

Título:

¿Puede un programa de bonos competitivo inducir cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas de los doctores relacionados a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes? Un estudio de casos en Nicaragua.

Autores: Meuwissen LE, Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA

Este artículo es la traducción del artículo Can a comprehensive voucher program prompt changes in doctors' knowledge, attitudes, and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America.: Meuwissen LE, Gorter AC, Kester AD, Knottnerus JA. Tropical Health and International Medicine 2006;38((1) 56).]. Este artículo ha sido aceptado en el Journal of tropical health and International Medicine © 2006 Blackwell Publishing

Nombres y Afiliaciones de los Autores:

Liesbeth E. Meuwissen, MD, MSc en Epidemiología y en la actualidad cursa Doctorado en la Universidad de Maastricht, Krozengarde 11; 3992 JP Houten; Los Países Bajos.

Anna C. Gorter, MD, PHD en Epidemiología. Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS), Apartado Postal 2234, Managua, Nicaragua.

Arnold DM Kester PhD. Departamento de Metodología y Estadísticas, Universidad de Maastricht, Buzón 616, 6200 MD, Los Países Bajos.

JA Knottnerus, MD, PhD. Catedrático de Medicina General de la Universidad de Maastricht, Los Países Bajos, y Presidente del Consejo de Salud de Holanda, La Haya, Los Países Bajos, Universidad de Maastricht, PB 616, 6200 MD Maastricht, Los Países Bajos.

Correspondencia del Autor:

Liesbeth Meuwissen

Krozengarde 11

3992 JP Houten

Los Países Bajos

Teléfonos: (+) 31 30 6340012 ó (0)641 609 702 Correo electrónico: liesbethmeuwissen@yahoo.com

Palabras Claves

Adolescentes, Nicaragua, Calidad de la atención, Servicio de salud sexual y reproductiva, Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los doctores, Programa de Bonos

Resumen

Objetivo: Evaluar si la participación en un programa de bonos diseñado para mejorar el acceso y la calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para adolescentes, indujo cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas de los doctores.

Métodos: El programa de bonos les permitió a las adolescentes tener acceso gratis a los servicios de salud sexual y reproductiva. Los doctores recibieron capacitación y orientación para saber cómo tratar a los adolescentes, así como un protocolo de tratamiento e incentivos financieros por cada adolescente atendido. Para evaluar el impacto de la intervención en los doctores, casi todos participantes (N=37) fueron entrevistados antes de la intervención y 23 fueron entrevistados después de la misma. Las respuestas fueron agrupadas por sub-temas. La comparación de los puntajes se hizo a través de métodos no paramétricos.

Resultados: Las entrevistas iniciales revelaron deficiencias en los conocimientos, actitudes y prácticas por parte de los doctores en temas relacionados a la SSR de los adolescentes. El sexo y edad del doctor no estaban asociados con los puntajes iniciales. Al comparar los resultados antes y después de la intervención, observamos que los médicos mostraron un aumento significativo en sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos ($p=0.003$) e Infecciones de Transmisión Sexual ($p<0.001$); las barreras para el uso de anticonceptivos disminuyeron significativamente ($p<0.001$ & $p=0.003$); asimismo, se observaron algunos cambios de actitud ($0=0.046$ & $p=0.11$). Los médicos adquirieron conciencia de la necesidad de mejorar sus habilidades de comunicación y mostraron una actitud positiva hacia el programa.

Conclusiones: El presente estudio confirmó las barreras relacionadas con los proveedores de servicios de salud que pueden enfrentar los adolescentes de Nicaragua y refuerza la importancia de hacer énfasis en la calidad del servicio y fortalecimiento de la capacitación de los doctores. La participación en el programa de bonos dio como resultado un mayor conocimiento, mejores prácticas y, en menor medida, cambios de actitudes. Un programa de bonos con el debido apoyo técnico para los doctores participantes puede convertirse en una estrategia prometedora para generar cambios.

Introducción

Nicaragua posee una de las tasas de fertilidad en adolescentes más elevadas de América Latina, con 119 nacimientos anuales por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años. Las altas tasas de fertilidad están asociadas a condiciones socioeconómicas pobres y bajos niveles de escolaridad (INEC 2001). Asimismo, las adolescentes experimentan altas tasas de embarazos no deseados, abortos ilegales y elevados índices de mortalidad materna, y corren grandes riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Estos riesgos guardan estrecha relación con el pobre uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas: sólo el 7% usa el condón y el 47% otro método anticonceptivo moderno (INEC 2001).

La falta de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), así como la mala calidad de los servicios brindados, son las razones principales del bajo uso de los métodos anticonceptivos por los adolescentes. Aunque no es necesario seguir determinando hasta qué punto los conocimientos, actitudes y prácticas de los doctores pueden ser un obstáculo para la atención idónea de los adolescentes, sí existe la necesidad apremiante de comprender cómo motivar y apoyar a los doctores a cambiar (Lande 2002; Rudy 2003; Speizer 2000; Stanback 2001; Stanback 1997; Shelton 2001; Eggleston 1999; Langer 2002; Pons 1999; Senderowitz 1997).

Existe muy poca evidencia de intervenciones que con éxito hayan mejorado la calidad de los servicios de SSR para adolescentes en los centros de salud de los países en vías de desarrollo. El programa de bonos de modelo competitivo¹ dirigido a las trabajadoras sexuales de Managua, Nicaragua, demostró ser una intervención costo-efectiva con potencial para fomentar prácticas de calidad en los servicios (Borghi 2005). A pesar que existen indicios que sugieren que los programas de bonos poseen un gran potencial para mejorar la calidad de los servicios de salud (Gorter 2003), este hecho nunca se ha sometido a una investigación explícita. Por lo tanto, cuando el Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS) piloteó, entre el 2000 y 2002 un programa de bonos para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de SSR para adolescentes pobres y desatendidos, varios aspectos de la calidad de los servicios brindados fueron monitoreados y evaluados. La metodología utilizada consistió en entrevistas con adolescentes, discusiones de grupos focales, revisión de expedientes médicos, pacientes simuladas y entrevistas a los doctores.

La evaluación de impacto de la intervención entre adolescentes mujeres, demostró que la entrega del bono provocó que todos los grupos hicieran mayor uso de los servicios de SSR (Razón de Probabilidades Ajustada 3.1, 95% intervalo de confianza 2.5 – 3.9) y el uso de anticonceptivos y condones por parte de grupos específicos (Meuwissen I, 2006). Además, las muchachas se sintieron más satisfechas con la calidad de los servicios de SSR recibidos mediante el programa de bonos, en comparación con los servicios recibidos sin el bono (Meuwissen II, 2006).

El hecho que los bonos permiten el acceso gratuito a los servicios de SSR explica en parte el aumento de la valoración de los servicios. Sin embargo, el programa también buscaba cómo inducir mejoras en los aspectos técnicos y comunicativos en los prestadores de servicios de SSR participantes. Dichas mejoras debían alcanzarse a través de la capacitación y apoyo a los proveedores así como las experiencias obtenidas mediante la participación en el programa. Para determinar si el programa ejerció influencia en los conocimientos, actitudes y prácticas, se entrevistó a los médicos antes y después de la intervención. El presente informe detalla nuestros hallazgos.

Métodos

La Intervención

La intervención tuvo lugar en Managua, capital de Nicaragua, uno de los países más empobrecidos de Latinoamérica. La atención primaria en salud de Managua está constituida por centros de salud públicos administrados por el Ministerio de Salud, centros de salud municipales, clínicas privadas y clínicas administradas por Organismos No Gubernamentales (ONG). La mayoría de clínicas cuentan con dos doctores y en las instalaciones más grandes, por lo usual dos médicos fueron asignados para atender a los adolescentes.

En quince meses, se distribuyeron 28,711 bonos en mercados, en las afueras de las escuelas y de puerta en puerta en barrios pobres, a adolescentes de escasos recursos. Los bonos daban acceso gratuito a los servicios de SSR en cualquiera de las 19 clínicas (4 públicas, 5 privadas y 10 pertenecientes a ONG) contratadas por el ICAS. Los proveedores de salud fueron seleccionados en base de su aptitud y cercanía geográfica a los sitios donde se distribuyeron los bonos. A las clínicas identificadas se les invitó a participar y se negociaron los costos de las consultas de acuerdo con sus tarifas vigentes. Las

clínicas recibían un reembolso por cada adolescente atendido. El programa arrancó con cuatro clínicas, pero nuevas clínicas se fueron incorporando de manera periódica.

Los bonos tenían una vigencia de tres meses. El 20% de los bonos fueron usados por mujeres, este es un porcentaje de uso relativamente alto tomando en cuenta la corta vida de los bonos (tres meses) y el hecho que fueron distribuidos sin preguntarles a las adolescentes sobre sus necesidades de servicios en SSR. El 51% de las adolescentes con vida sexual activa hicieron uso de un bono, mientras que, aquellas que no habían iniciado su vida sexual, solamente el 14% usó el bono. Las adolescentes podían buscar más de un servicio durante las consultas, por lo que la suma de porcentajes exceden el 100%: el 34% acudió en busca de métodos anticonceptivos, 30% para tratamiento de ITS o infección del tracto reproductivo, 28% por consejería, 27% para atención prenatal, 17% para pruebas de embarazo y/o 15% otras razones.

Los doctores llenaban formatos clínicos estandarizados que servían de guía durante la consulta, para garantizar que a todos los adolescentes se les hicieran preguntas sobre su actividad sexual, su necesidad de información y de métodos anticonceptivos. Todos los jóvenes recibieron un paquete consistente en dos preservativos y un folleto educativo sobre salud de los adolescentes e ITS. Los médicos de las clínicas participantes tenían que acudir a una reunión introductoria para familiarizarse con el programa de bonos y sus procedimientos. De igual manera, recibieron un manual que incluía información de referencia y el protocolo del programa. A todos los médicos se les instó a asistir a una capacitación de tres sesiones sobre “servicios amigables a los adolescentes” (Senderowitz 1997), consejería, adolescencia y sexualidad, métodos anticonceptivos y abusos sexuales. El curso fue organizado por el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. El 70% de los doctores participó en al menos una de las sesiones.

La evaluación

Diseño y Población

Treinta y siete de los 40 doctores participantes fueron entrevistados antes que el programa arrancara en las clínicas donde trabajan. Los 3 médicos faltantes eran profesionales recién contratados después que el programa había iniciado y ya habían empezado a atender adolescentes utilizando los protocolos del programa.

Dos médicos del equipo de investigación se encargaron de las entrevistas. Concertaron citas con los doctores y los entrevistaron en la privacidad de sus consultorios, mediante un cuestionario estructurado con 28 preguntas abiertas. A los entrevistadores se les instruyó anotar las respuestas sin brindar ninguna retroalimentación. Un mes después de finalizada la intervención, los doctores fueron contactados para una segunda entrevista, utilizando el mismo cuestionario básico, más unas preguntas sobre su experiencia. El estudio tenía la autorización del Comité Ético del ICAS.

Medición de Conocimientos, Actitudes y Prácticas

La selección de las preguntas fue hecha acorde con los objetivos del programa y la literatura especializada, y refinadas por un grupo de médicos con experiencia en servicios de SSR en Nicaragua.

La medición del **conocimiento** fue sencilla, enfocada en a) planificación familiar e b) ITS. A los doctores se les preguntó por ejemplo: A su criterio, ¿qué método de planificación familiar es más apto para muchachas entre 12 y 14 años? ¿Y para muchachas de 15 a 17? ¿Y Las que ya han tenido un bebé? Por favor, ¿Explique la relación que puede existir entre las ITS y el VIH/SIDA? Podría usted describir el tratamiento sintomático para las ITS? ¿Porqué se usa el tratamiento sintomático en programas de ITS?

Las **actitudes** fueron evaluadas a través de preguntas relacionadas a las barreras de los servicios de SSR y cómo se podría mejorar el acceso a los mismos. Estaban enfocadas en a) la prestación del servicio y b) planificación familiar. Algunas preguntas eran por ejemplo: ¿Cuáles cree usted son las diferentes razones por la cual las adolescentes no acuden a pasar consulta cuando se trata de temas referente a su salud sexual y reproductiva? Si una adolescente de 14 años acude a su consulta y le solicita gestágenos orales para planificar, ¿Usted se los prescribiría ?

Las **prácticas** se determinaron evaluando las barreras médicas mencionadas cuando los doctores dijeron cómo abordarían el tema de los anticonceptivos en las adolescentes. Las barreras médicas son prácticas con una base médica pero que se convierten en un impedimento o bien, la negación del uso de anticonceptivos que no puede justificarse desde un punto de vista científico (Bertrand 1995). La evaluación se enfocaba en a) barreras debido a concepciones erróneas (Ej. ¿ Prescribiendo la mesygina®², ¿cuándo se puede iniciar? ; b) barreras causadas por suposiciones y valores socioculturales (Ej. ¿En qué casos orientaría usted el uso de anticoncepción de emergencia?) y c) Facilitando el uso correcto (Ej. Decirle a una joven qué debe hacer cuando se le olvide tomar la píldora

debe ser una información esencial que debe compartirse con la adolescente que empiece a tomar pastillas). El cuestionario completo está disponible a petición.

Los criterios de evaluación tienen como base los objetivos del programa, y fueron definidos y aprobados por el equipo investigador antes del análisis de los datos. Cada aspecto fue dividido en dos sub-temas, tal como se indicó en líneas anteriores. Responder bien las 4 ó 5 preguntas de un sub-tema significaba obtener un puntaje máximo de 10. Las tablas II a la IV muestran un sumario de todos los criterios. La fiabilidad interna de los puntajes de sub-escala múltiple es buena (Alfa de Cronbachs = 0.75)

Recolección y Análisis de Datos

Todos los cuestionarios completados fueron codificados en orden aleatorio (se mezclaron los cuestionarios llenados antes y después del programa) por un doctor después de haber hecho la desvinculación de los identificadores de personal. Los datos se introdujeron dos veces usando Epi-info (6.0). Para el análisis se empleó el programa STATA 7.0.

Se incluye una descripción general de los doctores participantes que muestra sus características básicas y experiencia. Se calculó y tabuló el total de respuestas positivas por cada criterio y el puntaje promedio por sub-tema que registraron los 37 doctores entrevistados al inicio del programa. También se evaluó la relación entre las diversas características de estos 37 profesionales (sexo, grupo etario y tipo de clínica) y el puntaje inicial alcanzado. Se empleó la prueba de suma de rangos de Mann-Whitney para analizar la influencia del sexo y grupo etario en las puntuaciones alcanzadas en cada sub-tema así como la prueba de Kruskal-Wallis para medir la influencia del tipo de clínica (pública, privada, ONG).

De los 23 doctores entrevistados dos veces, se procedió a tabular el número de respuestas correctas pre y post intervención y se calculó el puntaje total por sub-tema. Las puntuaciones pre y post intervención fueron comparadas a través de la prueba de Wilcoxon de rangos señalados (diseño pareado)

Resultados

Veintitrés de los treinta y siete médicos fueron entrevistados dos veces (62%). Al resto no se le pudo dar seguimiento por las siguientes causas: el doctor dejó de trabajar en la clínica (5 médicos); clínica

excluida del programa debido a razones administrativas (4); ausencia durante el periodo en que se condujeron las entrevistas (2); negarse a la entrevista debido al rechazo moral hacia el programa (2); separación del programa por quejas interpuestas por las adolescentes (1). La muestra de 23 doctores (los que participaron en el seguimiento) no mostró ninguna diferencia significativa en cuanto a sus características principales, en comparación con los 14 médicos que no se les dio seguimiento (tabla I).

Como resultado de la introducción gradual al programa, el periodo en que los “23 doctores” participaron antes de la segunda entrevista varió entre 4.5 y 15.2 meses. El 44% había participado

Tabla I. Línea de base, características y experiencia de los doctores.

	Todos los médicos pre intervención N=37 (100%)	Médicos monitoreados* N=23 (100%)	Médicos que no siguieron † N=14 (100%)	χ² p
Sexo del doctor				
Mujer	22 (59.5)	15 (65.2)	7(50.0)	0.36
Hombre	15 (40.5)	8 (34.8)	7(50.0)	
Edad del Doctor				
30-34 años	11 (29.7)	7 (30.4)	4(28.6)	0.20
35-39 años	16 (43.2)	12 (52.2)	4(28.6)	
40 años o más	10 (27.0)	4 (17.4)	6(42.9)	
Tipo de clínica				
Pública	7 (18.9)	4 (17.4)	3(21.4)	0.81
Privada	9 (24.3)	5 (21.7)	4(28.6)	
ONG	21 (56.8)	14 (60.9)	7(50.0)	
Experiencia acumulada al momento 1era entrevista				
Poca	5 (13.5)	1 (4.4)	4(28.6)	0.04
Mucha	32 (86.5)	22 (95.6)	10(71.4)	
Receta píldoras a jóvenes de 14 años				
Tiene serias reservas	16 (43.2)	7 (30.4)	9(64.3)	0.08
Sí	21 (56.8)	16 (69.6)	5(35.7)	
Experiencia al recetar píldora del día siguiente				
No	23 (62.2)	13 (56.5)	10(71.4)	0.66
1-2 veces /año	7 (18.9)	5 (21.7)	2(14.3)	
>2 veces/con frecuencia	7 (18.9)	5 (21.7)	2(14.3)	
Experiencias en este año de jóvenes abusadas sexualmente ‡				
Ninguna	17 (60.7)	10 (55.6)	7(70.0)	0.68
1-2 veces /año	6 (21.4)	4 (22.2)	2(20.0)	
3 veces o más/año	5 (17.9)	4 (22.2)	1(10.0)	
Dato faltante	9	5	4	

* Doctores a quienes se les dio un seguimiento completo

† Doctores con quienes se perdió contacto

‡ Esta pregunta no se formuló a los primeros 9 entrevistados.

más de 9 meses. “Los 23 doctores” tenían edades entre 28 y 53 años. La mayoría tenía menos de 40 años y trabajaba en clínicas administradas por ONG. Participaron más doctoras (mujeres) que homólogos del sexo masculino, de forma similar al perfil de género que se observa entre los médicos generales en Nicaragua.

Antes de la Intervención

Las respuestas de las 37 entrevistas iniciales aparecen en la segunda columna de las tablas II al IV. En resumen, los principales hallazgos fueron: no todos los doctores conocían cuáles eran los anticonceptivos más indicados para las adolescentes y sus conocimientos sobre las ITS y su tratamiento sintromico era limitado (Tabla II). Pocos doctores se percataron que los obstáculos relacionados con el proveedor de servicios contribuyen negativamente en los adolescentes para que no hagan uso de los servicios de salud y muchos médicos se mostraron renuentes de prescribir anticonceptivos a las adolescentes más jóvenes (Tabla III). Muchos doctores impusieron barreras médicas al uso de los anticonceptivos modernos y la mayoría tenía un anticonceptivo favorito que le recetaban a grupos etarios específicos (Tabla IV). Por ejemplo, el condón es el método preferido que se les receta a las adolescentes de 12 – 15 años, mientras que sólo 2 médicos de 37 (5%) consideraron que el preservativo era el método recomendado para adolescentes que ya tenían un bebé. Diez de los 37 médicos (27%) dio información sobre aspectos negativos del uso del condón a las adolescentes que querían empezar a usarlos. Por ejemplo “No son el mejor método para prevenir las ITS”; “Pueden provocar irritaciones”; “Pueden causar reacciones alérgicas”; “Conlleven desventajas psicológicas”; “Se rompen con facilidad”; “Pueden traer desventajas”; “Poseen una efectividad del 90%”; “No son buenos como método anticonceptivo”.

Diferencias entre los Doctores

Al comparar los puntajes iniciales de los médicos por sexo y por edad (menos que 35 años vs. mayor edad), no se detectaron diferencias significativas en ningún sub-tema. Sin embargo, las puntuaciones iniciales de los doctores que trabajan en clínicas públicas fueron significativamente más bajas en relación con las actitudes hacia la accesibilidad (sub-tema 3) y barreras médicas debidas a conocimientos erróneos (sub-tema 5) (no mostrado). El grupo al que se le dio seguimiento era muy pequeño para permitir el análisis si los diversos grupos de doctores tuvieron diferentes reacciones ante el programa.

Antes y Después de la Intervención

Las puntuaciones de las entrevistas iniciales con los “23 doctores” son comparables con las del grupo entero de 37 (Tablas II a la IV, columna ‘Todos Inicial’ y columna ‘Inicial’).

Tabla II. Conocimientos de los doctores antes y después de la intervención

Conocimientos	Todos inicial*	Inicial †	Después †	p‡
I Sobre anticonceptivos y su uso	N=37(%)	N=23	N=23	
1.1 No mencionó métodos naturales como apropiado para adolescentes	32 (86.5)	20	21	
1.2 Receta ovrette® sólo para madres lactantes	20 (54.1)	15	19	
1.3 Sabe que las jóvenes pueden empezar la mesigyna® del 1 – 5 día del ciclo menstrual	15 (40.5)	10	16	
1.4 Puede mencionar al menos 1 método anticonceptivo de emergencia correctamente	26 (70.3)	19	23	
1.5 Puede mencionar la dosis de al menos 1 método o anticonceptivo de emergencia correctamente	13 (35.1)	10	13	
Puntuación promedio §	5.7 sd 2.0	6.4 sd 1.7	8.0 sd 1.7	0.003
II ITS, prevención y tratamiento				
2.1 Mencionó valoración de riesgos como parte crucial del tratamiento para las ITS	3 (8.1)	2	4	
2.2 Sabe qué es el tratamiento sintomático y puede dar al menos una razón correcta de su uso	7 (18.9)	4	15	
2.3 Mencionó que las ITS aumentan posibilidad de contagio de VIH	10 (27.0)	7	14	
2.4 Conoce el tratamiento correcto para la secreción uretral en varones adolescentes	15 (40.5)	12	13	
Puntuación promedio §	3.6 sd 2.8	2.7sd 2.4	5.2 sd 2.6	<0.001

* Número de doctores y porcentaje del total que respondió correctamente los criterios.

† Estas columnas reflejan la cantidad absoluta de médicos que respondieron bien en las entrevistas antes y después de la intervención

‡ p calculado a partir de la prueba de rangos señalados de Wilcoxon mediante la comparación de las puntuaciones antes y después de la intervención por sub-tema.

§ Puntuaciones promedios por sub-tema, con una escala de 0 a 10 puntos.

Al comparar los resultados de la entrevista inicial con la entrevista posterior a la intervención, fue notable un **incremento significativo en el conocimiento sobre anticonceptivos** ($p=0.003$, Tabla II). Un mayor porcentaje de médicos conocía que la mesigyna®² se puede iniciar desde el primer hasta el quinto día del ciclo menstrual y varios más mencionaron al menos un anticonceptivo de emergencia.

Los **conocimientos sobre ITS** también acusaron un incremento significativo ($p<0.001$, Tabla II). Una mayor proporción –aunque aun pocos- supo qué es el tratamiento sintomático y por qué se utiliza y/o mencionó que las ITS facilitan la transmisión del VIH.

Se observó una **actitud significativamente mejor hacia la accesibilidad de los servicios de SSR**, pues un mayor número de médicos reconocieron los obstáculos que enfrentan las adolescentes para acceder a los servicios de SSR ($p=0.046$, Tabla III). Muchos más mencionaron la accesibilidad a los servicios de salud y contraceptivos como elementos cruciales de los programas de SSR, mientras que en la primera entrevista, hicieron más énfasis en la educación de la salud.

Tabla III: Actitudes de los doctores antes y después de la intervención

Actitudes	Todos inicial*	Inicial †	Después †	p‡
III Hacia la accesibilidad de servicios SSR para adolescentes	N=37(%)	N=23	N=23	
3.1 Menciona al menos 1 obstáculo relacionado con la clínica como razón para no usar los servicios de SSR	14 (37.8)	9	9	
3.2 No menciona características negativas de los adolescentes como no les importa/no tienen tiempo/ignorancia como razón para no usar los servicios de SSR	30 (81.1)	20	20	
3.3 Menciona importancia de servicios de salud en programas de SSR	13 (35.1)	8	15	
3.4 Menciona importancia de anticonceptivos en programas de SSR	21 (56.8)	13	22	
Puntuación promedio §	6.0 sd 2.6	5.4 sd 2.3	7.2 sd 2.2	0.046
IV Hacia el uso de contraceptivos por parte de adolescentes				
4.1 Incluye un método anticonceptivo moderno controlable por las jóvenes, entre los métodos adecuados para las adolescentes de 12 -14 años	17 (46.0)	11	14	
4.2 Sugiere más de un método moderno para las adolescentes de 15 – 17 años	10 (27.0)	5	11	
4.3 Receta anticonceptivos orales si una adolescente de 14 años los solicita.	20 (54.1)	15	16	
4.4 Al momento de recetar los anticonceptivos orales, le indica a la joven –como información esencial- qué debe hacer si se le olvida tomarse la pastilla	9 (24.3)	9	8	
4.5 Explica que el condón tiene una ventaja doble: previene ITS y embarazos.	7 (18.9)	5	7	
Puntuación promedio §	3.4 sd 2.4	3.9 sd 2.3	4.9sd 2.6	0.108

* Número de doctores y porcentaje del total que respondió correctamente los criterios.

† Estas columnas reflejan la cantidad absoluta de médicos que respondieron bien en las entrevistas antes y después de la intervención

‡ p calculado a partir de la prueba de rangos señalados de Wilcoxon mediante la comparación de las puntuaciones antes y después de la intervención por sub-tema.

§ Puntuaciones promedios por sub-tema, con una escala de 0 a 10 puntos.

Las **actitudes de los doctores hacia el uso de los métodos anticonceptivos** por las adolescentes no presentaron cambios significativos. Muchos médicos continuaron renuentes a prescribir anticonceptivos hormonales en el caso hipotético que este fuera solicitado por una adolescente de 14

años. En cuanto a las recomendaciones dadas a las adolescentes que deseaban empezar a usar condones, sólo unos cuantos doctores hicieron énfasis en la ventaja de la protección dual de los preservativos, ante embarazos e ITS.

Un descenso significativo se observó en las **barreras médicas debido a conocimientos erróneos** ($p < 0.001$, Tabla IV). No obstante, la mayoría de los doctores continuaron mostrando resistencia para recomendar el DIU a adolescentes que aún no han tenido hijos. La promoción del condón como protección contra las ITS aumentó pero aún permanece en niveles bajos.

También se registró una baja significativa de **barreras médicas debido a asunciones y valores socio-culturales de los doctores** ($p = 0.003$, Tabla IV). Un mayor número de médicos les sugirieron a las pacientes más jóvenes usar métodos anticonceptivos que ellas mismas pudieran controlar; también indicaron que las relaciones sin protección eran razón para recetar anticonceptivos de emergencia y no sólo para casos de violación; asimismo, con menor frecuencia, hablaron de los aspectos negativos de los condones.

Evaluación de los Doctores sobre el Programa

A todos los doctores se les preguntó en qué temas les gustaría estar mejor informados. En la entrevista inicial, 13/23 solicitaron mayor información sobre los anticonceptivos, 14/23 sobre las ITS y 2 sobre temas relacionados con la comunicación (sexualidad, consejería o violencia). Al hacerles la misma pregunta durante la segunda entrevista, la demanda informativa sobre los anticonceptivos y las ITS continuó siendo la misma, pero la cantidad de profesionales que solicitaron capacitación relacionada a la comunicación aumentó a 11/23 entrevistados.

Cuando se les preguntó como valoraban la experiencia con el programa, todos, excepto un médico, se expresaron positivamente: 17 de 23 dijeron que habían enriquecido sus conocimientos, 15 afirmaron haber mejorado sus habilidades de comunicación y 15 señalaron haber ganado experiencia. Ninguno se quejó del aumento de la carga de trabajo. La mayoría disfrutó de esta nueva experiencia, aunque 12/23 indicaron que trabajar con adolescentes es difícil. Algunos mencionaron que era difícil ganarse la confianza de la adolescente atendida; que no era una tarea nada fácil descubrir la verdadera causa de la consulta; que algunas jóvenes eran muy tímidas; y que en términos generales carecen de mucha información.

Tabla IV: Barreras médicas antes y después de la intervención

Barreras médicas	Todos inicial*	Inicial †	Después †	p‡
V Debido a conocimientos erróneos	N=37(%)	N=23	N=23	
5.1 Conoce los métodos anticonceptivos mesigyna® y ovrette® para adolescentes	30 (81.1)	20	23	
5.2 No menciona contraindicaciones desactualizadas para el uso del DIU	11 (29.7)	6	9	
5.3 Sabe que jóvenes pueden empezar la mesigyna® del 1 – 5 día del ciclo menstrual	15 (40.5)	10	16	
5.4 Sabe que los anticonceptivos de emergencia pueden administrarse hasta 72 horas después de un encuentro sexual sin protección.	17 (46.0)	14	19	
5.5 Explica que el condón protege contra las ITS	10 (27.0)	6	12	
Puntuación Promedio §	5.4 sd 2.5	4.9 sd 1.9	6.9 sd 2.4	<0.001
VI Debido a asunciones y valores socioculturales				
6.1 Incluye un método anticonceptivo controlable por las jóvenes, entre los métodos adecuados para jovencitas 12 -14 años	17 (46.0)	11	14	
6.2 Incluye los condones como preferencia de las jóvenes que ya son madres.	2 (5.4)	2	6	
6.3 Receta anticonceptivos orales si una adolescente de 14 años los solicita.	20 (54.1)	15	16	
6.4 Considera que las relaciones sin protección son una razón para usar los anticonceptivos de emergencia	23 (62.2)	17	23	
6.5 No menciona atributos exclusivos, prácticos y negativos cuando las jóvenes empiezan a usar preservativos	28 (75.7)	18	21	
Puntuación Promedio §	5.7 sd 2.2	5.5 sd 1.9	7.0 sd 1.8	0.003

* Número de doctores y porcentaje del total que respondió correctamente los criterios.

† Estas columnas reflejan la cantidad absoluta de médicos que respondieron bien en las entrevistas antes y después de la intervención

‡ p calculado a partir de la prueba de rangos señalados de Wilcoxon mediante la comparación de las puntuaciones antes y después de la intervención por sub-tema.

§ Puntuaciones promedios por sub-tema, con una escala de 0 a 10 puntos.

Discusión

Las respuestas de los doctores ilustran con claridad los obstáculos que las adolescentes pueden enfrentar cuando van en busca de un servicio de salud sexual o reproductiva. Conceptos equivocados, prácticas desactualizadas y actitudes de renuencia eran aspectos muy comunes. Se observaron mejoramientos significantes después de la intervención, en especial en cuanto a conocimientos y prácticas de los doctores.

Método

Hubo una participación casi total de los doctores aún disponibles. Sólo uno se rehusó a participar en la segunda entrevista. La causa principal de la ausencia de los demás doctores fue la frecuente rotación de personal médico no sólo en el sector público, sino incluso privado y ONG, lo que complicó la intervención y el estudio. Las entrevistas se hicieron en un ambiente relajante y carente de prejuicios, mientras que los entrevistados aparentemente se empeñaban en responder las preguntas. A pesar que el sesgo potencial de este tipo de estudio consiste en el hecho que los encuestados dicen lo que ellos creen que el entrevistador quiere oír y no lo que realmente piensan (Hardee 2001), la fortaleza del diseño está en que los doctores no recibieron ninguna retroalimentación. Sus respuestas dan la impresión que ellos no estaban buscando proporcionar respuestas consistentes con los objetivos de la intervención. A pesar que el grado de correspondencia entre sus respuestas y sus prácticas diarias no pueden determinarse por las entrevistas por sí solas, es poco probable que presenten un comportamiento mejor que su auto-evaluación (Hardee 1998, Hardee 1995).

Aunque no hubo ningún grupo control, los cambios observados son probablemente atribuidos al programa de bonos porque no hubo ninguna otra intervención de servicios de SSR en Managua en ese mismo periodo. Además, todos los doctores, excepto uno, confirmaron la contribución de la intervención en el enriquecimiento de sus conocimientos sobre la atención de SSR, su experiencia y comunicación con adolescentes.

El principal objetivo del presente estudio fue evaluar si la participación en un programa de bonos puede mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los doctores. Como resultado, la representatividad de la muestra de todos los doctores Nicaragüenses – en este estudio exploratorio – no es esencial. Sin embargo, el hecho que sólo pocas diferencias fueron observadas entre los diversos grupos de médicos (masculino – femenino, más jóvenes – de mayor edad, público – privado - ONG) sugiere que resultados similares podrían encontrarse en otros doctores de Nicaragua. Se requiere de mayor investigación para valorar el potencial de un programa de bonos en otras poblaciones de adolescentes y médicos; evaluar si segmentos específicos de médicos responden mejor a este tipo de intervención; qué elementos del programa son especialmente efectivos y como el periodo de ejecución influye en los resultados.

Implicaciones

El estudio ilustra las muchas oportunidades que se están desaprovechando por los proveedores de servicios de salud para apoyar a las adolescentes que desean protegerse contra los riesgos de las relaciones sexuales. Las actitudes de los proveedores continúan siendo un obstáculo mayúsculo hacia

una buena calidad de los servicios de SSR. En Nicaragua, los doctores saben que la actividad sexual en los jóvenes de temprana edad es una realidad, ya que el 8% de las adolescentes de 15 años y el 45% de las adolescentes de 19 años están embarazadas o ya son madres (INEC 2001). Los doctores también conocen los niveles elevados de embarazos no deseados y relaciones sexuales forzadas (INEC 2001, Olsson 2000). La resistencia al prescribir anticonceptivos orales a adolescentes de 14 años, a pesar de los riesgos de un embarazo y la falta de anticonceptivos alternativos, es una característica más típica de un padre de familia que de un doctor. Además, las actitudes negativas que muestran algunos médicos hacia el uso del condón no reflejan la visión actual de la salud pública, sino más bien una “resistencia cultural”.

Cabe recalcar que estos fenómenos no están circunscritos sólo en Nicaragua (Langer 2002; Pons 1999; Hardee 2001). Los resultados recalcan la necesidad de desarrollar y evaluar estrategias efectivas que mejoren la calidad de los servicios ofrecidos por los doctores. El fortalecimiento de la demanda, mediante el apoyo a los adolescentes para demandar sus derechos es sin duda importante, pero quizás no sea suficiente.

No se pueden culpar a los doctores individuales. Durante su preparación en la universidad, apenas se toca el tema de la SSR, no reciben ninguna capacitación en comunicación ni se discuten la ética y actitudes médicas. La mayor parte de los médicos mostraron una participación entusiasta tanto en el programa de bonos como en las sesiones de capacitación y desplegaron esfuerzos por atender a este nuevo segmento de clientes con la mejor calidad. Haber vinculado el pago en proporción con el número de adolescentes que el doctor atrajo y atendió en su clínica parece ser un importante incentivo. Un resultado interesante del programa fue que los médicos descubrieron sus propias deficiencias comunicativas con los adolescentes. La mejora de las interacciones paciente – proveedor es promisorio para elevar los resultados positivos en términos de satisfacción del usuario, mayor conocimientos y uso más efectivo y prolongado de anticonceptivos (RamaRao 2003). Tal como lo dicta la experiencia en muchas partes del mundo, preguntarles a las adolescentes sobre la SSR no es una tarea fácil (MacFarlane 1995; Hassan 2000). Se podrían alcanzar cambios más sustanciales referentes al trato que les dan los participantes a las adolescentes, mediante una capacitación más intensiva sobre comunicación y extensión del periodo de la intervención.

Las entrevistas con los médicos demostraron ser un instrumento efectivo para identificar los problemas y valorar los avances en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con los servicios

de salud amigable para los adolescentes. A pesar que los doctores mostraron alguna mejora, en especial en los aspectos más prácticos de su trabajo, en relación con los cambios de actitud el programa fue menos exitoso. El riesgo es que los doctores sigan inconscientes de sus concepciones erróneas y como sus actitudes tornan menos efectivo su desempeño profesional. Una retroalimentación personalizada demostró ser una estrategia importante para motivar a los doctores a cambiar (Lande 2002; Rudy 2003; Wensing 1994; Hays 2002), por lo que deben elaborarse procedimientos para brindarles a los doctores la retroalimentación necesaria. La educación interactiva en pequeños grupos acompañada de una participación activa es otra estrategia que arrojó efectos positivos (Grol 2003) y se puede emplear para fortalecer el impacto del programa.

En conclusión, el estudio revela que existen serias deficiencias en los conocimientos, actitudes y prácticas de los doctores en relación con la calidad del servicio de SSR que se les brinda a los adolescentes; que los doctores están en disposición de mejorar; que un programa de bonos de modelo competitivo, con apoyo técnico para los doctores participantes puede convertirse en una estrategia prometedora para provocar cambios en los doctores y que el programa de bonos se puede desarrollar aún más para ampliar el impacto alcanzado. El éxito de la intervención puede ser explicado por la combinación de capacitaciones, apoyo y experiencias vividas con los adolescentes así como incentivos financieros.

Los resultados revisten de un interés especial en vista del papel fundamental que los doctores pueden jugar, para disminuir el grado de vulnerabilidad de los jóvenes ante el VIH a través del tratamiento correcto de las infecciones de transmisión sexual y la reducción de los riesgos de embarazos no deseados al proveer acceso a métodos anticonceptivos confiables.

Notas a pie de página

¹ Competitivo se refiere al hecho que en el programa existe una competencia entre los proveedores de servicio, en contraste con los programas donde el bono es canjeado ante un proveedor único. El esquema de bonos competitivo es una forma del financiamiento de la demanda donde al usuario se le otorga el poder adquisitivo y el dinero sigue al paciente.

² Mesigyna es un anticonceptivo hormonal que se inyecta todos los meses y que goza de mucha aceptación entre los adolescentes en Nicaragua.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los doctores y doctoras por su participación entusiasta en la intervención y evaluación. Muestras especiales de agradecimiento para Patricia González, Amelia Tijerino, Róger Torrentes, Alejandro Dormes, Zoyla Segura, Joel Medina y Tomás Donaire. Nuestra gratitud para Julienne McKay por su alentador y continuo apoyo durante la preparación del presente informe. Y por último, pero no menos importante, sin el apoyo financiero del DFID, este programa nunca hubiera sido posible.

Referencia

- Bertrand JG, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA (1995) Access, Quality of care, and Medical Barriers in family planning programs. *Int Fam Plan Perspect* **21**(2): 64-69+74.
- Borghi J, Gorter A, Sandiford P, Segura Z.. The cost-effectiveness of a competitive voucher scheme to reduce sexually transmitted infections in high-risk groups in Nicaragua. *Health Policy Plan.* 2005 Jul;20(4)
- Eggleston E, Jackson J, Hardee K (1999) Sexual Attitudes and Behavior Among Young Adolescents in Jamaica *Int Fam Plan Perspect* **25** (2) 78-91.
- Gorter A Sandiford P Rojas Z Salvetto M (2003) *Competitive Voucher Schemes for Health, Background Paper*. ICAS/Private Sector Advisory Unit of The World Bank, Washington, DC.
- Grol R and Grimshaw (2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet.***362**(9391):1225-30.
- Hardee K Clyde M McDonald OP Bailey W and Villinski MT (1995) Assessing family planning service delivery practices: The case of private physicians in Jamaica. *Stud Fam Plann* **26**(6) 338-349.
- Hardee K, Janowitz B, Stanback, J Villinski M (1998) What have we learned from studying changes in service guidelines and practices? *Int Fam Plan Perspect* **24**(2) 84-90.
- Hardee K, McDonald OP, McFarlane C, Johanson L (2001) Quality of care in family planning clinics in Jamaica. Do clients and providers agree? *West Indian Med* **50**(4) 322-327.

Hassan EA, Creatsas GC (2000) Adolescent sexuality: a developmental milestone or risk-taking behaviour? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol* **13**(3):119-24. Review.

Hays RB, Jolly BC, Caldon LJM et al (2002) Is insight important? measuring capacity to change performance. *Med Educ* **36**(10):965-71.

INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos and Ministerio de Salud (2002) *Demographic Health Survey Nicaragua 2001* (in Spanish), Managua, Nicaragua, Instituto Nacional de Estadística and Censos y Ministerio de Salud. Calverton, MD USA; Macro International/DHS+ Program.

Lande RE (2002). *Population Reports Series J. No 52*. Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program .

Langer A (2002) Unwanted pregnancy: impact on health and society in Latin America and the Caribbean (in Spanish). *Pan American Journal Public Health* **11**(3) 192-204.

Macfarlane A, McPherson A (1995) Primary health care and adolescence. *BMJ* **30**;311(7009):825-6.

Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA (2005) Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: A quasi-experimental intervention study. Accepted for publication by *Journal of Adolescent Health*.

Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA (under revision) Quality of reproductive care in a competitive voucher programme viewed by girls. A quasi-experimental intervention study Managua, Nicaragua. Accepted for publication by *Int J Qual in Health Care*.

Olsson A, Ellsberg MK, Berglund S, et al. (2000) Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaragua men and women: A population-based anonymous survey *Child Abuse & Neglect* **24**(24)1579-1589.

Pons JE (1999) Contraceptive services for adolescents in Latin America: facts, problems and perspectives. Review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* **4**(4): 246-54.

RamaRao S, Mohanam R (2003) The quality of family planning programs: concepts, measurements, interventions, and effects. *Stud Fam Plann* **34**(4):227-48. Review.

Rudy S, Tabbutt-Henry J, Schaefer BSN, McQuide P (2003) Improving client provider interaction *Population Reports Series Q, No. 1* Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, the INFO Project.

Senderowitz J (1999) Making health services adolescent friendly [in spanish]. Focus on Young Adults. This is the translation by the GTZ Nicaragua of the document: Health Facility programs on Reproductive Health for Young Adults: <http://www.futuresgroup.com/abstract.cfm/2591>

- Singh, S (1995) Adolescent knowledge and use of injectable contraceptives in developing countries. *J Adolesc Health*; **16**(5):396-404.
- Shelton J.D (2001) The provider Perspective: Human After All. *Int Fam Plan Perspect*; **27** (3)
- Speizer IS, Hotchkiss DR, Magnani RJ, Hubbard B, Nelson K (2000) Do service providers in Tanzania unnecessarily restrict clients' access to contraceptive methods? *Int Fam Plan Perspect*. **26**(1) 13-20&42.
- Stanback J, Thampson A, Hardee K, Janowitz B (1997) Menstruation requirements: a significant barrier to contraceptive access in developing countries. *Stud Fam Plann*; **28**(3):245-50. Review.
- Stanback J and Twum-Baah KA (2001) Why do Family planning providers restrict access to services? An examination in Ghana. *Int Fam Plan Perspect* ; **27**(1) 37-41.
- Wensing M, Grol R (1994) Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Qual Health Care* Jun;6(2):115-32.