTRO DE SALUD***

***DR. JOSE ERNESTO NAVARRO MARIN
VICE MINISTRO DE SALUD***

***DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA
DIRECTOR GENERAL DE SALUD***

***DR. JOSE ROBERTO RIVAS AMAYA
DIRECTOR DE REGULACION***

***DRA. ENA GARCIA
DIRECTORA DE PLANIFICACION***

***DR. MARIO VICENTE SERPAS
DIRECTOR DE VIGILANCIA PARA LA SALUD***

***LIC. JUDITH ZARATE DE LOPEZ
DIRECTORA ADMINISTRATIVA***

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), reconoce la importancia de mejorar los servicios Planificación Familiar en el país, para garantizar que la población reciba una atención integral de calidad, con enfoque de género y derechos humanos.

En el marco de la Maternidad Segura la planificación familiar se constituye en uno de los pilares esenciales para la disminución de riesgos durante la reproducción, considerando la prevención de embarazos no deseados y no planificados, previniendo así la morbilidad materna y perinatal.

La consejería es una herramienta básica para brindar servicios de Planificación familiar de calidad, considerando el ejercicio de los derechos reproductivos, así como la elección libre, informada y voluntaria para los diferentes métodos de Planificación Familiar.

El presente documento titulado "GUIA TECNICA PARA LA CONSEJERÍA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR", se ha elaborado para que el personal que provee estos servicios lo aplique como un instrumento estandarizado que permita a las/los usuarias/os tomar una decisión libre e informada sobre planificación familiar.

Es así como se espera que el personal de la salud aplique los conceptos y pasos a seguir para individualizar las necesidades de las personas, a través de la Consejería, satisfaciendo su derecho a un servicio humanizado y de calidad profesional.

Exhorto al personal responsable en cada uno de los niveles de atención a unirse en el esfuerzo de aplicación de esta guía y de esta manera contribuir a mejorar la salud de la población usuaria de los servicios de salud.



DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA
Ministro de Salud

INDICE

	CONTENIDO	PAGINA
I	INTRODUCCION.....	1
II.	OBJETIVOS.....	3
III	MARCO CONCEPTUAL	4
	III.1 Estudios de Consejería.....	4
	III.2. Derechos Reproductivos.....	6
	III.3. Derechos de las personas usuarias de Planificación Familiar	7
	III.4. Riesgo Reproductivo.....	8
	III.5. Espacio Intergenésico.....	10
	III.6. Calidad de Atención.....	10
IV	CONCEPTOS CLAVES	12
	IV.1. Consentimiento Voluntario Informado.....	12
	IV.2. Consejería y comunicación interpersonal.....	14
	IV.3. Interacción usuaria/o proveedor.....	16
	IV.4. Factores que influyen en una decisión.....	28
V	CONTENIDOS DE LA CONSEJERIA.	26
	V.1. Fases de la Consejería.....	26
	V.2. Usuarías/os especiales para la Consejería.....	37
VI	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION.....	42
VII	GLOSARIO.....	48
VIII	ANEXOS.....	51
IX	BIBLIOGRAFIA.....	53

I. INTRODUCCIÓN

La necesidad y el deseo de limitar la fertilidad ha sido un hecho reconocido desde el principio de la historia, basándose en las necesidades individuales y colectivas, han llevado al concepto de planificación familiar como el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad, fundamentándose en los derechos humanos, salud y aspectos demográficos.

La planificación familiar tiene una relación directa en la salud de las mujeres y los niños, así como beneficios a la pareja, la familia y la comunidad. Brinda además a hombres y mujeres la posibilidad de elegir libremente y con responsabilidad, el número y el espaciamiento de sus hijos. Las parejas que optan por una familia menos numerosa salen beneficiadas en los aspectos económicos, emocionales y físicos que conlleva el cuidado de los hijos. A su vez, las familias reducidas benefician a la comunidad y contribuyen a disminuir la demanda de servicios sanitarios, educativos y sociales.¹

El enfoque de los programas de planificación familiar ha cambiado de limitar el número de hijos a optimizar el intervalo entre cada uno de ellos. La recomendación actual es de 3 años entre nacimientos. Este intervalo permite una mayor recuperación de salud de la madre y facilita una mejor atención al niño, permitiendo reducir las tasas de morbilidad materna, neonatal e infantil.

Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002-2003, un 30.7% de mujeres tienen espacios entre nacimientos de menos de 3 años. La consejería juega un papel importante para facilitar la información y apoyo para que las mujeres espacien sus embarazos. Es necesario que se socialice esta nueva recomendación, así como aconsejar y apoyar a las mujeres con sus familias para que tomen decisiones más apropiadas para su caso.

¹ *Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization.*

El enfoque actual para la prestación de los servicios de planificación Familiar, tiene como fundamento la satisfacción de las necesidades individuales de mujeres y hombres en materia de la regulación de la fecundidad, considerando los derechos sexuales y reproductivos.

Los servicios de Planificación Familiar de calidad requieren de profesionales de salud con el expertaje necesario para brindar una consejería adecuada que permita garantizar la elección libre, informada y responsable, por consiguiente el uso continuo de los diferentes métodos anticonceptivos.

Siendo que la Consejería es un proceso de comunicación interpersonal se ha hecho necesario contar con un Guía Técnica que se convierta en una herramienta para que las personas prestadoras de servicios de Planificación la utilicen en función de la calidad de atención en los servicios de Planificación Familiar.

La presente Guía Técnica incluye los objetivos y el marco conceptual que se requiere tomar en consideración cuando se está frente a las diferentes situaciones y necesidades de las/los usuarias/os en materia de la reproducción. Así mismo se plantean los conceptos claves básicos como el Consentimiento Voluntario e Informado y los factores que pueden influir en una decisión, con el fin de que cada persona proveedora de estos servicios pueda contar con los elementos técnicos básicos para garantizar que las personas usuarias tomen una decisión responsable en relación al uso de los métodos anticonceptivos.

Se presenta en esta Guía Técnica los contenidos de la consejería que incluyen los pasos específicos a seguir durante todo el proceso de la misma. Incluye además los instrumentos y aspectos básicos para el monitoreo, supervisión y evaluación de estos servicios.

Se espera que esta Guía Técnica sirva de referencia a los consejeros (as) que proveen servicios de Planificación Familiar en la red de establecimientos del MSPAS.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a todos los prestadores de servicios de salud, un instrumento estandarizado para brindar una adecuada consejería y lograr que la/el usuaria/o tome una decisión libre e informada sobre planificación familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Orientar al proveedor sobre los fundamentos, procesos, condiciones y recursos necesarios para proporcionar una adecuada consejería en los servicios de Planificación Familiar.

- 3) Orientar al proveedor para facilitar la comunicación y disminuir las barreras que impiden que la/el usuaria/o tome una decisión libre e informada;

- 4) Proporcionar los instrumentos y la metodología para evaluar la consejería y dar seguimiento a las actividades de consejería, fortaleciendo oportunamente los aspectos que dificulten el proceso.

III. MARCO CONCEPTUAL

III.1. Estudios de consejería

Estudios a nivel mundial demuestran la importancia de la consejería en los programas de planificación familiar, la cual constituye un pilar básico para incrementar la satisfacción de las/los usuarias/os en el uso de métodos además de mejorar las tasas de aceptación y continuación.

La consejería es fundamental para los servicios de planificación familiar y mejorar la vinculación usuaria/o-proveedor, lo cual conduce a mayores tasas de adopción de un método anticonceptivo, uso eficaz y continuación.^{2, 3, 4, 5, 6, 7}

En los estudios hechos sobre la consejería en planificación familiar, se identificaron tres errores comunes:

- 1) Diagnóstico inadecuado sobre las necesidades de la/ el usuaria/o,
- 2) Excesiva información sobre la mayoría de opciones anticonceptivas disponibles.
- 3) Información limitada sobre el método elegido.

Investigaciones sugieren que la cantidad de tiempo que se pasa con un usuario/a es menos importante que la precisión con que se intercambie

² Andel-Tawab y Roter, 2002; Outlook 17(2):1-8.

³ Abdel-Tawab, N. and Roter, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: Lessons from the Egyptian experience. *Social Science and Medicine* 54(9):1357-1368 (2002).

⁴ Canto De Cetina, T.E. et al. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 63:143-6 (2001).

⁵ Lei, Z.W. et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 53:357-361 (1996).

⁶ Luck, M. et al. Mobilizing demand for contraception in rural Gambia. *Studies in Family Planning* 31(4):325-335 (2000).

⁷ Oakley, D. Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behavior. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 170(5):1585-1590 (1994).

información sobre la situación de éste.⁸ Así, los proveedores deben hablar sobre las intenciones de un usuario/a de tener hijos, las relaciones sexuales, sus parejas y las conductas que los exponen a contraer ITS, así como también sobre información técnica. Al entregárseles información completa y equilibrada, los usuarios/as han demostrado ser capaces de tomar buenas decisiones: no son influenciados por los sesgos de los proveedores⁹ y pueden evaluar su riesgo de contraer ITS con mayor precisión que los médicos.¹⁰

Una sesión completa de planificación familiar debe abarcar, sobre el método elegido, los siguientes datos:

- Información sobre los efectos secundarios y las complicaciones;
- Ventajas y desventajas de los métodos desde el punto de vista de la/el usuaria/o;
- Eficacia del método;
- Uso adecuado del método una vez que se ha seleccionado uno;
- Qué hacer si el método falla o no es utilizado correctamente;
- La disponibilidad de anticoncepción de emergencia;
- Prevención de ITS y VIH

Es probable que un/a usuario/a de planificación familiar descontinúe el uso de su método o deje de usar la planificación familiar en general:

- Si no se le explica cómo usar el método y ocurre un embarazo no planeado;
- Si no se le explican de antemano los posibles efectos secundarios, o si éstos ocurren y no se tratan debidamente ni se manejan adecuadamente;

⁸ Leon, F.R. et al. Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: a study in Peruvian clinics. *International Family Planning Perspectives* 27(1):28-33, 46 (2001). (Disponible en línea en www.agi-usa.org/pubs/journals/2702801.html).

⁹ Baveja, R. et al. Evaluating contraceptive choice through method-mix approach. *Contraception* 61:113-119 (2000).

¹⁰ Lazcano, E.C. et al. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted Infection* 76:277-281 (2000).

- Si hay desabastecimiento de productos anticonceptivos
- Si el proveedor no da un trato con calidad y calidez;
- Si la/el usuaria/o no puede obtener su método elegido.

El principio de la elección informada es importante para asegurar que las decisiones anticonceptivas reflejen deseos y valores individuales, y que se basen en la información precisa y sean médicamente apropiadas. El informe de Population Report Serie J, Number 50 (2001): “Como ayudar a la gente a decidir, concluye que hay 5 elementos claves para una estrategia de elección bien informada:

1. Políticas que establezcan estándares y pautas apropiadas para la prestación de servicios.
2. Programas de comunicación que informen al público sobre sus opciones de planificación familiar y su derecho a elegir.
3. Accesibilidad a los métodos que se han elegido.
4. Líderes y administradores que hagan de la elección informada una norma en la organización
5. Eficaz comunicación usuario/a-proveedor durante las sesiones individuales.

III.2 Derechos reproductivos

Los derechos reproductivos incluyen los derechos de las parejas e individuos a: decidir libre y responsablemente cuando y cuantos hijos e hijas desean tener; tener la educación, información y medios para lograrlo; alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva; y tomar decisiones sobre la sexualidad y reproducción, libre de discriminación, coacción y violencia.

El enfoque de derechos, aplicado a la planificación familiar, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas y

de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de calidad (ver anexo 1).

III.3. Derechos de la/el usuaria/o en servicio de Planificación

Familiar:

Considerando los conceptos y principios de la calidad de atención en salud y desde la perspectiva de los servicios de planificación familiar, deben reconocerse los derechos del usuario/a de acuerdo a sus necesidades, siendo estos derechos:

- A la información
- Al acceso a servicios
- A escoger el método anticonceptivo
- A la seguridad en la utilización de anticoncepción eficaz
- A la privacidad y la confidencialidad
- A la dignidad
- A la comodidad mientras reciben los servicios
- A la continuidad para recibir insumos anticonceptivos durante el tiempo que lo necesiten
- A opinar sobre los servicios que reciban e involucrarse en los programas de planificación familiar.

III.4. Riesgo reproductivo

Es la probabilidad (grado de peligro) de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales. Estos riesgos pueden estar presentes por:

- Situaciones individuales, familiares y sociales de riesgo
- Comportamientos sexuales de riesgo
- Factores biológicos por el ciclo reproductivo

Atención con enfoque de riesgo es un abordaje basado en considerar factores potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinan la probabilidad de enfermar o morir. Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbi-mortalidad materna y perinatal.

RIESGO REPRODUCTIVO

CONDICIONES DE RIESGO		
BIOLOGICOS		SOCIALES
Riesgo si hay uno de estos factores.	Riesgo con dos o más de estos factores.	Riesgo si existe un factor asociado a factores biológicos.
Hipertensión arterial	1 aborto	Unión inestable
Diabetes	Muerte perinatal	Adicciones, delincuencia y otros
Cardiopatía	1 cesárea	Pobreza extrema
Otras Enfermedades crónicas	Prematurez	Analfabetismo y baja escolaridad
2 ó más abortos	Defectos al nacimiento	Prácticas sexuales de riesgo
2 ó más cesáreas	Bajo peso al nacer	Violencia intrafamiliar
5 ó más embarazos	Toxemia, hemorragia o infección puerperal	Inaccesibilidad a los servicios de salud
Edad mayor de 35 años	IVU Crónica	
Menos de 2 años del último embarazo	Adolescencia	
	Anomalía pélvica	
	Gemelaridad	
	Estado nutricional y anemia antes del embarazo	
	ITS/VIH/SIDA	
	VDRL positivo ó Sífilis	
	Endocrinopatías	
	Malformación uterina o cirugía uterina previa	

La utilización de planificación familiar para evitar los embarazos no deseados y/o planeados contribuye a mejorar la salud del binomio madre-niño y reducir el costo humano y financiero de la pérdida de salud materna e infantil.

III.5. Espacio íter genésico

El espaciamiento del embarazo se define como la práctica de la planificación del período que habrá entre nacimientos y embarazos a través del uso de la planificación familiar. Los profesionales de la salud, por lo general, han estado de acuerdo en que un intervalo de 3 años entre nacimientos es importante para la salud y supervivencia de la madre y el niño.

III.6. Calidad de atención

Está referida a diversos factores, entre ellos los que se consideran de suma importancia:

Acceso a los servicios y métodos:

Disponibilidad de métodos e información sobre los mismos y acceso a materiales de información, educación y comunicación apropiados a su nivel educativo.

Relaciones interpersonales y consejería:

La comunicación usuaria (o)-proveedor es una clave en el uso o no uso de métodos. La consejería facilita que la/el usuaria/o exprese sus deseos reproductivos, permite revisar los métodos mas apropiados, aclarar sus dudas, mitos y creencias de una manera correcta.

Desempeño técnico:

El proveedor que proporcione consejería, conozca la información de todos los métodos: tasa de efectividad, uso, efectos secundarios, signos de alarma, aplicación del método, horario de abastecimiento, y documentación respectiva en la manera correcta y apropiada.

Continuidad de los servicios:

Que la/el usuaria/o no falle en el uso del método seleccionado por falta de información sobre abastecimiento, especialmente en el caso que no se encuentre el método elegido en los establecimientos

Elección del método:

Que la/el usuaria/o reciba información y consejería para tomar una decisión libre e informada del método que prefiere.

Integración de los servicios:

Que se aprovechen todas las oportunidades para hablar con una mujer sobre sus deseos reproductivos, aconsejar la importancia de espaciar por lo menos 3 años entre nacimientos, e informar sobre los métodos de PF.

La atención de planificación familiar con calidad requiere que el sistema de atención, con todos sus componentes funcione bien, lo cual incluye:

- Infraestructura: espacio con privacidad para proveer los servicios
- Suministros y equipo: báscula, tensiometro, métodos anticonceptivos, materiales de información, educación y comunicación, muestrarios de planificación familiar.
- Proveedores capacitados: Equipo multidisciplinario involucrado en la atención de la persona (Todo personal que labore en los establecimientos de salud).
- Los procesos de atención bien aplicados tales como: consejería, la decisión libre e informada, aplicación del método/ referencia, cita para seguimiento
- Documentación de la atención brindada.

IV. CONCEPTOS CLAVES

IV.1. Consentimiento voluntario informado

Consentimiento voluntario informado es un concepto médico y legal, basado en derechos conforme al cual la/el usuaria/o accede a recibir tratamiento médico, usar un método de planificación familiar o participar en un estudio, como resultado de la elección voluntaria informada de la/el usuaria/o.

Aspectos a considerar para el Consentimiento Voluntario Informado:

A) De los y las/los usuarias/os

- Los y las usuarios/as tienen el derecho y la capacidad de tomar sus propias decisiones.
- Los y las usuarios/as son personas que tienen necesidades y situaciones diferentes
- La información que reciben debe ser veraz, oportuna y comprensible
- Las y los usuarias/os tienen derecho a elegir de una variedad de métodos.
- La y el usuaria/o debe tomar la decisión sin ser objeto de presión, coacción o incentivos ni sujeta a situaciones de crisis.

B) De los proveedores

- El proveedor ofrecerá la información en forma adecuada, esencial y comprensible para la/el usuaria/a, considerando sus necesidades y riesgos individuales.
- El proveedor ayudará en el proceso de consejería a que la/el usuaria/o decida por sí misma/o, sin ningún tipo de coacción, presión o incentivos por cumplimiento de metas para determinados métodos.

Consecuencias de no asegurar el consentimiento voluntario informado

- Embarazo no deseado y/o incremento de la morbilidad materna-perinatal
- Uso inadecuado de un método
- Temor e insatisfacción a causa de los efectos secundarios.
- Discontinuidad del uso del método
- Posibles riesgos de salud producidos al no reconocerse signos de alarma graves
- Padecimiento de ITS/ VIH-SIDA
- Abandono del método
- Usuarías/os insatisfechas/os
- Baja utilización de los servicios

Principios claves del consentimiento voluntario informado

Los programas de planificación familiar deben garantizar que:

- No se debe imponer metas o cuotas a los proveedores de servicios y los encargados de remisiones.
- No se debe dar incentivos a las personas a cambio de que acepten usar la anticoncepción.
- No se debe dar incentivos al personal de los programas para que logren metas o cuotas.
- No se debe negar los derechos o los beneficios que tienen las personas que deciden no aceptar el uso de anticonceptivos.
- Se debe proporcionar información comprensible a las personas que aceptan un método de Planificación Familiar en cuanto a beneficios y riesgos para su salud, efectos secundarios, adversos y condiciones que pueden hacer que el uso del método que han elegido no sea recomendable.

En la expresión “elección informada” cada una de las dos palabras se refiere a un aspecto esencial de la adopción de decisiones en la planificación familiar. Para tomar una decisión bien razonada es necesario estar informado (a). Pero no basta con estar informado (a); una persona también necesita tener opciones, inclusive el acceso a una variedad de métodos anticonceptivos, fuentes de suministro convenientes y servicios de buena calidad y también la capacidad para continuar o suspender el uso del método, según lo desee. La elección informada brinda muchos beneficios. La capacidad para hacer elecciones informadas respecto de la planificación familiar contribuye a que las personas tengan más control sobre su propia vida, las incita a asumir más responsabilidad por la propia salud y fomenta una relación de confianza mutua entre la/el usuaria/o y los proveedores de servicios. La elección informada estimula el uso continuado de anticonceptivos. Las personas tienden a usar por más tiempo un método de planificación familiar si lo han elegido ellas mismas. La elección informada es un aspecto clave de la planificación familiar de buena calidad.

IV.2. Consejería y comunicación interpersonal

Las sesiones de consejería en planificación familiar tienen como objetivo principal ayudar a la/el usuaria/o a hacer elecciones libres e informadas de acuerdo a categorías específicas:

- Nuevas/os usuarias/os deben escoger el método anticonceptivo más adecuado entre una serie de opciones.
- Usuarias/os antiguos deben decidir si continúan usando su método actual, cambian de método o dejan de usarlo.

Entre las características de la consejería en Planificación familiar están:

1. La/el usuaria/o debe tener información previa sobre la situación y tomar una decisión.

El proveedor debe entregar información técnica precisa y completa que sea relevante para la situación del usuario/a y que abarque tanto los aspectos positivos como los negativos.

2. La comunicación se da en ambas direcciones, es decir, hay un intercambio de vivencias y experiencias.

La buena comunicación frente a frente entre la/el usuaria/o y proveedores es la piedra angular de los servicios de buena calidad, y los programas de planificación familiar.

En el campo de la atención de salud, la comunicación entre la/el usuaria/o y un proveedor aporta esa conexión humana vital que conduce a la satisfacción de las necesidades de los mismos. Es importante que el proveedor interprete los sentimientos de la/el usuaria/o, para que exista empatía, e identifique las dificultades que enfrenta la/ el usuaria/o. Esta interacción puede influir no sólo en las percepciones de los usuarios respecto de la calidad de atención y en su decisión de regresar al mismo proveedor o servicio, sino también en que comprendan y cumplan con las indicaciones, que continúen usando los anticonceptivos e incluso en decisiones sobre tener o no tener más hijos y en qué momento.

La consejería como un proceso de comunicación consiste en un diálogo en el cual los proveedores, usando sus destrezas de comunicación y conocimientos técnicos establecen una comunicación en dos sentidos para ayudar a los usuarios a tomar o reafirmar decisiones. En el proceso de consejería se busca que los/las usuarios/as sean capaces de decidir tomando en cuenta la información que ha sido proporcionada por los proveedores en relación a: los efectos secundarios posibles, complicaciones, eficacia del método, así como sus ventajas y desventajas.

IV.3. Interacción usuaria/o-proveedor

Los siguientes seis principios promueven una interacción positiva entre la/el usuaria/o y el personal de salud.¹¹ Se aplican a *todo el personal* que tenga contacto con el usuario/a, no solamente a los proveedores.

1. Tratar a los usuarios/as con cordialidad y respeto.
2. Crear una real interacción con los usuarios/as, escuchándolos con atención y alentándolos a hacer preguntas y expresar sus inquietudes.
3. Usar información provista por el usuario/a para adaptar la sesión de consejería a las necesidades individuales de salud y personales del usuario/a.
4. Entregar al usuario/a el método que quiere siempre que no existan razones médicas que lo impidan.
5. Evitar dar a los usuarios/as demasiada información ya que eso se presta para confusiones y olvidos.
6. Ayudar al usuario/a a comprender información clave usando material audiovisual, repitiendo instrucciones clave y asegurándose de que el usuario/a las ha comprendido correctamente.

Una buena comunicación entre las/los usuarias/os y los proveedores de servicios de planificación familiar, durante las sesiones de orientación es esencial para la elección informada. Cuando la orientación es una asociación en la que las/los usuarias/os y proveedores se comunican abiertamente, intercambian información, expresan emociones, preguntan y responden libremente, las/los usuarias/os están más satisfechos, comprenden y recuerdan mejor la información, practican la anticoncepción eficazmente y viven vidas más sanas.

¹¹ Murphy, E. and Steele, C. Client-provider interactions in family planning services: guidance from research and program experience. *MAQ Paper* 1(2) (2000). (Disponible en línea en www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf.)

El proceso de hacer elecciones informadas de métodos de planificación familiar comienza mucho antes de que la/el usuaria/o visite a un proveedor. Muchas personas hacen elecciones informadas sin comunicarse personalmente con un profesional de la salud. Cuando los usuarios buscan servicios, hay considerable evidencia de lo que estos y los proveedores pueden asegurar juntos, que las decisiones acerca de la planificación familiar se apoyen en el principio de la elección informada.

La orientación dirigida a la elección informada, deberá verse como una asociación de dos expertos: el proveedor como experto en métodos de Planificación Familiar y la/el usuaria/o como experto en lo que atañe a su propia situación y necesidades. Las/los usuarias/os desempeñan un papel activo en la sesión de orientación, mientras los proveedores pueden comprender y abordar las preocupaciones, deseos y necesidades de las/los usuarias/os, entablando así un diálogo genuino.

Evitar los prejuicios y creencias religiosas del proveedor. El principio de la elección informada significa que los proveedores deben evitar sus prejuicios, creencias religiosas y que respeten las preferencias de las/los usuarias/os, aunque éstos elijan un método menos eficaz, usen un método sólo esporádicamente, cambien de método con frecuencia o rechacen algunos de los servicios o todos ellos.

Evitar las barreras médicas innecesarias. En ocasiones, programas y proveedores impiden erróneamente que las/los usuarias/os reciban el método anticonceptivo que han elegido por adherirse a políticas o prácticas científicamente injustificadas, basadas a veces en contraindicaciones ya obsoletas.

Sentirse cómodo con el tema de la sexualidad. Los proveedores de servicios de planificación familiar deben sentirse cómodos y seguros al abordar el tema de la sexualidad. Tal vez se sientan inseguros o dudosos acerca de las cuestiones concernientes a la sexualidad y eviten discutirlos, y muchos de ellos suponen que las/los usuarias/os tampoco quieren tocar ese tema. Pero si no se discute la sexualidad, probablemente muchos usuarias/os no harán una buena elección informada en materia de planificación familiar.

Para muchos usuarias/os la sesión de consejería es la única oportunidad que tienen de hablar sobre cuestiones sexuales, por lo que estarán ansiosos de conversar sobre ellas.

Acortar la distancia social. Las diferencias entre proveedores y usuarias/os en lo referente a clase social, niveles educativos, conocimiento científico y otros tipos de condiciones, suelen interferir con la buena comunicación entre usuaria/o y proveedor. A veces los proveedores tratan a las/los usuarias/os de condición socioeconómica alta de manera distinta que a los de condición socioeconómica baja. Los proveedores tienden en particular a creer que saben qué es lo mejor para las/los usuarias/os pobres.

Es común que proveedores y la/el usuaria/o tengan diferentes creencias respecto de la salud y diferentes maneras de entender cómo actúa el cuerpo y qué es lo que causa enfermedad. Lo típico es que las ideas del proveedor se basen en la ciencia y las de las/los usuarias/os en la tradición, narraciones populares y discusiones familiares.

Las/los usuarias/os rara vez mencionan sus propias creencias sobre la salud a menos que los proveedores les pregunten acerca de ellas, pero con frecuencia rechazan la información que no se ajusta a esas creencias. Los proveedores pueden acortar la distancia que media entre sus conocimientos y las/los usuarias/os si expresan respeto por las creencias de éstos y establecen conexiones entre esas creencias y el modelo médico de salud.

Abordar el género. Aunque no se habla mucho de los papeles asignados en razón de género –o sea, los papeles que una cultura considera apropiados para el hombre o la mujer– a menudo influyen en la manera de interactuar de proveedores y las/los usuarias/os y en las decisiones que toman estos. Cuando se trata de una mujer, los proveedores tienden menos a contestar las preguntas de ella y a suministrar información técnica, ofrecer alternativas para el tratamiento, diagnosticar y tratar ciertas enfermedades, así como la atribución de las quejas de la/el usuaria/o a factores psicosomáticos.

Los proveedores a veces suponen que los hombres no quieren tomar decisiones sobre la planificación de la familia ni practicar la anticoncepción. En efecto, esos proveedores eligen por ellos, ofreciendo como explicación que los métodos anticonceptivos orientados hacia el hombre se usan mucho menos ampliamente que los métodos femeninos.

Para ayudar a abordar las cuestiones de género relacionadas con las decisiones en materia de planificación familiar, los proveedores pueden preguntar a cada uno de las/los usuarias/os cuánto desea él o ella que intervengan otras personas en la decisión que tomen sobre la planificación familiar. Si otros familiares se oponen a los deseos expresados por el o la usuario/a y si a éste o ésta no le incomoda hablar sobre el asunto, el proveedor puede invitar al cónyuge del la/el usuaria/o u otro familiar para discutir las diferentes opciones para planificar la familia y explicar por qué es mejor que estas decisiones las tomen los las/los usuarias/os mismos.

Cuando reciben orientación junto con sus compañeros, sin embargo, las mujeres participan menos que cuando la reciben solas y pueden tener menos influencia en las decisiones sobre la planificación de la familia.

Las/los usuarias/os que participan activamente en el proceso de la consejería, es decir, los que hacen preguntas, expresan opiniones, preocupaciones y ofrecen libremente información personal pertinente, llegan a tomar mejores decisiones y tienen más confianza en los resultados con el uso de métodos de planificación familiar.

Participación de la/ el usuaria/o: Papel de proveedor y papel de la/el usuaria/o

El papel del proveedor

La consejería centrada en la/el usuaria/o, requiere que los proveedores, apoyándose en sus destrezas de comunicación personal, logren lo siguiente en sus interacciones con las/los usuarias/os:

Entablar una buena relación comunicativa:

- Asegurar la privacidad y confidencialidad.
- Mostrar una actitud positiva y alentadora.
- Alentar a las/los usuarias/os a hacer preguntas y compartir información.
- Escuchar y observar lo que dicen y hacen las/los usuarias/os.
- Usar un tono de voz amigable y postura atenta para transmitir cordialidad, interés y respeto.

Enfocar la atención en el individuo:

- Responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresados por la/el usuaria/o.
- Indagar sobre el estilo de vida del usuario/a, etapa de vida, metas y preferencias.
- Ayudar al la/el usuaria/o a entender cómo influyen estos factores en la planificación familiar y otras opciones en cuanto a la reproducción;

- Responder a las inquietudes del la/el usuaria/o, incluyendo rumores, en forma respetuosa y constructiva.
- Averiguar, en el caso de la/el usuaria/o que regresa, cuál fue su experiencia y satisfacción con el método, incluyendo cualquier efecto secundario y cambios en su estilo de vida, metas y preferencias.

Comunicar claramente la información médica:

- Concentrarse en hacer o confirmar la elección o decisión.
- Ser breve.
- Usar lenguaje simple, no técnico.
- No dar demasiada información ni irrelevante.
- Dejar que las/los usuarias/os vean y toquen muestras y modelos.
- Motivar a las/los usuarias/os a hacer preguntas y dar tiempo suficiente.
- Comprobar la comprensión de las/los usuarias/os.
- Conocer sus propios prejuicios sobre los métodos y tratamientos y hallar formas de compensarlos.
- Usar ayuda-memorias y ayudas de trabajo para guiar e informar la interacción.

Brindar a las/los usuarias/os el método de Planificación Familiar que eligieron:

- Informar a las/los usuarias/os que tienen opciones y que la elección es de ellos.
- Ofrecerles su ayuda para considerar las opciones.
- Pedir a las/los usuarias/os que confirmen su decisión.
- Ayudar a las/los usuarias/os a apreciar los pros y los contras de continuar con los métodos o cambiarlos por otros.

Planear los siguientes pasos:

- Ayudar a las/los usuarias/os a planear cómo llevarán a cabo sus decisiones.
- Discutir cómo manejar los efectos secundarios, verificando detenidamente sus preocupaciones personales.
- Prever problemas y discutir cómo superarlos, incluyendo qué puede hacer la/el usuaria/o si comete un error, como por ejemplo, olvidarse de tomar una píldora.
- En lo posible, proporcionar a las/los usuarias/os material informativo sometido a prueba previamente que puedan consultar en casa.
- Invitar a las/los usuarias/os a llamar o regresar si tienen preguntas, dudas, inquietudes o desean otro método.
- Programar la próxima visita, en caso de ser apropiado.

Es importante que el proveedor reconozca y oriente a la/el usuaria/o sobre la importancia de su participación a fin de mejorar la calidad de sus interacciones, tomar decisiones informadas y lograr los objetivos para que desempeñe su papel y que pueda hacer lo siguiente:

Esperar buena atención:

- Pedir privacidad.
- Asegurarse que el proveedor mantendrá la confidencialidad.
- Volver a solicitar información o un método si es necesario.
- Pedir una cita cuando lo considere conveniente.

Obtener información:

- Solicitar información sobre sus opciones.
- Hacer preguntas.
- Pedir al proveedor que repita o aclare información que no han comprendido.
- Comprobar la propia comprensión de la información e instrucciones.

Revelar información:

- Responder en forma completa a las preguntas del proveedor.
- Ofrecer voluntariamente información sobre sus preferencias, necesidades y problemas.
- Expresar sus inquietudes, preocupaciones y temores.
- Discutir abiertamente su situación personal.

Tomar decisiones bien pensadas:

- Aceptar que la elección de un método es su derecho y responsabilidad.
- Entender cómo sus circunstancias y necesidades personales afectan tal decisión.
- Discutir con el proveedor las ventajas y desventajas de las opciones, para ayudar a elegir lo mejor.
- Pedir instrucciones y cualquier otra ayuda que puedan necesitar para llevar a cabo su decisión.

Fuentes: Kim, 2001; Kim, 2003; Murphy, 2000; Rinehart, 1998

IV.4. Factores que influyen una decisión***Valores del proveedor:***

Un valor es un acuerdo tácito entre dos o más personas sobre la manera correcta de obrar; su cumplimiento es un acto conciente e individual que queda de manifiesto en la relación humana. Entre un proveedor de servicios de salud y su usuaria/o, los valores que deben primar son aquellos que permitan dar la atención de calidad que el usuario requiere tales como la justicia, la tolerancia, la comprensión y respeto a la diferencia de lo contrario, corre el riesgo de contaminar la comunicación, verbal y no verbal, con juicios, marginaciones, rechazos, preferencias, acusaciones, regaños, y otros,

volviéndola una comunicación incompleta, sesgada y tendenciosa, conduciendo la decisión del usuario/a.

Valores de la/el usuaria/o:

Los valores individuales de las/los usuarias/os deben ser respetados en una relación con el proveedor de salud; tales valores se apoyan en experiencias, religión, creencias, cultura, actitud, y otros, es sobre lo que reflexiona sus propias decisiones. Es deber del proveedor indagar con la/el usuaria/o al respecto, para no contradecirle y poder brindar información más amplia sobre aspectos confusos o erróneos que la/el usuaria/o posea hasta estar seguro que la información ha sido comprendida totalmente.

Familia

Dentro de un grupo familiar existen valores, normas, intereses y objetivos comunes; el apego y cumplimiento de los mismos le proporciona al individuo un sentido de pertenencia. Si el individuo acepta conscientemente esas normas se siente apoyado en ellas, si piensa o actúa en contra de esos valores se siente presionado, ya que conducirse en contra de esa norma establecida es negar u oponerse a la familia. Dentro del grupo familiar se crean entre algunos miembros lazos de obediencia, sumisión, credibilidad y confianza que pueden influenciar al individuo en la toma de decisiones, sea esta influencia de apoyo o presión con relación a las normas familiares y por los propios valores de quien lo influencia.

Cultura:

Existen diversos obstáculos para completar el proceso educativo, entre ellos los bloqueos socioculturales y emocionales como el temor a equivocarse, temor a hacer el ridículo, la falta de auto eficacia (creer que no puede), normas sociales como la moral, las creencias, las influencias culturales y tradiciones, así como el entorno en general. Debe tomarse en cuenta éste ámbito cuando se

interrelaciona con el usuario/a a fin de fortalecerle la autoestima y la autoeficacia.

Pares o Parejas

Los “pares” o parejas son individuos capacitados para proporcionar orientación e información a otros de referencia los cuales reúnen características específicas de asociación, tales como sexo, edad, condición específica. Como todo ser social, posee sus propios valores, cultura, normas, creencias, y su propia manera de comunicación verbal o no verbal; estos pueden influenciar como modelos conductuales a los pares o parejas capacitados.

Normas sociales:

Es la percepción de si la mayoría de personas cercanas e importantes para el sujeto (la madre, la suegra, el hermano, el pastor, el sacerdote, la vecina, etc.) piensan que debe o no efectuar un comportamiento específico. Esta norma es determinada por varias creencias normativas, las cuales son expectativas percibidas de personas de referencia específica y por motivación de las personas para cumplir estas expectativas (hacer lo que el referente específico quiere o le gustaría que hiciera).

V. LOS CONTENIDOS DE LA CONSEJERÍA

V.1. Fases de la Consejería

La organización de trabajo, con metas específicas, es muy útil y facilita un rendimiento de trabajo mejor. Se identificaron tres fases, o metas, para dar una consejería balanceada:

- 1) Pre-elección
- 2) Elección
- 3) Post-elección

En la fase pre-elección, la/el usuaria/o es recibida cálidamente y se le formulan preguntas para identificar sus necesidades, condición o problema de salud, estilo de vida, comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de descarte de métodos que el proveedor y la/el usuaria/o consideran que a ella no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias.

La comunicación efectiva entre el proveedor y usuario en esta primera fase favorece las siguientes fases.

En la fase de elección, el proveedor responde a las necesidades de la/el usuaria/o, ofreciéndole información adecuada y comprensible para ayudarla a escoger un método. Esto implica que sólo abordará métodos relevantes para ella. El proveedor no deberá proporcionarle toda la información conocida sobre estos métodos, pues la saturaría y confundiría. Sólo debe ser comunicada la información esencial que le permita hacer una elección preliminar de método. Para ello se detallan a continuación, de **Tres a Cuatro** condiciones por cada uno de los métodos que deben ser suficientes, en esta fase.

Información de cada método en la fase de elección

Inyectables

1. Es una inyección que se pone en la cadera o el brazo cada 2 ó 3 meses.
2. Cuando la mujer desea quedar embarazada, deja de ponérsela. Pero puede pasar hasta un año hasta de quedar embarazada otra vez.
3. Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres dejen de ver su menstruación, sentir dolor de cabeza, mareo y/o nauseas. General mente desaparecen.
4. Después de 6 semanas del parto, la pueden usar las mujeres lactantes.

DIU (T de Cobre)

1. El personal de salud la coloca dentro de la matriz de la mujer.
2. Dura hasta 10 años.
3. Es inmediatamente efectivo una vez insertado y el retorno a fertilidad es inmediato después de retirarlo.
4. Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres tengan aumento en el sangrado durante la regla.

La píldora combinada

1. Es un método muy seguro siempre y cuando la tome todos los días, de preferencia a la misma hora, tenga o no relaciones sexuales.
2. Este método le protege solo después de la haya tomado para 7 días.
3. Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres sienten dolores de la cabeza, nauseas, mareo, generalmente desaparecen.
4. Cuando la mujer desea quedar embarazada, deja de tomársela y el retorno a la fertilidad es inmediato.

MELA

Es un método que funciona solo si:

1. La mujer no ha visto su menstruación después del parto.
2. La mujer da solo pecho cada vez que el/la niño/a quiera mamar de día y de noche.
3. El/la niño/a tiene menos de 6 meses de edad.

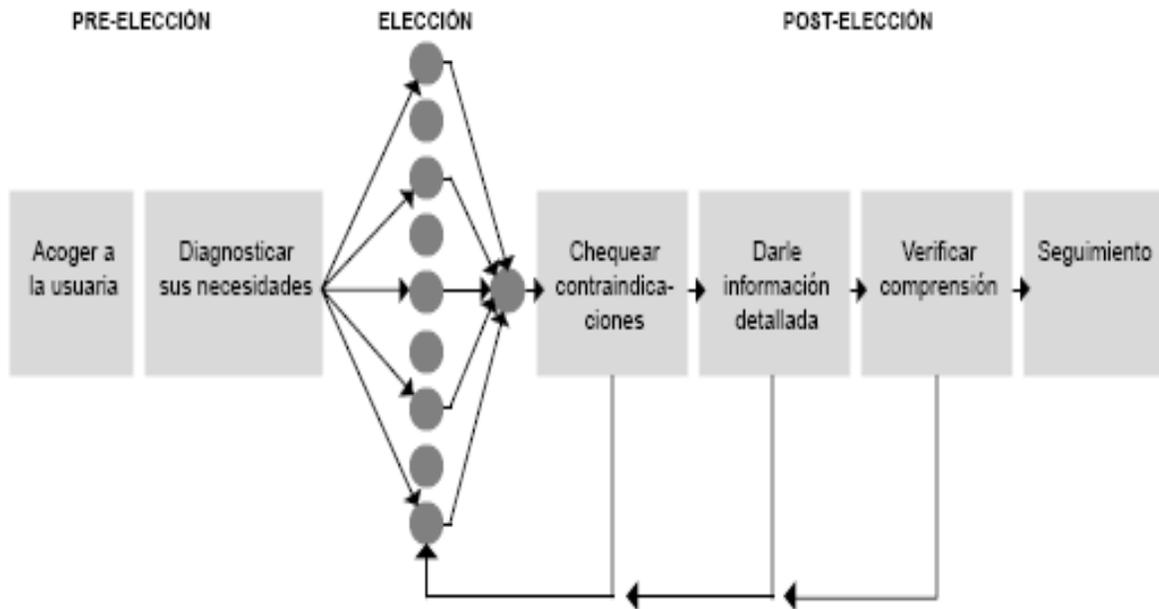
Esterilización femenina

1. Es una operación para la mujer que ya no desea tener más hijos. Es permanente.
2. Es una operación sencilla y muy segura.
3. Las relaciones sexuales de la pareja siguen igual y la mujer sigue viendo su regla.
4. La mujer puede regresar a su casa al mismo día, entre 2 y 6 horas después de la operación.

En la fase de post-elección.

El proveedor debe esperar a que la/el usuaria/o elija un método para examinar contraindicaciones de uso. Si el método esta contraindicado para ella, o la/el usuaria/o rechaza el método al conocer mayores detalles, puede regresar a un paso anterior y escoger un método alternativo. El proveedor debe asegurarse que la/el usuaria/o ha comprendido las instrucciones. Finalmente, habrá que dar seguimiento que la/el usuaria/o sepa que hacer para asegurar la continuidad de sus metas reproductivas y resolver eventuales situaciones de emergencias.

Fases de la Consejería



Pasos de la Consejería: ACCEDA

El objetivo principal de la consejería es ayudar a la/el usuaria/o a tomar decisiones, lo que se traduce en que de esta manera se está proporcionando una orientación en función de lo que mas conviene y que permita practicar la planificación familiar eficazmente y por más tiempo, así como la satisfacción de las/los usuarias/os ya que también comprende los sentimientos y sus necesidades. Se impartirá una buena orientación, siempre cuando el proveedor de los servicios de Planificación Familiar:

- Demuestre que los comprende y se ocupa de ellos. Gánese la confianza de la/el usuaria/o.
- Suministre a la/el usuaria/o información útil y correcta. Ayúdeles a comprender qué significa esa información para ellos.

- Ayude a la/el usuaria/o a decidir por sí mismos, basándose en una información clara y en los propios sentimientos, situación y necesidades.
- Ayude a recordar qué hacer si se presentara algún problema con el método

La orientación generalmente consta de elementos o pasos que en conjunto constituyen la consejería. Estos se han abreviado a través de 6 letras, donde cada una representa uno de los elementos o pasos, que no requieren de mucho tiempo para una buena orientación y que han demostrado ser una herramienta útil para ello.

Se consideran los pasos en la palabra ACCEDA, la cual representa cada uno de esos elementos, a los que se les debe impregnar la comprensión de sentimientos y necesidades de la/el usuaria/o.

A continuación se describen los pasos:

Paso 1

A – Atender

Reciba amablemente a la (el) usuaria(o).

Sea respetuosa(o) y cordial durante toda la consulta.

Asegúrele privacidad y confidencialidad.

Palabras clave

“Bienvenido a [nombre de los servicios u organización de atención de salud].

Me llamo [diga su nombre]. Me alegro de que haya venido a vernos.”

“¿En qué podemos servirle hoy?”
Después que le responda la/el usuaria/o, explíquele lo que ocurrirá a continuación.

“Todo lo que se hable en este momento quedará entre usted y yo”

Salude a la/el usuaria/o por su nombre.

El nombre de la/el usuaria/o puede actuar como palabra clave cuando se lo pronuncia en forma adecuada y respetuosa.

Las palabras y frases claves ayudan a que la/el usuaria/o se sienta cómodo, reconozca y exprese sus necesidades y tome buenas decisiones para sí mismos. También se ahorra tiempo, ya que van rápidamente al fondo de la cuestión.

Paso 2

C – Conversar

Determine cuáles son las necesidades de planificación Familiar.
Pregunte por sus intenciones reproductivas, actitud de la pareja, experiencia pasada con algún método.

Si la usuaria está en riesgo reproductivo, oriéntela a las consecuencias que la puede causar un embarazo y ofrecer asesoría en planificar su próximo embarazo.

Descarte métodos.

(Use materiales de apoyo).

Clasificar a la/el usuaria/o:

Inscripción

Subsecuente : (normal, morbilidad)

Reabastecimiento

I. Preguntar hábilmente: Hable en un tono de voz que denote interés y cordialidad.

II. Use palabras que la/el usuaria/o entienda,

Si la/el usuaria/o no ha comprendido, haga la misma pregunta de otra manera.

Palabras /frases clave para Conversar

“¿Qué espera que podamos hacer hoy por usted?”

Haga preguntas que inciten a la/el usuaria/o a expresar sus necesidades.

“¿Cómo se sentiría si llegara a quedar embarazada dentro de poco tiempo?”

“¿Cómo cree que se siente su marido acerca de la planificación familiar?”

Use palabras como “¿entonces?”, “¿y?”, “¡ah!”, para incitar a la/el usuaria/o a seguir hablando.

En preguntas delicadas, explique por qué—por ejemplo, si pregunta acerca del número de compañeros sexuales para averiguar el grado de riesgo de contraer ITS.

Evite iniciar preguntas con “por qué” pues puede dar la impresión de que está criticando.

Algunas/os usuarias/os no se atreven a hablar sobre sus necesidades, propósitos o esperanzas. Pero si usted no averigua qué quieren realmente, tal vez se vayan decepcionados. Tal vez no observen las instrucciones. Quizá no vuelvan. Incluso pueden quejarse de la atención que les ha brindado. De modo que a menudo es útil preguntar a ella/el amablemente, pero de manera directa, qué es lo que el usuario/a espera de esta visita.

Paso 3

C – Comunicar

3a

Complemente la información sobre los métodos apropiados para su condición.

(Use materiales de apoyo).
No recargue la información

Palabras/frases clave

“Usted mencionó que tiene dos compañeros ahora. La mejor manera de protegerse y de proteger a sus compañeras es usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales con cualquiera de ellos/ellas.” **(adaptada y personalizada)**

E – Elegir

3b

Deje que la/el usuaria/o elija el método.

Responda a sus inquietudes.

Los y las usuarios/as deberán tener el método que quieran siempre que comprendan y no haya razones médicas para evitarlo.

Palabras/frases clave

“¿Ha pensado en algún método?”
“Comunicar” en la buena orientación sobre la elección del método comienza con el conocimiento que la/el usuaria/o tiene sobre el mismo.

“¿Y qué es lo que le gusta de ese método?”
Verifique si realmente comprende el método. Cualquier idea equivocada (o mito) puede corregirse con amabilidad.

3c

Verifique que no tenga contraindicaciones para el uso del método elegido. (cuadro de criterios médicos de elegibilidad de FHI).

Si las tiene, que escoja otro.

Si la/el usuaria/o no puede usar ese método **Pregúntele ¿qué es lo que le gusta de ese método? y luego descríble métodos parecidos.**

D- Describir

3d

Instrúyala(o) en detalle sobre forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma del método. (Use folleto).

Si la usuaria se desanima puede escoger otro método.

Describa sólo lo referente al método elegido, forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma.

3d: Problemas comunes y sugerencias para resolverlos

Mensajes importantes

Muchas personas no experimentan ningún efecto secundario.

Los efectos secundarios más comunes **no** son peligrosos y **no** son signos de peligro.

Muchos efectos secundarios desaparecen sin tratamiento y/o pueden tratarse.

Los signos de alarma son razones médicas separadas de los efectos secundarios.

Expresar empatía a la/el usuaria/o por el problema que tiene. Algunos ejemplos de problemas comunes (sacar de practicas recomendadas—dudas, uso del método o efectos secundarios)

Paso 4

D- Describir

Verifique la comprensión. (Use materiales de apoyo vigentes).

Asegúrese que la (el) usuaria(o) comprendió toda la información.

Pídale que repita cómo va a usar el método.

Palabras/frases clave para Describir

“¿Cree usted que puede hacer esto?, ¿Qué podría impedirselo?”

Si ven problemas, usted y la (el) usuaria(o) pueden discutir distintas maneras de superarlos.

“¿Puede usted mencionarme algo de lo que hemos hablado, sobre el uso del método?”

Pida a la (el) usuaria(o) que repitan las instrucciones importantes. Esto les ayuda a recordarlas. Además, puede corregir con amabilidad cualquier error.

Paso 5

A – Acordar otra visita

Programe el seguimiento de la (el) usuaria(o).
Fije una cita: haga uso de la tarjeta de seguimiento (como se hace ahora para que la/el usuaria/o no se olvide).
Asegúrele que puede seguir contando con su ayuda.

Palabras/frases clave

“Por cualquier razón vuelva a visitarnos en el momento que usted considere necesario.”

“No olvide su próxima cita.”

Hacerle sentir la (el) usuaria(o) que siempre será bienvenido (a) al establecimiento como la primera vez.

Razones para otra visita:

Tiene preguntas o problemas, o quiere asesoramiento.

Necesita más suministros, otra inyección, o que se le reemplace el DIU o los implantes.

Necesita anticoncepción de emergencia

Quiere un método diferente—por cualquier razón.

Quiere ayuda para los efectos secundarios.

Ha notado una determinada razón médica para regresar

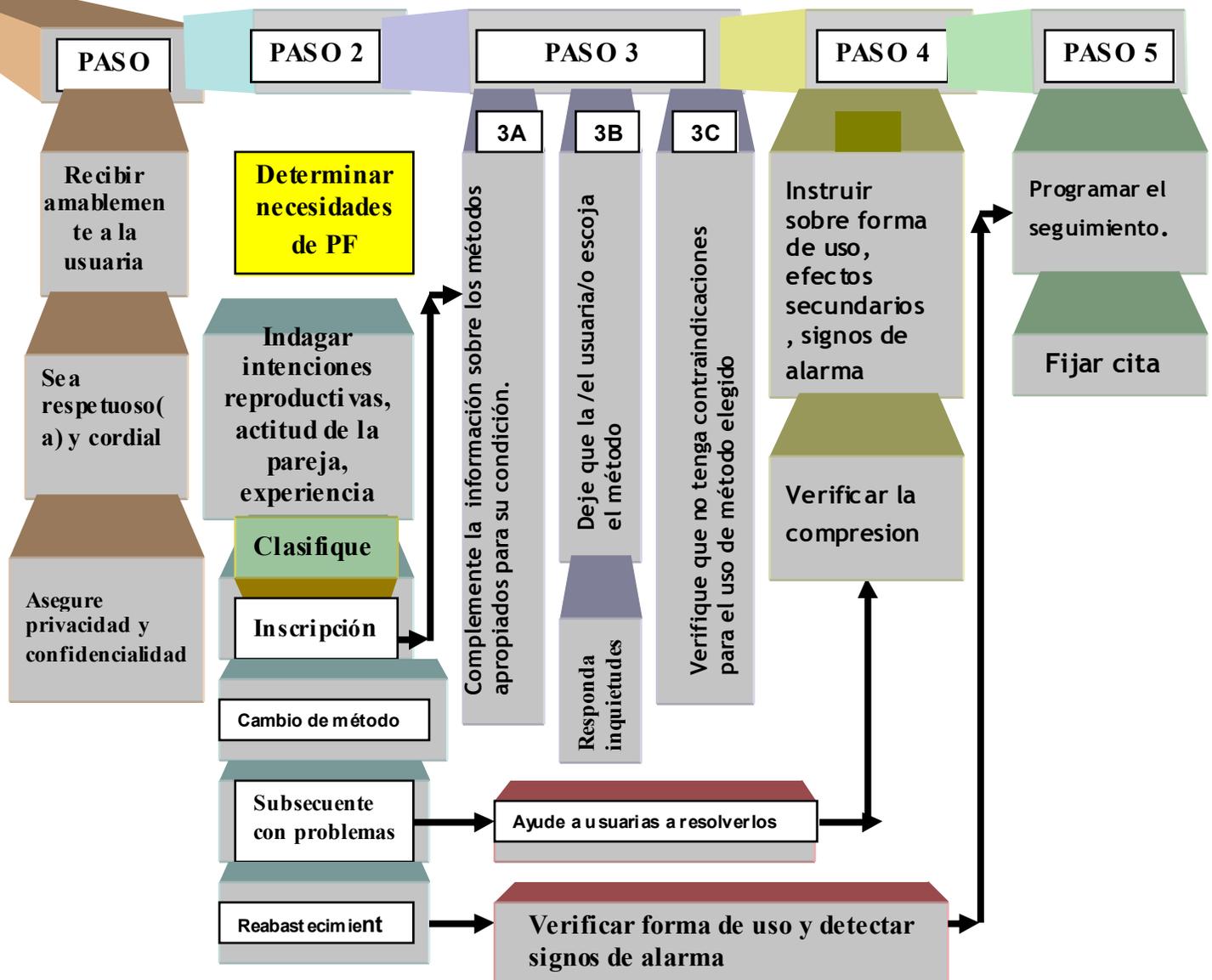
Trae al cónyuge, amigo, o pariente para recibir servicios o información.

Quiere verificar un rumor.

Necesita condones para protegerse contra las ITS.

Piensa que puede tener una ITS.
Piensa que podría estar embarazada.

ESQUEMA DE LOS PASOS DE CONSEJERIA



V.2. Usuarios/as especiales

Atención Prenatal

Durante el período prenatal es de considerar la atención integral de la embarazada por integrantes del equipo de salud con el fin de vigilar el proceso de gestación considerando los factores de riesgo reproductivo, para proporcionar consejería en los diferentes aspectos de acuerdo a sus condiciones. Para el caso es de considerar:

- La importancia de informar en relación a los riesgos reproductivos
- Períodos ínter genésicos
- Derecho a la decisión responsable del número de hijos que desea la usuaria de los servicios en el área materna. Si para el caso decide la esterilización se le brindará todo lo necesario para que pueda lograr su consentimiento informado

El objetivo final es que sea durante el control prenatal que la usuaria pueda tomar la decisión libre e informada del método a utilizar una vez verificado el parto.

Planificación familiar y lactancia materna

Se brindará toda la información pertinente relacionada con la lactancia materna, tanto en los beneficios nutricionales para el niño, como para ser considerado un método de planificación familiar.

El MELA es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes:

- Amenorrea
- Lactancia exclusiva
- Primeros 6 meses pos parto

La consejería inicial consiste en dar instrucciones detalladas de cómo establecer prácticas de amamantamiento óptimas y cómo lograr la eficiencia del MELA, iniciando desde el control prenatal.

La consejería adecuada ayudará a las mujeres a elegir y proporcionarles otro método anticonceptivo cuando el MELA no reúna cualquiera de los 3 criterios mencionados.

a. Post-evento obstétrico

La consejería en materia de anticoncepción durante el posparto y post aborto es esencial.

Para el caso del **post aborto** hay que considerar:

- El 75% de las mujeres ovulan en el curso de las seis semanas siguientes al aborto. A menudo la ovulación sobreviene a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro tras un aborto del segundo trimestre.
- Al evaluar los métodos que puedan resultar más apropiados para cada usuaria habrá que tener en cuenta los problemas clínicos presentados.
- La utilización de métodos debe ser abordada una vez estabilizado el estado médico de la usuaria.
- Después de un aborto hay que tomar en consideración todos los métodos anticonceptivos, siempre y cuando la usuaria haya recibido adecuada consejería y esté en condiciones de elegir con consentimiento informado;

Para el caso del post parto:

El posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas, biológicas y sociales muy peculiares, por lo que es un período con requerimientos especiales en materia de salud reproductiva.

La oferta de la utilización de la planificación familiar que se realizó con la usuaria y/o su pareja en la atención prenatal, deberá retomarse en el postparto en el momento oportuno de acuerdo al método seleccionado por la usuaria a fin de brindarle la consejería correspondiente.

En aquella mujer que está lactando, considerarlo para que el anticonceptivo utilizado no perjudique la continuidad de la lactancia.

Peri-menopausia

Para que la consejería en este período sea integral es de considerar:

El conocimiento de los cambios fisiológicos y clínicos que ocurren en la mujer

Informar de tal manera que la clienta conozca las particularidades, indicaciones, contraindicaciones, eficacia y riesgos inherentes al uso de métodos, a fin de poder hacer una elección libre, informada y responsable.

Por el alto riesgo reproductivo que representa este grupo etáreo, se aconseja la adopción de métodos anticonceptivos de alta eficacia o de aquellos que estén indicados por razones medicas.

Anticoncepción oral de emergencia

La consejería debe hacer énfasis en que la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) es:

- Sólo para casos de emergencia y no como un método anticonceptivo regular.
- Debe también incluir información sobre el posible uso de otros métodos anticonceptivos y cuando deben iniciarse,
- Efectos secundarios posibles y vigilar la probabilidad de la presencia de un embarazo.
- Cuando el uso de PAE es debido a uso incorrecto de un método regular, la consejería sobre el uso del mismo debe reforzarse o considerar el posible uso de otro método.
- Debe de informarse a la usuaria que la próxima menstruación puede presentarse algunos días antes o después de la fecha prevista.

Orientación para adolescentes

Debido a que en esta etapa la mayoría de los y las adolescentes no cuentan con la madurez física, psicológica, emocional, económica y social, no están preparados para afrontar responsablemente las consecuencias de las relaciones coito sexuales y que pueden ponerlos a riesgo considerable de contraer una ITS, incluido el VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino, embarazos no planeados y complicaciones obstétricas, así como otras repercusiones que esto acarrea en el ámbito biológico, psicológico y social, por lo que es recomendable postergar el inicio de la actividad sexual. Sin embargo las y los adolescentes que son sexualmente activos necesitan una anticoncepción apropiada, segura y eficaz.

ITS y VIH/ SIDA

Para la prevención primaria de ITS/VIH/SIDA es importante la promoción y educación de las conductas sexuales de manera segura y responsable. Los futuros padres y madres deben de saber que si contraen el VIH, pueden transmitirlo a sus hijos.

En la prevención de la transmisión materno-infantil (TMI) en los futuros padres y madres infectados es importante el seguimiento a personas VIH/SIDA e informar para evitar embarazos no deseados en mujeres VIH+.

La fertilidad no está disminuida en las pacientes infectadas por el VIH, comparada con las mujeres no infectadas en poblaciones demográficamente similares, por lo que es importante recomendarle métodos de anticoncepción.

Siempre que la mujer infectada reporte actividad sexo coital, se le deberá recomendar la utilización del condón masculino o femenino, aun cuando la mujer esté usando cualquier otro método anticonceptivo, ya que es el único método que previene la transmisión sexual del VIH y otras ITS.

Materiales de apoyo

Existe diversidad de material de apoyo, entre ellos:

- Algoritmo
- trípticos
- rotafolios
- cartillas
- Afiches
- Otros (dildos, modelos pélvicos, etc)

Es importante que se utilicen los materiales adecuados, con imágenes comprensibles en el proceso de consejería, así como enfatizar que la usuaria se vaya con material como referencia para compartir con familia, pareja, amigas.

VI. Monitoreo, Evaluación y Supervisión

A. MONITOREO

El monitoreo y la evaluación son parte esencial de cualquier esfuerzo por crear y mantener una buena comunicación entre los proveedores de salud y los usuarios/as. Sin el monitoreo y la evaluación, es difícil saber cuán eficaz es el desempeño de los proveedores, cuán satisfechos se encuentran los usuarios/as con los servicios, qué problemas existen y si son eficaces los intentos de realizar mejoras. Para elegir el método de monitoreo, debería observarse como se realizan sus proceso. Se incluye en el cuadro anexo 2 un resumen de algunos métodos de monitoreo.

Plan de monitoreo

Los equipos responsables del monitoreo elaboraran un plan anual, donde detalle los objetivos, métodos y periodicidad para su ejecución.

La periodicidad establece la frecuencia o períodos en que se medirá el indicador. Para la atención en PF, se ha establecido la periodicidad de medición trimestral o semestral.

Colección de datos

Para hacer estos monitoreos no se aplicaran métodos estadísticos requeridos en otros procesos de investigación. Sino que se puede seleccionar una muestra que permita identificar el grado de cumplimiento de los estándares. Se pueden considerar datos como el total de inscripciones realizadas, total de partos atendidos, etc. y un muestreo mínimo de 20 casos por trimestre.

B. EVALUACION

La **evaluación** determina por períodos, si los objetivos fijados se han alcanzado (mensual, trimestral, semestral o anual dependiendo del ámbito de evaluación), midiendo para ello la eficacia, los resultados de los servicios brindados y el desarrollo de las actividades en términos de mejoras en las coberturas de los servicios de atención en planificación familiar.

Indicadores y sus definiciones. Para lograr un adecuado proceso de monitoreo, evaluación y supervisión se tendrán como punto de enlace los indicadores priorizados, para fines de considerar los actualizados se tomarán como base los resultados esperados en el ámbito de los servicios de planificación familiar y específicamente del proceso de la consejería.

Análisis de datos se debe hacer en una forma que permite la comparación de datos de cada período. Generalmente se presentan porcentajes por cada indicador, por lo cual es importante mantener un cuadro con los numeradores y los denominadores. Sin embargo, se puede presentar números absolutos.

INDICADORES

Resultado	Indicador	Construcción	Fuente
Se provee consejería en PF como parte de la atención prenatal en los hospitales y unidades de salud	% de mujeres que recibieron consejería en PF, al menos una ocasión durante la atención prenatal	No. mujeres que han recibido consejería en PF durante control prenatal / Total # de mujeres encuestadas	Encuestas de salida (antes de alta después del parto)
Se provee consejería en PF como parte de la atención post parto en los hospitales y unidades de salud	% de mujeres que recibieron consejería PF, al menos una ocasión durante la atención post parto	No. mujeres que han recibido consejería en PF durante control post-natal / Total # de mujeres encuestadas	Encuestas de salida (en la salida de su control post-parto)
Todos los usuarios a quienes se les realiza una esterilización quirúrgica otorgan un consentimiento informado	% de esterilizaciones quirúrgicas realizadas con el consentimiento informado de la usuaria.	No. de esterilizaciones QX con la hoja de consentimiento informada firmados/total de esterilizaciones quirúrgicas realizadas	Libro de esterilizaciones IEMA Expedientes clínicos
Se provee consejería en PF según estándares del MSPAS	% de inscripciones en que se informaron, del método elegido, la tasa de efectividad, uso correcto, efectos secundarios y signos de alarma	No. de inscripciones en que se informaron, del método elegido, la tasa de efectividad, uso correcto, efectos secundarios y signos de alarma / Total inscripciones	Instrumento evaluación en pares o instrumento de auto-evaluación Encuesta de salida a inscritas/os

C. SUPERVISION

La Supervisión es un conjunto de actividades que ayuda a obtener los resultados previstos en los planes estratégicos y operativos, por eso se constituye una de las funciones de gestión y de liderazgo que ha sido definida como el conjunto de medidas tendientes a mejorar la calidad en la prestación de servicios y a garantizar que el personal desempeñe sus actividades con eficacia y se hace más competente en su trabajo.

Supervisión Facilitadora

La supervisión eficaz es el elemento unificador en el control de la calidad, porque proporciona a los empleados operativos la dirección y el apoyo que necesitan para aplicar las directrices en sus actividades cotidianas. En los sistemas convencionales de supervisión, el supervisor desempeña el papel de inspector y utiliza listas de verificación para evaluar el desempeño del personal. Dichas listas pueden enfocar la atención del supervisor en cuestiones de calidad, ayudarlo a identificar áreas específicas con debilidades e instarlos a proporcionar retroalimentación inmediata al personal.

Sin embargo, la función del supervisor puede ir más allá de la inspección para incluir apoyo y orientación para los empleados operativos. Los supervisores pueden reducir los temores de los subordinados y desarrollar relaciones donde haya más confianza. También pueden ayudar al personal a resolver problemas, capacitar y motivar a los empleados, proveer un vínculo con los administradores de rango más alto y servir como partidarios: por ejemplo, ayudando a obtener la capacitación, infraestructura o los suministros necesarios. Al ver a los subordinados como usuarios/as internos, los supervisores fomentan un enfoque más productivo en la supervisión.

Los miembros del personal de una organización pueden considerarse "usuarios/as internos" porque reciben productos y servicios esenciales para su trabajo por parte de sus compañeros de trabajo. Los gerentes deben escuchar y responder a las necesidades de los proveedores iniciales, supervisores y otros usuarios/as internos en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los usuarios/as externos.

Los prestadores de servicios de planificación familiar dependen de sus compañeros de trabajo para obtener y mantener el equipo, para asegurarse de que se disponga de suministros, para archivar registros, para proveer capacitación y supervisión, para referirles usuarios/as y aceptar referencias de ellos, y para realizar muchas otras tareas. Cuando los compañeros de trabajo no cubren estas necesidades, se les hace más difícil a los profesionales de salud prestar servicios de buena calidad.

No es adecuado señalar a los miembros del personal por los defectos de un programa, la supervisión facilitadora apoya la revisión y reorganización de los sistemas de respaldo para facilitar el trabajo. En el caso del personal, la satisfacción y el desempeño en el trabajo suelen variar según las expectativas. Cuando los miembros del personal esperan que todos trabajen juntos para mejorar la calidad, pueden instar a sus compañeros de trabajo a mejorar.

Supervisión Situacional

La elección del estilo de supervisión, aunque puede depender en parte de la personalidad del supervisor, dependerá sobre todo de las circunstancias, de las necesidades del trabajo y de las capacidades del personal; sin embargo es de considerar que para el éxito de esta actividad, se requiere lograr un liderazgo situacional que conlleve los puntos críticos existentes en un momento determinado.

La supervisión no puede ejercerse "al azar" sin puntos de referencia específicos, es necesario conocer previamente, información disponible, así como los procesos establecidos para realizar algunas actividades específicas.

En el desarrollo de las actividades de consejería es importante considerar los aspectos de monitoreo, evaluación y supervisión como un eje esencial en el desarrollo de las actividades en la provisión de los servicios, así como en su mejoramiento continuo de la calidad de ellos.

VII. GLOSARIO

- **Abstinencia:** Privación voluntaria de las relaciones sexuales.
- **Amenorrea por lactancia:** Es la ausencia de la menstruación en el período postparto mientras la mujer esta lactando.
- **Consentimiento voluntario informado:** Es un concepto basado en derechos humanos conforme al cual las personas acceden a recibir tratamiento médico, usar un método de planificación familiar o participar en un estudio, como resultado de la información recibida, en forma voluntaria y conciente.
- **Consejería** es un proceso de comunicación interpersonal en el cual una persona ayuda a otra en la toma de una decisión y actuar en consecuencia.
- **Edad fértil o reproductiva:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
- **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.
- **Efectos secundarios posibles:** Signos y síntomas contrarios a los normales que se presentan por corto o largo tiempo, durante la utilización de algún fármaco (anticonceptivo).
- **Espacio inter genésico:** Es el período que habrá entre nacimientos y embarazos a través del uso de la planificación familiar.

- **Infección de Transmisión Sexual (ITS):** Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
- **Factor de riesgo:** Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.
- **Lactancia materna exclusiva:** Alimentación del recién nacido con leche materna, sin adición de otros líquidos, o alimentos evitando el uso de chupones o biberones.
- **Mecanismo de acción:** Forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.
- **Método permanente:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad en forma definitiva.
- **Método temporal:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad por un tiempo determinado.
- **Monitoreo:** Estudia la ejecución y rendimiento de las actividades de forma permanente e incluye la utilización de los recursos humanos y materiales (vehículos de transporte, suministros médicos, papelería etc.), así como los procesos de gestión y atención de los servicios individuales, y el seguimiento de los resultados en términos de costo/beneficio.
- **Nuligestas:** Aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.

- **Nulípara:** Aquellas mujeres que aún no han parido o a dado a luz un feto.

- **Puerperio:** Proceso que se inicia al termino de la expulsión del feto y los anexos del embarazo que finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 semanas ó 42 días y comprende 3 períodos:
 - a) Inmediato, las primeras 24 horas
 - b) Mediato, del segundo al séptimo día
 - c) Tardío, desde el octavo hasta 42 días postparto

- **Relación sexual:** Para los fines de esta Guía Técnica se considera relación sexual únicamente al coito vaginal (penetración pene-vagina).

- **Retorno a la fertilidad:** Tiempo que demora en volver la fertilidad.

- **Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

- **Salud Reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.

- **Usuario (a):** Persona que solicita o utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado algún procedimiento como método anticonceptivos permanentes.

- **Usuario (a) potencial:** Hombres o mujeres en edad fértil con vida sexual activa que actualmente no usan un método anticonceptivo.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

Derechos de las personas usuarias en Planificación Familiar.

- 1) **Derecho a la Información.** Todas las personas tienen derecho a recibir información completa sobre la planificación familiar para ellos y sus familias.
- 2) **Derecho al acceso.** Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de planificación familiar de calidad, sin importar estatus social, situación económica, religión, creencia política, origen étnico, estado familiar, ubicación geográfica o cualquier otra característica que pueda colocar a las personas en determinados grupos. Incluye el derecho a obtener el método seleccionado.
- 3) **Derecho a Escoger.** Todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre e informada si quieren planificar su familia o no, escoger el método anticonceptivo y cuando usarlo. Incluye las decisiones de las personas usuarias de discontinuar un método o cambiarlo, y a optar por el proveedor de servicios con el que se sientan más cómodos.
- 4) **Derecho a la Seguridad.** Las personas usuarias tienen derecho a la seguridad en la utilización de la planificación familiar. Esto implica que tienen derecho a una anticoncepción eficaz y a ser protegidos de posibles efectos secundarios del método seleccionado, así como a otros riesgos que se deriven de la idoneidad del lugar en donde se presta el servicio y la competencia técnica de los proveedores. Además incluye el tratamiento oportuno y adecuado de cualquier complicación o efecto secundario posible del método.
- 5) **Derecho a la Privacidad.** Toda persona tiene derecho a discutir sus necesidades o preocupaciones y a que se le realicen exámenes físico, de

laboratorio y otros, en un ambiente en que se sienta cómodo, sin ser escuchado y/u observado por otras personas.

- 6) **Derecho a la Confidencialidad.** Debe asegurarse a la persona usuaria que cualquier información que proporcione o los detalles de los servicios que recibe, no serán comunicados a terceros sin su consentimiento.
- 7) **Derecho a la Dignidad.** Las personas usuarias tienen derecho a ser tratados con cortesía, consideración, atención y respeto a su dignidad, sin importar su nivel educativo, estatus social, género o cualquier otra característica que los distinga o que los pueda hacer sujetos de abusos.
- 8) **Derecho a la comodidad.** Las personas usuarias tienen derecho a sentirse cómodos mientras reciben los servicios, acordes a sus valores culturales y a permanecer el tiempo que sea razonablemente requerido.
- 9) **Derecho a la continuidad.** Las personas usuarias tienen derechos a recibir servicios e insumos anticonceptivos durante el tiempo que lo necesiten, es decir no deben ser descontinuados a menos que sea decidido la persona usuaria y la que provee.
- 10) **Derecho a opinar.** Las personas usuarias tienen derecho a expresar sus opiniones sobre los servicios que reciban y a opinar e involucrarse en los programas de planificación familiar.

Considerando los conceptos y principios de la calidad de atención en salud y desde la perspectiva de proveedores de servicios de planificación familiar, deben reconocerse sus necesidades, como: información, capacitación, orientación, respaldo, recibir estímulo, educación continuada, necesidad de expresarse, así como disponer de infraestructura y suministros apropiados, a fin de brindar servicios con calidad.

ANEXO 2

Método	Descripción	Ventajas	Desventajas
Observación directa	Observadores entrenados, que generalmente son personal de campo o supervisores, observan las consultas y evalúan la calidad de la interacción conforme a una guía de observación estructurada. Seleccionar adecuadamente y entrenar a los observadores es la clave para obtener datos confiables; caso contrario, distintos observadores pueden interpretar e informar sobre las acciones de los proveedores en forma diferente	<ul style="list-style-type: none"> • Chequeo de los insumos necesarios para consejería, métodos; sala con privacidad; materiales de IEC) • Observación de desempeño técnico del proveedor • Observación de la interacción con usuario/a 	<ul style="list-style-type: none"> • Consume mucho tiempo y es costoso • La presencia del observador influye el desempeño del observado. • Cuando los usuarios/as saben que están siendo observados puede que estén menos dispuestos a hablar. • Para medir desempeño de una ocurrencia rara, hay que esperar hasta que ocurra (eJ. consejería de un método menos usado).
Entrevista con proveedores	Uso de un instrumento estandarizado para estructurar la entrevista y por lo tanto sacar respuestas que se pueden comparar	<ul style="list-style-type: none"> • Medir conocimiento del proveedor sobre temas de consejería (PF, comunicación interpersonal, consejería) • Consume menos tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • las prácticas reales de los proveedores no siempre son coherentes con sus conocimientos, con las actitudes que profesan, ni con su desempeño bajo condiciones normales (ejem., con los límites de tiempo etc.)
Encuestas de salida	Entrevistar a los usuarios/as inmediatamente después de las consultas puede revelar lo que ocurrió allí y si los usuarios/as quedaron satisfechos Los evaluadores pueden reducir el sesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Medir satisfacción de la/el usuaria/o, incluso con el desempeño en el área interpersonal, con sus necesidades de PF, y su habilidad de 	<ul style="list-style-type: none"> • Limite de temas en que se puede sacar información del usuario/a • Usuario/a puede no recordar con exactitud lo ocurrido durante la sesión de consejería • La combinación de bajas expectativas, el

Método	Descripción	Ventajas	Desventajas
	realizando las entrevistas en privado, lejos del establecimiento, con personal que no trabaja en la clínica en cuestión	<p>implementar decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir acciones concretas de proveedores, como uso de ayudas audiovisuales o si un tema específico fue abordado adecuadamente durante la sesión de consejería 	<p>sesgo de la cortesía y el temor de criticar a la autoridad alienta a los usuarios/as a informar una satisfacción plena con los servicios, evitando criticar a la clínica y su personal, y, por lo tanto, inclina los resultados en dirección favorable. Los evaluadores pueden reducir este sesgo realizando las entrevistas en privado, lejos del establecimiento, con personal que no trabaja en la clínica en cuestión.</p>
Revisión de expedientes	Revisar los expedientes para verificar la aplicación de normas y estándares.	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo, requiere menos tiempo que la observación y la entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de documentación puede significar inhabilidad de medir desempeño verdadero.
Auto-evaluación/ Evaluación entre pares	Los proveedores monitorean sus propias destrezas y desempeño, los de un colega, por medio de una lista de verificación para calificar las destrezas clínicas y comunicativas, ejem., la consejería, de los proveedores durante visitas.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden identificar que se necesita hacer sin necesidad de supervisión externa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede sufrir el sesgo del evaluador.

Método	Descripción	Ventajas	Desventajas
Observación por usuaria/o simulado	Las personas de la comunidad se entrenan para reconocer lo que constituye buena atención y luego acuden a los servicios de salud en busca de atención, sin avisarles a los proveedores que son parte de una evaluación. Luego, el usuario/a simulado informa a los investigadores cómo fue su experiencia con el proveedor y el establecimiento. Para aumentar la objetividad y confiabilidad de los informes, se debe definir cuidadosamente el perfil del usuario/a simulado y limitar la retroalimentación a conductas del proveedor y características específicas del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiza el sesgo que puede resultar con otros métodos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costoso • Requiere de capacitación de los usuarios/as simulados

IX. BIBLIOGRAFIA

Andel-Tawab y Roter, Outlook 17(2):1-8. 2002; volumen 25

Abdel-Tawab, N. and Roter, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: Lessons from the Egyptian experience. *Social Science and Medicine* 54(9):1357-1368 (2002).

Canto De Cetina, T.E. et al. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 63:143-6 (2001).

Lei, Z.W. et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 53:357-361 (1996).

Luck, M. et al. Mobilizing demand for contraception in rural Gambia. *Studies in Family Planning* 31(4):325-335 (2000).

Oakley, D. Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behavior. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 170(5):1585-1590 (1994).

Leon, F.R. et al. Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: a study in Peruvian clinics. *International Family Planning Perspectives* 27(1):28-33, 46 (2001)

Baveja, R. et al. Evaluating contraceptive choice through method-mix approach. *Contraception* 61:113-119 (2000).

Lazcano, E.C. et al. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted Infection* 76:277-281 (2000).

Ministerio de Salud Publica y asistencia Social. Noma técnica de Planificación Familiar, Calidad en los servicios de planificación Familiar, pag. 11. 1ª. Edición. (2004)

Ministerio de Salud Publica y asistencia Social. Guía de atención en Planificación Familiar, 154 pag. 1ª. Edición. (2004)

Murphy, E. and Steele, C. Client-provider interactions in family planning services: guidance from research and program experience. *MAQ Paper* 1(2) (2000).



Pai Sanito

MINISTERIO
DE SALUD

Nosotros llevamos SALUD