

Programa de procreación responsable en Obras Sociales: análisis exploratorio de opiniones y de adhesión en mujeres que concurren a consultorios externos



Por Alicia Beatriz
Cormack

Médica (UBA)
Directora Médica del
Policonsultorio de la
O.S.U.T.H.G.R.A.
Magíster en Sistemas de Salud
y Seguridad Social (Universidad
ISALUD)

Director:
Eduardo Filgueira Lima (Universidad ISALUD)

Jurado evaluador:
Dra. Cristina Casassa (Universidad ISALUD)
Mag. Daniela Álvarez (Universidad ISALUD)
Dr. Ernesto Van Der Kooy (Fundación Santorio Guemes)

La versión completa de este trabajo está disponible
en el Centro de Documentación de ISALUD

1. Introducción

La complejidad de la temática de la salud sexual requiere de abordajes integrales e interdisciplinarios, que reflejen la multidimensionalidad de la cuestión. En este trabajo se presentarán los ejes claves que atraviesan a la temática, la perspectiva de género, los marcos normativos y recomendaciones nacionales e internacionales, cuestiones educativas y culturales que se relacionan a ello, y así también las características socio demográficas e indicadores sanitarios que reflejan el estado de la salud materno infantil en nuestro país. Luego de este recorrido conceptual y de la revisión de estos fundamentos, el trabajo se focalizará en el análisis de la estrategia implementada en un conjunto de Obras Sociales (OS) que aplican el Programa de Procreación Responsable (PPR). De esta manera se intenta contribuir al debate necesario en materia de procreación responsable, tanto desde el punto de vista político sanitario como desde los procesos de gestión involucrados en las intervenciones y programas.

En los años 2001 y 2002 se pudo observar en la Argentina una alta tasa de mortalidad materno infantil, el crecimiento de enfermedades de transmisión sexual, de HIV/SIDA y un aumento considerable de los embarazos no deseados en adolescentes, que muchas veces originan internaciones por complicaciones post aborto. Mundialmente, los abortos inducidos están estimados en 45 millones por año, casi un aborto por cada tres nacidos vivos. En América Latina esta cifra se calculan entre el 21 y el 28% de los nacimientos. Los embarazos no deseados originan abortos, muchos de ellos efectuados en condiciones no seguras, especialmente en mujeres pobres que son condenadas a situaciones que ponen en peligro su vida.

Esta realidad evidencia la necesidad de incorporar el enfoque socio-político al análisis de los determinantes de este tipo de situaciones, tales como la pobreza, las desiguales relaciones de género y la exclusión social.

Entre los seis principales problemas reconocidos por la OMS que afectan la salud de las mujeres a nivel mundial (nutrición, salud reproductiva, riesgos relacionados con el medio ambiente y trabajo, enfermedades no transmisibles, salud mental y violencia contra la mujer) la salud reproductiva es definida de la siguiente manera:

Salud sexual y reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables. (OMS, Beijing 1995).

A esta definición, tomada de la 4^{ta} Conferencia Mundial sobre la Mujer, se la considera como la iniciadora del reconocimiento positivo de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos.

El primer reto, entonces, es el de aceptar un cambio de paradigma en que la salud sexual sea considerada como un componente indispensable del desarrollo de la salud y de la educación y como una inversión importante para los países, siendo condición fundamental para que esto ocurra la implementación de políticas sociales y sanitarias que incluyan los determinantes de la salud, que promuevan la equidad de género, que mejoren el acceso legal y económico a los servicios integrales de salud y que establezcan mecanismos para la articulación de espacios de promoción de la salud sexual entre los diversos actores sociales: escuelas, centros de salud y distintas organizaciones de la sociedad civil.

En sus definiciones, tanto la OPS como la OMS (2000) sostienen que una comunidad promueve conductas sexuales responsables al proveer el conocimiento, los recursos y los derechos individuales necesarios para que se puedan dar estas prácticas, y esto incluye el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva a los que se puede acceder de forma voluntaria, y la habilidad de expresar la propia orientación sexual sin violencia ni discriminación.

En la República Argentina, el acceso a la información sobre sexualidad y reproducción no ha circulado con facilidad, en especial entre la población de menores recursos económicos, menor nivel de escolaridad y/o residente en zonas rurales. Esta carencia de información afecta a amplios sectores sociales y requiere de equipos de salud que se comprometan con los usuarios para asegurar la transferencia de conocimientos acordes con la actualidad. Es ésta una manera de ayudarlos a tomar decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Con respecto a su salud, la población adulta generalmente utiliza los medios asistenciales cuando consulta por una patología, o bien cuando realiza actividades preventivas, como son el control prenatal o el uso de algún método anticonceptivo. De esta manera, Cada contacto, y en especial las actividades relacionadas con el proceso reproductivo, constituye una oportunidad a considerar por los profesio-

sionales de la salud para entregar información pertinente y adecuada a las necesidades estas personas.

En el marco de estos fundamentos, el presente trabajo se circunscribió al análisis exploratorio de los resultados respecto a la adhesión y satisfacción de las afiliadas de un grupo de OS, beneficiarias de la implementación del PPR. De esta manera, los objetivos planteados son los siguientes:

- Analizar resultados preliminares del PPR.
- Indagar los resultados de adherencia y satisfacción en afiliadas bajo programa
- Identificar puntos críticos que deberían optimizarse.

2. Implementación en las OS del PPR

En el año 2006, se comenzó a implementar PPR. Esta implementación implicó la suma del compromiso entre distintos actores e instituciones relacionados con la problemática: directivos médicos, equipos de salud y prestadores. Se acordó entre los profesionales la obligación de proveer la información necesaria, ya sea en forma oral o mediante folletos que fueron distribuidos por las OS conteniendo diversos elementos explicativos que se detallan en el cuadro 1

Después de fijar estas metas y realizar las actividades de capacitación necesarias, se garantizaron las cuestiones operativas del plan y sus necesidades, se confeccionaron planillas por cada paciente y OS, realizando reuniones trimestrales, entregando todos los insumos necesarios y realizando las prácticas necesarias en los consultorios, los métodos quirúrgicos fueron realizados en nuestros sanatorios, con un formulario de aceptación firmada y cooperando con nosotros psicólogos que previo al tratamiento orientaron a los pacientes.

2.1 Encuesta de satisfacción del usuario (dentro del PPR)

En los meses de setiembre y octubre de 2007 se realizó una encuesta cerrada y anónima de adhesión y satisfacción de las usuarias bajo PPR. Se realizaron 17 preguntas en los centros de atención primaria de conurbano bonaerense y en el Sanatorio Güemes. El tamaño de la muestra fue de 408 casos y la distribución de respondentes por grupo etáreo se puede apreciar en el gráfico 1.

Brevemente las principales características de los grupos se mencionan a continuación:

Entre 15 y 20 años: un 12 % ya habían tenido uno o dos partos/cesáreas y los métodos anticonceptivos más utilizados fueron: anticonceptivos orales (75 %) y profilácticos (18%)

- Entre 21 y 30 años: el 46 % tenía un parto, seguidas de ningún parto, y luego por 2, 3 y hasta 4 partos/cesáreas.
- Entre 31 y 40 años: el 30 % con 1 y 2 partos/cesáreas, habiendo paciente que llegaron a tener 9 partos /cesáreas.
- Entre 41 y 50 años: 11 % 3 partos /cesáreas llegando a haber pacientes con 6 partos /cesáreas.

Cuadro 1

Sugerencias profesionales y contenidos explicativos de los folletos entregados en el PPR

a) Eficacia del método: Uso adecuado del método anticonceptivo elegido y factores que pueden afectar su eficacia. Es aconsejable entregar instructivos prácticos y claros sobre que hacer en caso de dudas, o de cometer un error de uso (p. ej: olvido un comprimido) y que hacer si se presentara algún problema o síntoma.

b) Ventajas y Desventajas: de cada uno de los métodos.

c) Efectos colaterales y complicaciones: conocerlos con anticipación favorece una mejor adaptación y satisfacción con el método. Por otro lado permite, frente a la aparición de síntomas, consultar oportunamente.

d) Prevención de ETS: Colaborar en la comprensión y evaluación de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo HIV/SIDA y hepatitis B, por medio del uso de condones (doble método: anticonceptivos y de prevención de ETS).

e) Seguimiento: en usuarios de métodos hormonales, DIU y preservativos, o cualquier otro para ser nuevamente recetados a cambiar de método según las circunstancias en que se encuentre la pareja.

f) El médico/a debe difundir los mensajes claros en su contenido y forma y adecuarlos al marco de referencia, y debe actuar en consecuencia indicando y recetando, los anticonceptivos orales, u otro método además de realizar actos médicos y quirúrgicos en el tiempo lo más rápido posible, recordando que el tiempo es sumamente importante.

g) Sugerencia a los profesionales para que en la primera consulta de pacientes adolescentes que generalmente les cuesta volver a la consulta, indicar desde el primer día un anticonceptivo, si es necesario darle medicación (se entrego gran cantidad de ACO) y en las próximas consultas organizar para estudios y evaluar la anticoncepción elegida a largo plazo.

h) Se instalaron consultorios exclusivos para procreación responsable con los profesionales bien capacitados y en un ambiente en el cual es fundamental la privacidad para permitir máxima confianza, comunicación y comprensión

i) Alentar las discusiones que pudieran requerir las personas, tener tiempo suficiente, exclusivo a fin de poder efectuar una elección adecuada.

j) Es importante evitar la comprensión equivocada y la omisión de información importante o de instrucciones. Se deberá evaluar el grado de comprensión del usuario, y si es necesario proveer recordatorios en forma impresa, folletos, carteles etc., que pueden facilitar el recuerdo de los detalles dados.

k) No deben esperarse resultados siempre exitosos en la primera reunión, debe insistirse en la necesidad o la conveniencia de complementar la reunión.

l) Proveer a los consultorios de los insumos (profilácticos, DIU, etc.) y medicamentos (ACO o inyectables como cremas espermicidas, etc.), como el instrumental necesario para que el profesional estudie o realice la práctica conveniente en el paciente.

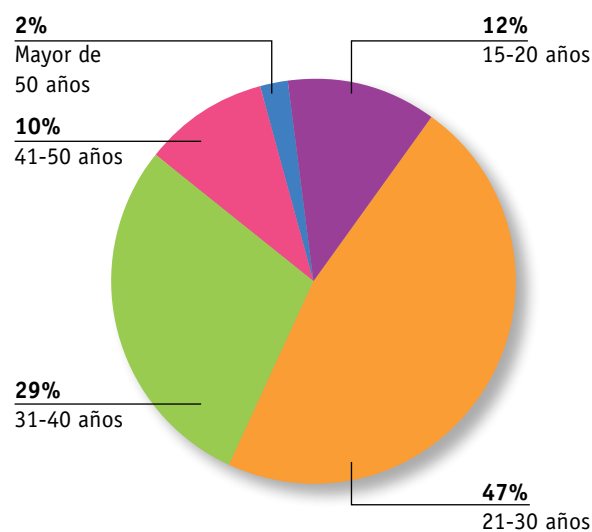
2.2 Algunos resultados exploratorios

Es posible observar que el 66% de las encuestadas se ha informado de la existencia del PPR a través de los profesionales médicos que integran la red prestacional. De este manera puede afirmarse que las afiliadas que no concurren al médico, tienen escasas posibilidades de conocer sobre la existencia de este programa. Por lo cual, sería aconsejable que las OS analicen la posibilidad de brindar una mayor difusión entre sus afiliadas sobre la existencia de este programa, por ejemplo a través de cursos, folletos y diversas campañas informativas.

El 72% de las afiliadas que se encuentran bajo programa se atienden en los Centros de Atención Primaria (CAPs) distribuidos en el conurbano bonaerense, lo cual evidencia la importancia de estos centros para la instrumentación de los planes de prevención

En cuanto a la facilidad de acceso al profesional médico perteneciente a la red, podemos decir que la demora en la obtención de los turnos no resulta significativa. El 75% de las encuestadas tuvo: ninguna demora, menos de una semana o entre una y dos semanas, lo cual da sustento al 98% que manifestó en el punto anterior sobre la facilidad de acceso que tuvo al momento de contactar a un profesional.

Gráfico 1
Distribución etárea de mujeres en el PPR (en OS seleccionadas)



Fuente: Padrón OS y Programa Salud Sexual y Procreación Responsable

El 100% de respuestas satisfactorias respecto a la atención recibida de parte del profesional, se encuentra altamente relacionada con el hecho de que el 98% de las mujeres manifestó haber recibido información suficiente por parte del profesional y el 98% haber recibido indicaciones sobre los métodos anticonceptivo más apropiado para su caso en particular.

Los métodos anticonceptivos indicados han sido mayormente anticonceptivos orales (56%), seguido por la colocación de DIU (28%), tal como puede apreciarse en el gráfico 2.

Un aspecto a destacar que resulta esencial para la correcta implementación del programa y la futura adhesión de la población de mujeres en edad de concebir es que de las encuestadas a las que les fueron indicados anticonceptivos, el 92% los recibe con regularidad y sin dificultad.

Es preciso mencionar que el 76% de las encuestadas a las que se les indicó la colocación de DIU han manifestado que fue colocado con demoras. Tal vez dicha percepción se deba a las medidas preparatorias que la colocación requiere, por ejemplo: estudios preliminares, momento apropiado para su colocación, etc.

Por otra parte el 92% de las encuestadas se manifiestan satisfechas con respecto a la colocación del DIU.

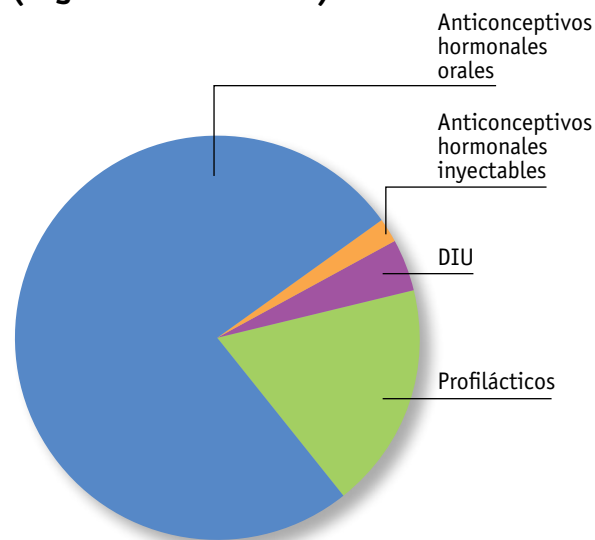
El 67% de las encuestadas manifiestan que los profilácticos les fueron entregados sin demoras, por lo cual resta por analizar cuáles son las razones que originaron el 32% de las demoras a fin de reducir las mismas.

El 44% de las encuestadas manifiesta que efectúa sus controles cada tres meses, ello se debe a que se autoriza la cobertura de recetas, al 100%, por tres meses, con lo cual el control en efecto se realiza trimestralmente.

Un 6% de las encuestadas quedó embarazada aún utilizando algún método anticonceptivo por causas que más adelante analizaremos. De este 6% el 44% han quedado embarazadas utilizando anticonceptivos orales, probablemente debido a la toma discontinua o incorrecta. Asimismo el 11% de las encuestadas quedaron embarazadas utilizando profilácticos, posiblemente por no utilizarlos correctamente.

Finalmente, el 99% de las encuestadas recomendaría a otra afiliada

Gráfico 2
Anticonceptivos más recomendados (según encuesta PPR)



Fuente: Elaboración Propia.

al ingresar al programa, por lo que el nivel de aceptación del mismo ha sido alto, incrementando la posibilidad de difusión del programa por su excelente aceptación de parte de las mujeres que forman parte de él y que en el futuro divulgarán sus beneficios.

3. Conclusión

Implementar trabajos estratégicos de manera coordinada por parte de las OS para abordar programas de salud sexual resulta fundamental para optimizar los enfoques de educación para la salud y prevención de la salud. En el caso analizado, las encuestas indican satisfacción de las usuarias, pero esto no es suficiente y las OS deben intensificar los mecanismos de comunicación, información, seguimiento y adherencia a dichos programas. Desde el enfoque de género resulta también fundamental el trabajo con mujeres y varones, atendiendo sus necesidades diferenciales y de modo inclusivo.

Bibliografía

- Camacho Hubner, A. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y Población, Salud y desarrollo de Adolescentes y Jóvenes. Perfil de salud sexual de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, 1988-1998.
- Casale, R.; Ferreiros, J. Manual de Anticoncepción. Basado en la mejor evidencia disponible. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Año 2006. Impreso en Argentina Aktion, Elea, División, salud femenina
- Dirección de Estadísticas e información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Anuario Estadísticas Vitales Noviembre 2006.
- Filgueira Lima E., La Política, la salud, y la gente, en América Latina CEDES, Año 2009
- Gogna M. (coordinadora) Ariel Adaszko, Valeria Alonso, Georgina Binstock, Silvia Fernández, Edith A. Pantelides, Fabián Portnoy, Nina Zamberlin. embarazo y Maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas Públicas. CEDES, Año 2005
- Gogna, M. Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002) CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Centro Latinoamericano de sexualidad y derechos humanos. Año 2003
- Maddaleno, M. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes (Organización Panamericana de la Salud) Año 2008
- Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la atención primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de la Organización, Panamericana de la Salud\ Organización Mundial de la Salud (OPS\OMS), Washington,