

Estrategia para la introducción de anticonceptivos: La experiencia del Método de Días Fijos®

James N. Gribble^{a*}, Rebecka I. Lundgren^b, Claudia Velasquez^b, Erin E. Anastasi^c

^aProyecto BRIDGE (Population Reference Bureau), Washington, DC, 2009, EE. UU.

^bInstitute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, DC, 2008, EE. UU.

^cLondon School of Hygiene and Tropical Medicine, Rockville, MD 20852, EE. UU.

Recibido el 28 de agosto de 2007; revisado el 8 de noviembre de 2007; aceptado el 14 de noviembre de 2007

Resumen

Antecedentes: Muchas políticas nacionales e institucionales de planificación familiar incluyen explícitamente Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF) entre las opciones que deben estar disponibles, pero estos no son ofrecidos a menudo por una variedad de razones. Después de probar la eficacia del Método de Días Fijos® (MDF) —el cual es un MBCF que identifica los días 8 al 19 del ciclo menstrual como fértiles para las mujeres con ciclos que duran entre 26 a 32 días— se condujeron estudios piloto para introducirlo en los programas de salud reproductiva.

Diseño del estudio: A través de 14 estudios piloto alrededor del mundo, los ministerios de salud, las asociaciones de planificación familiar y las organizaciones de desarrollo comunitario introdujeron el MDF. Se utilizaron entrevistas de seguimiento con las usuarias y otras metodologías de recolección de datos para rastrear sus características y experiencias. Los datos de supervisión y las “clientas simuladas” evaluaron los efectos en la provisión del servicio.

Resultados: El MDF atrae a un amplio rango de mujeres en todo el mundo. Las usuarias reportan la abstinencia o el uso de condones en los días fértiles. Los hombres y las mujeres refieren niveles altos de satisfacción con el método. La tasa de falla del estudio cruzado el primer año de 14,1 embarazos por 100 mujeres por año de uso es similar a las tasas de uso típico encontradas en la prueba de eficacia del MDF.

Conclusiones: Los resultados de los estudios piloto ofrecen una guía para aumentar la provisión del servicio del MDF. Aconsejar el condón puede ayudar a muchas mujeres a manejar los días fértiles con efectividad. Ya que los ciclos fuera del rangopueden hacer que el método falle, las usuarias deben entender la importancia de identificar la duración de sus ciclos y estar dispuestas a cambiar a otro método cuando el MDF esté contraindicado. Los proveedores comunitarios pueden ofrecer el método; dentro de los entornos clínicos, la consejería del MDF usualmente no toma más tiempo del permitido en la mayoría de las normas de los programas. Capacitar a los proveedores en abordar el dialogo en torno al uso del alcohol y la violencia basada en el género mejora el uso del MDF y contribuye a una mejor calidad en la atención.

© 2008 Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Palabras claves: Método de Días Fijos®; planificación familiar natural; abstinencia periódica; calidad de la atención; Collar del Ciclo®; introducción de anticonceptivos.

1. Introducción

La introducción exitosa de un nuevo método de planificación familiar debe hacerse de manera sistemática y estratégica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la introducción de los métodos anticonceptivos no debe enfocarse tanto en el aspecto tecnológico y más en responder a las necesidades y derechos de la gente, así como también en cómo mejora la calidad de la atención en general y amplía las opciones disponibles para las mujeres [1]. El enfoque estratégico de la OMS usa un esquema de sistemas centrados en la

usuaria para examinar la aceptación y la sostenibilidad de las innovaciones —tales como un nuevo método de planificación familiar— como una función de tres elementos: 1) la gente y los servicios, 2) tecnologías y 3) políticas y capacidades institucionales [2]. Este artículo usa elementos del esquema mencionado para describir los estudios piloto del MDF, los cuales evaluaron la viabilidad y aceptación de la introducción del método en diferentes entornos de provisión de servicio. Estos estudios representan la primera introducción sistemática del MDF en entornos fuera del contexto del ensayo clínico.

*Autor correspondiente. Tel.: +1 202 939 5403; fax: +1 202 328 3937.

E-mail: jgribble@prb.org (J. N. Gribble).

0010-7824/\$ – see front matter © 2008 Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.contraception.2007.11.001

2. Materiales y métodos

2.1. El MDF

Muchas políticas nacionales e institucionales de planificación familiar incluyen explícitamente métodos basados en el conocimiento de la fertilidad entre las opciones que deben estar disponibles.¹ Sin embargo, los programas raramente implementan esas políticas, más que todo debido a la falta de capacitación de los proveedores, sus inquietudes basadas en la percepción de que son difíciles de ofrecer y menos eficaces, además de la creencia de que si estos están disponibles, las usuarias van a preferirlos y discontinuar el uso de otros métodos.

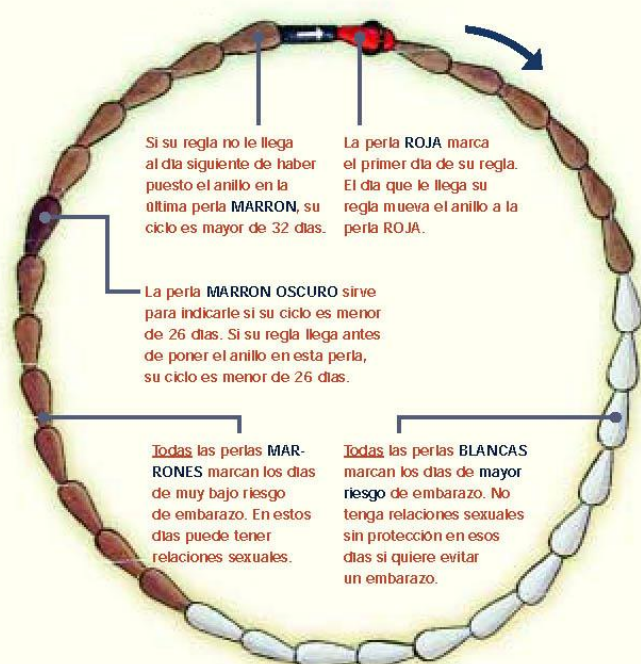


Figura 1 : Ilustración del Collar del Ciclo

En respuesta a la necesidad de un MCBF simple, los investigadores del Instituto de Salud Reproductiva (IRH, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Georgetown desarrollaron el MDF y usaron datos de la OMS para

¹ Los métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad dependen de la identificación de la “ventana fértil” o de los días del ciclo menstrual en los que hay mayores probabilidades de embarazo si se tienen relaciones sexuales sin protección. Las usuarias de estos métodos desarrollan sus propias estrategias para manejar la ventana fértil.

*Autor correspondiente. Tel.: +1 202 939 5403; fax: +1 202 328 3937.
E-mail: jgribble@prb.org (J. N. Gribble).

0010-7824/\$ – see front matter © 2008 Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.contraception.2007.11.001

identificar la combinación de los días, lo cual provee un equilibrio óptimo entre la duración del período fértil identificado y la eficacia para evitar embarazos no planeados [3]. La fórmula que logró este equilibrio identificó los días 8 al 19 del ciclo menstrual como la ventana fértil para las mujeres con ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración.

El MDF fue probado en un estudio de eficacia en múltiples sitios, que encontró una tasa de embarazo de 4.8 por cien mujeres durante el primer año de uso correcto (un intervalo de confianza del 95%, 2.33–7.11); esta tasa se compara favorablemente con otros métodos anticonceptivos. Una descripción completa del estudio de la eficacia del MDF se provee en un artículo publicado en *Contraception* (Anticoncepción, en inglés), en 2002 [4]. Para facilitar el uso del MDF, el IRH también desarrolló el Collar del Ciclo®, una herramienta que consiste en una pita de cuentas de colores para ayudar a la mujer a reconocer sus días del ciclo: identificar cuándo está fértil y cuándo no lo está, y monitorear la duración que tiene entre una regla y otra. (ver Figura 1). Los resultados del estudio de eficacia contribuyeron a establecer al MDF como un método moderno, lo cual facilitó su inclusión en *Elegibilidad médica para las recomendaciones de uso de anticonceptivos y prácticas seleccionadas para la anticoncepción*, de la OMS como también en *Tecnología anticonceptiva y planificación familiar: Un manual global para proveedores* [5–8].

2.2. El desarrollo y ensayo de las innovaciones del programa

El estudio de eficacia sugirió que el MDF podía ser provisto por los programas de planificación familiar del sector público y privado, al igual que a través de organizaciones de desarrollo de la comunidad. Sin embargo, aunque los directores de los programas estaban interesados en el MDF, requirieron información sobre temas relacionados con la integración del método a sus programas, tales como:

- Perspectivas de la gente y sus necesidades: quiénes utilizan el MDF y por qué lo escogieron. ¿Cuál es su experiencia con el uso correcto y qué tan satisfecha está. ¿Cuál es el involucramiento de los hombres en el uso del método y qué estrategias se usan para evitar las

relaciones sexogenitales sin protección durante la ventana fértil?

- Servicios: ¿cómo afecta la introducción del MDF la calidad de la atención en los servicios?
- Resultado: ¿cómo afecta la introducción del MDF la variedad de la canasta de métodos en el servicio, y el predominio de los anticonceptivos hormonales?

Cuando se comenzó el estudio, se sabía relativamente poco sobre cómo ofrecer mejor el MDF. Los estudios proveyeron respuestas a las anteriores preguntas, como también la oportunidad de perfeccionar y mejorar la introducción general del método.

2.3. Selección de países y organizaciones socias

Para alcanzar un equilibrio geográfico y cultural, se realizaron 14 estudios piloto que incluyeron al sector público, a las Asociaciones Privadas de Planificación Familiar (APF) y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) en seis países de Latinoamérica, Asia y África (ver la Tabla 1). Los estudios realizados con el sector público exploraron el valor de agregar el MDF a los programas nacionales de planificación familiar. En Honduras, el método se ofreció en los centros de atención primaria del Ministerio de Salud Pública (MSP) en Tegucigalpa; en Benín y las Filipinas, los sitios del MSP fueron hospitales de maternidad que tenían clínicas dedicadas a la planificación familiar (Homel y Fabella, respectivamente).

Cinco asociaciones privadas de planificación familiar no gubernamentales o APF condujeron estudios: Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), en Ecuador; Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA), en Honduras; Friendly Care (Atención amigable), en las Filipinas y Association Beninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) y Organization for Service and Life (OSV-Jordan), en Benín. CEMOPLAF, ABPF y OSV-Jordan también tenían programas con base comunitaria.

Adicionalmente, seis OBC probaron la viabilidad de introducir el MDF en una variedad de programas de desarrollo comunitario, principalmente en áreas rurales. Dos de estas no tenían experiencia previa con servicios de planificación familiar: la Kaanib Foundation, que es una cooperativa agrícola en las Filipinas, y el Proyecto Concern International (PCI), una filial en El Salvador involucrada en temas de agua y servicios sanitarios. Las cuatro organizaciones de base comunitaria restantes ya habían ofrecido servicios de planificación familiar. El Comité de Integración y Reconstrucción para El Salvador (CIRES) había comenzado a proveer servicios de salud y desarrollo de infraestructura después de los terremotos de 2001. CEVIFA es una organización basada en la fe y un programa de planificación familiar natural que colabora con los

servicios de ayuda católicos y con el Ministerio de Salud Pública en Honduras. CARE opera un programa de salud reproductiva en aldeas rurales de Uttar Pradesh, India. El Programa de Patrocinio de Ayuda Comunitaria (CASAP), en unión con el Centro para el Desarrollo y las Actividades de la Población (CEDPA), trabaja en barrios urbanos pobres de Delhi, India.

2.4. Reclutamiento de los participantes del estudio del MDF

Un total de 1 646 personas fueron inscritas en los 14 estudios, con un número de 27 a 482 participantes por cada estudio. Además de las participantes del estudio, otras mujeres comenzaron a usar el MDF durante el período de inscripción, pero optaron por no realizar las entrevistas de seguimiento. Todas las mujeres que aceptaron el MDF fueron orientadas por los proveedores que proveían el método, quienes estaban capacitados para:

- 1) incluir la consejería en el MDF dentro de todas las opciones anticonceptivas.
- 2) evaluar cuidadosamente la situación de las mujeres para asegurarse de que el MDF era apropiado para ellas (ciclos de 26 a 32 días de duración y la habilidad de la mujer y su compañero para evitar las relaciones sexogenitales sin protección durante los días fértiles) y
- 3) aconsejar sobre el uso correcto del método, incluyendo el Collar del Ciclo®.

Únicamente después de que la mujer escogía el MDF y recibía consejería en el uso del método, se la invitaba a participar en el estudio. Todas las participantes firmaron un consentimiento antes de la primera entrevista. Los protocolos del estudio fueron aprobados por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Georgetown.

2.5. Recolección de datos y análisis

Varios diferentes tipos de datos fueron recolectados para evaluar la viabilidad de integrar el MDF en distintas modalidades de provisión de servicio y explorar las experiencias de los usuarios. Este reporte analiza el uso de los siguientes enfoques:

- Entrevistas estructuradas con usuarias del MDF sobre sus características sociodemográficas y su historia reproductiva, las razones para escoger el MDF, actitudes acerca del método, la perspectiva sobre el rol del compañero masculino y la comunicación con él, la instrucción que recibió sobre el uso del método y la calidad general de la atención. Las entrevistas se hicieron en una semana de inscripción y después de los meses 1, 4, 7, 10 y 13 de uso (o en cualquier momento

Table 1**Organización social y características del estudio**

País	Agencia socia	Número de sujetos	Población objetivo	Información contribuida
Benín	HOMEL	46	Hospital Materno del MSP	Perfil y experiencias de la usuaria
	ABPF	54	APF	Hombres como usuarios
	OSV-Jordan	119	ONG	Mezcla de métodos
Ecuador	CEMOPLAF	165	Clínicas de APF con alcance	Perfil y experiencias de la usuaria Dos visitas de seguimiento versus una Mezcla de métodos Desempeño del proveedor
El Salvador	PCI	92	Programas comunitarios rurales de ONG	Perfil y experiencias de la usuaria
	CIRES			Evaluación del precio Desempeño del proveedor Hombres como proveedores Efecto comunitario Datos cualitativos de los usuarios y los proveedores
Honduras	ASHONPLAFA	32	APF	Perfil y experiencias de la usuaria
	CEVIFA/CRS	27	OBC	Mezcla de métodos
	MSP	50	Centro de Salud	Desempeño del proveedor
India (Nueva Delhi)	Plan CASP	230	Programa comunitario urbano de ONG	Perfil y experiencias de la usuaria Evaluación del precio Desempeño del proveedor Hombres como proveedores Efecto comunitario
India (Uttar Pradesh)	CARE	482	Programa comunitario urbano de ONG	Perfil y experiencias de la usuaria Evaluación del precio Desempeño del proveedor Hombres como proveedores Efecto comunitario Datos cualitativos de los usuarios y los proveedores
Filipinas	Hospital de Maternidad Fabella	150	Hospital del MSP	Perfil y experiencias de la usuaria Dos visitas de seguimiento versus una
	Fundación Kaanib	78	Programa rural comunitario de ONG	Perfil y experiencias de la usuaria
	Friendly Care	54	APF	Perfil y experiencias de la usuaria Evaluación del precio

en el que una mujer salía del estudio). En las entrevistas de seguimiento, a las mujeres que no estaban seguras si estaban embarazadas, se les administró una prueba de embarazo. Para determinar si el embarazo había sido debido al método o por falla de la usuaria, se entrevistó a las participantes para descubrir si habían tenido relaciones sexogenitales sin protección durante la ventana fértil. Las tasas de embarazo fueron calculadas usando el análisis estadístico de las tablas de vida.

- Entrevistas estructuradas con los compañeros masculinos, al final del estudio, principalmente acerca de su satisfacción con el MDF, así como su experiencia de comunicación con sus parejas sobre el uso de este. Los hombres y las mujeres fueron entrevistados por separado para evitar contaminación en las respuestas.
- La revisión en curso de las estadísticas de servicio en términos numéricos y de porcentaje de usuarias nuevas que están usando cada método, para

examinar cómo la introducción del MDF afectó la mezcla de métodos.

- Los datos de las entrevistas de supervisión para evaluar qué tan bien habían aconsejado los proveedores a las usuarias sobre el MDF.

Algunos de los estudios incluyeron actividades adicionales de recolección de datos, como metodologías cualitativas. La Tabla 1 presenta los temas de investigación tratados en cada estudio específico. Las encuestas comunitarias pre- y posintervención fueron realizadas por PCI en El Salvador y CARE y CASP en la India. En El Salvador, la muestra de grupo se utilizó para identificar a las comunidades y familias que iban a participar en las entrevistas. Para realizar los censos en la India, los trabajadores comunitarios de salud visitaron todas las familias en la comunidad para identificar a todas las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y obtener información sobre su edad, el estado actual de embarazo, el número de hijos y el uso actual y previo de

métodos de planificación familiar. Los estudios de “clientas simuladas” fueron realizados por CEMOPLAF y ASHONPLAFA para evaluar las habilidades de los proveedores para garantizar la decisión informada y consejería sobre el MDF. Las entrevistadoras fueron capacitadas para hacer un simulacro de una mujer que buscaba servicios de planificación familiar; las visitas fueron realizadas sin que los proveedores supieran que estas eran “clientas simuladas”. Después de la visita, la entrevistadora completaba una lista de chequeo evaluando diferentes aspectos de la sesión de consejería, incluyendo su duración. Antes de comenzar el estudio de “cliente simulada”, todos los proveedores fueron informados del próximo estudio y firmaron un consentimiento para participar en él.

2.6. Limitaciones del estudio

Estos estudios fueron diseñados para observar las tendencias y patrones a través de los programas y evaluar las estrategias para proveer el MDF. No fueron diseñados como ensayos clínicos en el que la gente que decide usar planificación familiar fue asignada al azar a un método específico. Por lo tanto, los factores que afectaron el número de participantes que se inscribieron en cada estudio fue la densidad de población del área de captación del programa y la tasa de aceptación del método.

Estos 14 estudios fueron muy heterogéneos e incluyeron diversos programas en un amplio rango de entornos. La autoselección de quienes aceptaron el MDF, la pérdida de seguimiento, autoinformes y las fortalezas y debilidades de dichos programas afectaron algunos de los hallazgos. Las entrevistas de seguimiento pudieron haber mejorado el conocimiento de la usuaria y la motivación para usar el método. Además, algunas organizaciones y proveedores que participaron, tal vez fueron más entusiastas sobre el MDF que si hubieran estado fuera de un contexto de investigación.

3. Resultados

El esquema de sistemas centrado en las usuarias, de la OMS, se enfoca en temas críticos relacionados con 1) la gente y los servicios, 2) las tecnologías y 3) políticas y capacidades institucionales, también en cómo estos tres elementos afectan la aceptabilidad y sostenibilidad de un nuevo método de planificación familiar. Las discusiones siguientes se centran en los elementos de la gente y los servicios.

3.1. Perspectivas y necesidades de la gente

Los siguientes resultados examinan las características y experiencias de las usuarias en el manejo de la ventana fértil; también se presentan las tasas de embarazo.

Los 14 estudios incluyeron un total de 1 646 mujeres. Es difícil caracterizar a todas ellas de un modo general porque las poblaciones del estudio fueron muy diversas. Sin embargo, algunas de sus características se presentan en la Tabla 2 y se resumen a continuación.

- **Edad.** Fue la característica más consistente. La media de la edad de las mujeres que iniciaron el uso del MDF varió poco a través de los estudios, oscilando entre 28 y 32 años. Sin embargo, mujeres jóvenes de 18 años (la edad mínima inscrita en el estudio, con base en los requerimientos del consentimiento informado) y mayores de 47 obtuvieron el método y lo usaron exitosamente.
- **Igualdad.** La igualdad o paridad varió bastante dependiendo del sitio del estudio. Por ejemplo, el 41% de las usuarias del estudio de la ABPF en el área urbana de Benín no tenía todavía hijos; en contraste, el 69% de las usuarias en el estudio de Kaanib del área rural de las Filipinas tenían al menos tres hijos.
- **Educación.** El 51% de las usuarias en un estudio en el área urbana de la India (CASP) nunca había asistido al colegio, mientras que el 65% de las mujeres en el estudio de Friendly Care, realizado en un entorno urbano en las Filipinas, había asistido a la universidad.
- **Algún uso de anticonceptivos modernos.** Fue común en la mayoría de los estudios el uso previo de métodos modernos: nueve estudios tuvieron 50% o más reportes de uso anterior de un método de planificación familiar moderno). Entre las mujeres que fueron aceptadas en la clínica ABPF de Benín, únicamente el 13% había usado un método moderno. En el lado opuesto del espectro, el 80% o más de las que participaron en el ASHONPLAFA y en el Ministerio de Salud Pública de Honduras refirieron el uso previo de un método moderno.

Uso de anticonceptivos inmediatamente antes del MDF. De aquellos que aceptaron el MDF, fueron muy pocos los que se cambiaron de un método efectivo para comenzar a usar el MDF. En 13 de los estudios, más de la mitad de las mujeres reportaron que no estaban

Tabla 1

Características de las participantes seleccionadas para el MDF, por sitio de estudio

País	Sitio de estudio	<i>n</i>	Edad (media)	Paridad (media)	Sin educación mayor a la primaria (%)	Algún uso de planificación familiar moderna (%)	No ha usado planificación familiar o únicamente ha usado métodos tradicionales 2 meses antes de aceptar el MDF (%)
Benín	ABPF	54	31.2	2.9	50.0	13.0	92.6
	Homel	46	29.6	1.9	28.2	52.2	54.5
	OSV Jordan	119	28.1	1.7	48.8	31.9	81.5
Ecuador	CEMOPLAF	165	29.4	1.8	28.4	72.1	61.8
El Salvador	PCI	92	29.9	3.0	72.8	56.5	81.5
	CIRES	50	28.1	3.6	92.0	30.0	92.0
Honduras	ASHONPLAFA	32	28.8	1.9	15.6	81.3	53.1
	CEVIFA	27	27.3	2.0	29.6	44.4	66.6
	MSP	50	28.9	1.8	36.0	82.0	56.0
India	CASP	247	28.4	2.9	65.6	64.8	31.2
	CARE	482	28.8	3.3	72.4	49.6	66.7
Filipinas	Fabella	150	30.6	2.5	7.3	68.0	54.6
	Kaanib	78	32.2	3.9	50.0	56.4	85.9
	Friendly Care	54	31.9	2.1	3.7	53.7	64.8

usando un método tradicional en los dos meses previos a comenzar el uso del MDF. La única excepción fue CASP, donde la mayoría de las participantes informaron que habían usado condones durante los 2 meses precedentes.

En general, la razón más común para escoger el MDF en lugar de un método diferente fue que este no tiene efectos colaterales ni afecta la salud de la mujer. Una razón adicional fue su bajo costo. Aunque los MBCF están frecuentemente asociados con las creencias religiosas, relativamente pocas mujeres dieron esta respuesta como el motivo para seleccionar el MDF. Únicamente los estudios con PCI y CEVIFA (una organización basada en la fe) tuvieron una proporción considerable de mujeres que citaban la religión como una razón para aceptarlo (20% y 14%, respectivamente). En los otros 12 estudios, la religión fue mencionada por entre 0.5% y 7.4% de las participantes como una razón para aceptar el método.

Aunque muchas mujeres estaban interesadas en usar el MDF, no todas ellas eran elegibles en el momento de la investigación inicial de sus antecedentes. De acuerdo con los datos de ocho de los estudios (CEMOPLAF, CARE, CASP, OSV Jordan, ABPF, HOMER, PCI, CIRES), cerca del 35% de las mujeres que preguntaron sobre el MDF alcanzaron el criterio de elegibilidad, siendo las razones principales para no ser elegibles el tener ciclos fuera del rango y amenorrea posparto; la oposición del compañero fue citada menos frecuentemente.

Cuando se les preguntó qué harían durante la ventana fértil de 12 días, la respuesta inicial más común en 10 de los estudios fue la abstinencia. Sin embargo, las estrategias reales para manejar los días fértiles variaron ampliamente según los entornos de la provisión del servicio. Las usuarias de dos estudios (ASHONPLAFA y CASP) planeaban usar condones durante los días fértiles (65% y 87%, respectivamente); las usuarias de CEMOPLAF y del Ministerio de Salud Pública, en Benín estaban divididas casi por igual en sus preferencias por los condones y la abstinencia. En contraste, ninguna usuaria de Kaanib y CEVIFA reportó que planeaba usar condones durante los días fértiles. No obstante, durante las entrevistas de seguimiento, se encontró que en la mayoría de los sitios el uso del condón durante los días fértiles fue de cerca del 10% más alto de lo que estaba inicialmente planeado. Por ejemplo, un cuarto de las usuarias de Friendly Care declaró que planeaba usar condón durante los días fértiles durante la entrevista de admisión, comparado con el 34% que reportó el uso de preservativos en la entrevista de salida.

El interés y compromiso de los hombres con el MDF mostró variadas opiniones, pero en general, los usuarios masculinos estaban interesados en el método. En Benín, por ejemplo, muchos hombres llegaron ellos mismos a la clínica para recibir consejería en el uso del MDF.

Para evaluar la satisfacción de las usuarias con el MDF, en todos los estudios las mujeres fueron entrevistadas cuando este finalizó. En cuatro estudios (CEMOPLAF, PCI, CIRES, CASP), también se abordó

a los hombres. Aunque ambos fueron entrevistados por separado, sus respuestas concordaron bastante. Los hombres y las mujeres no encontraron necesariamente fácil evitar las relaciones sexuales o usar condones durante los días fértiles, pero cerca del 90% de ellos reportó que el MDF era simple de usar y que sí recomendarían el método a otros. Las mujeres tendieron a estar un tanto más satisfechas que los hombres y lo consideraron el método más fácil de usar. En la India, por ejemplo, el 99% de las usuarias y el 70% de los usuarios recomendarían el MDF a otras personas. En El Salvador, el 96% de las mujeres y el 90% de los hombres que participaron en el estudio recomendarían el método.

Los datos de las entrevistas de seguimiento proveyeron la oportunidad de calcular las tasas de embarazo con el uso típico. Debido a los tamaños pequeños de las muestras en muchos de los estudios, los datos fueron consolidados para estimar una tasa individual de embarazo por el uso típico en el primer año de 14.1 embarazos por 100 mujeres por año de uso. Este estimado es similar a la tasa de embarazo por uso típico de 12 embarazos por 100 mujeres por año de uso.

Calculado del estudio multi-centrico de eficacia del MDF [4]. La razón principal para la falla del método fue que las parejas tomaron el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección en los días fértiles. Muchas de estas parejas reportaron haber usado condones o abstenerse durante estos días. La falla de los usuarios fue la causa de un tercio de los embarazos en general. El porcentaje de las participantes que quedaron embarazadas debido a sus fallas varió del 1.6% (CASP) al 9.3% (Fabella). Otros factores menos frecuentemente mencionados por las participantes del estudio fueron la presión de los compañeros masculinos para tener relaciones sexuales sin protección en los días fértiles y el deseo de quedar embarazadas.

3.2. Servicios

Según el esquema de sistemas de la OMS, la introducción de un nuevo método de planificación familiar debe mejorar la calidad de la atención, lo cual de acuerdo al esquema de Bruce [9], incluye competencia de los proveedores, habilidades interpersonales y seguimiento para asegurar el uso efectivo.

3.2.1. Competencia del proveedor

El uso correcto del MDF depende en buena medida de la habilidad de los proveedores para investigar efectivamente los antecedentes de las usuarias y enseñarles cómo usar el método con éxito. La consejería sobre el MDF requiere trabajar con las mujeres para determinar si el método es apropiado para ellas y se ajusta a su estilo de vida. Los proveedores, entonces, deberán enseñarles a conocer sus ciclos, a identificar los días fértiles y a desarrollar estrategias para manejar la ventana fértil. En los 14 estudios, un total de 333 proveedores fueron capacitados: 15% profesionales (doctores/as, enfermeros y parteras certificadas), 14% paraclínicos (enfermeros auxiliares, consejeros de planificación familiar, y trabajadores/as sociales) y 71% trabajadores de la salud voluntarios y pagados.

El nivel de educación y la experiencia previa de los proveedores en la oferta de planificación familiar fueron los principales determinantes para el tipo de capacitación que se necesitaba. Los proveedores profesionales y paraclínicos tendían a tener menos necesidad de capacitación y supervisión debido a su experiencia de ofrecer planificación familiar. Sin embargo, no fue inusual que estos proveedores tuvieran una inclinación en contra de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Antes de la capacitación, la mitad de los proveedores clínicos en ASHONPLAFA, por ejemplo, no consideraban a los MBCF como una opción aceptable para sus usuarias. No obstante, los datos de supervisión indicaron que las actitudes frente al MDF mejoraron después de la capacitación y de varios meses de provisión del servicio.

La capacitación para los proveedores comunitarios estuvo dividida en módulos más cortos, con suficiente tiempo entre las sesiones para poder asimilar la información antes de continuar con la siguiente jornada. El tiempo total de capacitación para los trabajadores comunitarios de salud de bajo alfabetismo varió de dos a tres días, dependiendo de la necesidad para incluir lo básico de la consejería de planificación familiar, la decisión informada y una revisión general de otros métodos. En contraste, los proveedores clínicos, una vez que sus preocupaciones fueron tratadas, pudieron aprender a ofrecer el MDF en la mitad de un día, aproximadamente. A todos los proveedores se les enseñó a usar tarjetas de sugerencias de consejería que resaltarán el criterio de análisis y los pasos esenciales para el uso correcto del Collar del Ciclo® [10].

3.2.2. *Habilidades interpersonales y opción informada*

Para asegurar la decisión? informada y el uso correcto del MDF, el proveedor debe tener suficientes conocimientos y habilidades de consejería para explorar la capacidad de la pareja para manejar los días fértiles, además de los riesgos del uso de alcohol, infecciones de transmisión sexual y violencia intrafamiliar. En el estudio de CASP, la habilidad de los proveedores para identificar la oposición del compañero representó el 27% de las razones para que las mujeres no sean elegibles. Además, cuando estas experimentaban ciclos fuera del rango y se las aconsejaba a que descontinuaran el uso del MDF, era necesario que los proveedores las ayudaran a escoger un método alternativo.

Los resultados de un estudio de “cliente simulada” realizado por ASHONPLAFA revelaron que la introducción del MDF aumentó las las opciones y mejoró la calidad de la atención, sin importar el método escogido finalmente, tal como se muestra en la Tabla 3. Después de introducir el MDF, el porcentaje de las clientas simuladas que escogían su método libremente aumentó, así como el porcentaje de las que reportaron recibir suficiente información para seleccionar un MBCF se duplicó del 38% al 75% en ASHONPLAFA y en el Ministerio de Salud Pública de Honduras. Al mismo tiempo, el porcentaje de proveedores que recomendaban en contra de los MBCF disminuyó del 24% al 2%.

Tabla 2
Efectos de la introducción del MDF en la consejería de elección informada

Características de la consejería	Introducción previa al MDF (%) (n=55)	Después (%) (n=71)
Método seleccionado por la usuaria	38	75
La usuaria recibió suficiente información para seleccionar un MBCF	38	75
Los proveedores desaconsejan el uso de MBCF	24	2

3.2.3. *Mecanismos de seguimiento*

Asegurarse de que las usuarias estén utilizando correctamente un método de planificación familiar y entendiendo sus efectos secundarios requiere seguimiento apropiado. Los protocolos de la mayoría de los programas involucrados en los estudios incluyeron una visita de seguimiento programada para las nuevas usuarias, sin importar el método seleccionado. Para probar los efectos de esta visita de seguimiento, dos estudios —Hospital de Fabella y CEMOPLAF—

escogieron al azar usuarias del MDF en dos brazos del estudio: con una segunda sesión formal de consejería y sin ella. De acuerdo con los reportes de las usuarias, una visita de seguimiento no mejora significativamente el uso correcto del MDF en estos entornos. A veces, las usuarias de programas clínicos regresaban donde los proveedores cuando tenían una pregunta sobre el uso del método, pero los hallazgos generales indicaron que no es necesaria una visita de seguimiento.

En relación con la exigencia para con los proveedores, el tiempo necesario para proveer los MBCF fue algunas veces citado como una barrera para que estos se incluyeran en los programas multimétodos. No obstante, el tiempo necesario para aconsejar a nuevas usuarias del MDF no excedió lo que está establecido usualmente en las normas del programa para nuevas consultas de planificación familiar. Los estudios de “clientas simuladas” en Ecuador encontraron que la cantidad promedio de tiempo para aconsejar era de 20 minutos; estudios similares en Honduras indicaron 25 minutos. Más aún, la consejería del MDF regularmente trata los riesgos de infecciones de transmisión sexual, investiga los antecedentes de violencia intrafamiliar e introduce el uso del condón como estrategia para el manejo de los días fértiles.

3.3. *Resultados*

Aunque estos estudios piloto no fueron diseñados para medir el impacto de la introducción del MDF en el nivel comunitario, los datos recolectados en algunos de los sitios de estudio proveen una indicación de sus posibles efectos.

Encuestas familiares iniciales o básicas y finales fueron realizadas por CARE, CASP y PCI para evaluar el efecto de la introducción del MDF en el predominio de anticonceptivos. En la India, los censos comunitarios realizados antes y después de la introducción del MDF mostraron incremento en el predominio de anticonceptivos. De acuerdo con el censo CASP, en el área de influencia de Delhi, el predominio de anticonceptivos se incrementó del 50% al 58% después de la introducción del MDF. Alrededor del 3% de las mujeres entrevistadas estaba usando el MDF. En el área de estudio de CARE, el predominio se incrementó del 24% al 41%, con el 7% de las mujeres usando el MDF. Los resultados en PCI fueron similares. Según las encuestas, el predominio de los anticonceptivos se incrementó durante un periodo de 20 meses del 45% al 58%, con 4% de las mujeres usando el MDF al final.

4. Discusión

La experiencia y los resultados de estos estudios introductorios proveen una visión en cuanto a la viabilidad y la aceptabilidad del MDF en entornos diversos de entrega de servicios, y ofrecen una guía para su expansión. Las implicaciones para el proceso de integración, capacitación y supervisión del proveedor, y los protocolos de entrega de servicios se discuten a continuación.

Los datos sobre las características de las usuarias de 14 estudios indican que el MDF alcanzó a un grupo de mujeres con necesidades no satisfechas pero que no querían usar ningún tipo de anticonceptivo hormonal o dispositivos. Aunque las características de las usuarias de MDF variaron ampliamente, su historial en cuanto a anticonceptivos antes de iniciar el método indicó que el 55% nunca había usado ningún tipo de planificación familiar y el 37% reportó haber usado otro método — frecuentemente uso no consistente de condones— en los dos meses previos a la adopción del MDF.

En estos entornos diversos, el MDF atrajo a mujeres con diferentes características, lo que sugiere que el método no necesita ser dirigido a un segmento específico de la población. En algunos estudios, la mayoría de las usuarias indicó que su estrategia preferida para el manejo de los días fértiles era el uso del condón. Aunque no particularmente sorprendente, la implicación del aumento es notable: las parejas interesadas en el uso del MDF encontrarán una manera de manejar los días fértiles; para muchos de ellos esa estrategia involucra el uso del condón.

Los hombres y las mujeres que al final del estudio continuaron con el uso del MDF indicaron que estaban satisfechos con el método. A las participantes que tuvieron más de un ciclo fuera de los rangos establecidos para ser candidatas al uso del MDF o que no pudieron manejar los días fértiles, se les aconsejó que cambiaran a otro método. Este hallazgo sugiere que es importante que las usuarias entiendan la importancia de la duración del ciclo, y que los programas provean una gama amplia de opciones para satisfacer sus necesidades.

Un hallazgo importante fue que muchos hombres estaban interesados en el MDF y participaron en el uso del método, absteniéndose o usando condones en los días fértiles, obteniendo condones y ayudando a sus parejas a llevar la cuenta de los días de mayor probabilidad de embarazo. Las organizaciones de estudio encontraron que la introducción del MDF provee un

vehículo para que los programas incrementen el involucramiento masculino, aun si los hombres no participan directamente en la consejería.

Los resultados de estos estudios sugieren que la introducción del MDF puede mejorar la interacción usuaria-proveedor. Los estudios de “cliente simulada” dieron cuenta de que la información provista en los MBCF y el uso del condón mejoraron después de la introducción del MDF. Instruir a las usuarias sobre el uso del MDF involucra explorar la relación de la pareja; por lo tanto, los proveedores aprenden a investigar los temas que podrían perjudicar el uso exitoso del método, tales como el abuso de alcohol, violencia intrafamiliar y una pobre comunicación y negociación en la pareja. También incrementa el gusto o facilidad del proveedor para tratar estos temas.

Los proveedores con base en la comunidad con poca o ninguna experiencia en planificación familiar pueden proveer efectivamente el MDF, con capacitación y supervisión apropiada. Una ventaja importante de los proveedores comunitarios es que con la capacitación, también pueden guiar a las mujeres que estén interesadas en usar otros métodos, incluyendo aquellas que no sean elegibles para el uso del MDF, a otros sitios donde entregan servicios diferentes, como es el caso de CARE, CIRES, PCI y CEVIFA.

La cantidad de tiempo que se necesita para aconsejar a las nuevas usuarias de MDF usualmente no sobrepasó lo que por lo general está asignado en las normas para nuevas consultas de planificación familiar. Es más, la consejería del MDF por lo regular trata sobre los riesgos de infecciones de transmisión sexual, investiga antecedentes sobre violencia intrafamiliar e incluye instrucciones para el uso correcto del condón. Adicionalmente, los estudios, que sistemáticamente examinaron el efecto de una visita programada de seguimiento en los programas con base clínica, encontraron que la segunda visita contribuyó a una mejora en el conocimiento del MDF, pero no tuvo un efecto significativo en su uso correcto.

Los resultados de estos 14 estudios sugieren que el MDF responde a las necesidades de la gente, mejora la calidad del cuidado y puede introducirse en varios entornos. Esta evidencia ha sido útil para guiar el desarrollo de políticas y estrategias para integrar el método a los programas de planificación familiar de los sectores públicos y privados.

Reconocimiento

Esta investigación fue financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) bajo el Acuerdo de Cooperación #HRN-A-00-97-11100-00 con el Instituto de Salud Reproductiva, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Georgetown, Washington, DC.

Los autores quisieran dar reconocimiento al compromiso con la innovación y el servicio demostrado por las organizaciones y los principales investigadores que participaron en la primera introducción del MDF: ABFP (Mamatou Djossou, Lahanatou Biomama); ASHONPLAFA (Suyapa Pavon); CARE India (Loveleen Johri, D.S. Panwar); CEDPA India (Bulbul Sood, Marta Levit Dayal); CASP (Ashima Mitra, Bhagyashree Denge); CEMOPLAF (Teresa Vargas, Esther Carvajal, Anita Ilbay); CEVIFA (María Elena de Quan); CIRES (Betty Gálvez); Fabella Hospital (Emily Bernardo); Friendly Care (Alberto Romualdez); HOMEL (Rene Perrin, Lamberte Oguinchi); Kaanib Foundation (Imelda Esteban, Alan Tiangha); OSV Jordan (Josephat Avoce, Achille Metahou), Project Concern International (Gail Emrick, América de Duarte); Región II del Ministerio de Salud de Honduras (MSP) (Oscar Reyes). También quisieran dar reconocimiento a los consultores y organizaciones responsables por la recolección y análisis de datos: Ernesto Pinto, Damodar Sahu, LEADD (Virgile CapoChici, Adolphe Kpatchavi), TNS-Mode (Urmul Dosajh), ASIN (Tina Torres), RIMCU (Lita Sealza) y AIJC (Cora Arboleda).

Los autores con gratitud dan reconocimiento a la contribución de Jeanette Cachan por el desarrollo de los materiales de capacitación y de provisión del servicio, como también a Margarita Monroy, Mitos Rivera, Joji Mañalac y Myrna Seidman por su valioso aporte en este esfuerzo. Los autores también agradecen a Linda Potter, Victoria Jennings, Nancy Murray, Henry David, Ruth Simmons, Peter Fajans, Cynthia Green y Mihira Karra por su participación en la preparación de este artículo. Finalmente, expresan su gratitud a los hombres y mujeres que generosamente compartieron sus opiniones y experiencias durante el curso del estudio.

Referencias

- [1] Simmons, R.; Hall P.; Díaz J.; Díaz, M.; Fajans P. y Satia J. *La metodología estratégica para la introducción de anticonceptivos* [The strategic approach to contraceptive introduction]. *Stud Fam Plann* 1997; 28:79–94.
- [2] Fajans P.; Simmons R. y Girón L. *Ayudando a los sistemas del sector público a innovar: La metodología estratégica para fortalecer las políticas reproductivas de salud y los programas* [Helping public sector health systems innovate: the strategic approach to strengthening reproductive health policies and program]. *Am J Public Health* 2006; 96:435.
- [3] Arévalo, M.; Sinai I. y Jennings V. *Una fórmula fija para definir la ventana fértil del ciclo menstrual como la base de un método simple de planificación familiar natural* [A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning]. *Contraception* 1999;60:357–60.
- [4] Arévalo M.; Jennings V. Y Sinai S. *La eficacia de un nuevo método de planificación familiar: El Método de Días Fijos®* [Efficacy of a new method of family planning: the standard days method]. *Contraception* 2002; 65:333–8.
- [5] Organización Mundial de la Salud. *El criterio de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos* [Medical eligibility criteria for contraceptive use]. WHO/RHR/FCH 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- [6] Organización Mundial de la Salud *Recomendaciones de prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* [Selected practice recommendations for contraceptive use]. WHO/RHR/FCH 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- [7] Hatcher R.A., Trussell J., Stewart F.H. et al. *Tecnología de anticonceptivos* [Contraceptive technology]. 18th ed. Nueva York: Ardent Media, Inc; 2004.
- [8] Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud y el Johns Hopkins Bloomberg Escuela de Salud Pública / Centro para los Programas de Comunicación, INFO Project. *Planificación familiar: Un manual global para proveedores*. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
- [9] Bruce J. *Elementos fundamentales de la calidad del cuidado: Un esquema simple* [Fundamental elements of the quality of care: a simple framework]. *Stud Fam Plann* 1990;21:61–91.
- [10] Cachan J. y Lundgren R.I. *Método de Días Fijos de planificación familiar: Manual de referencia para aconsejar a las clientas* [Standard days method of family planning: reference guide for counseling clients]. Washington, DC: Instituto de Salud Reproductiva; 2003.
<http://www.irh.org/resources/pdf/English/JOBAlD20MDF%20Counseling%20Guide-Eng.pdf>. Consultado el 19 de marzo de 2007.