

## Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres a través de un Programa de Bonos. Estudio de Intervención cuasi-experimental, Managua, Nicaragua

LIESBETH E. MEUWISSEN<sup>1</sup>, ANNA C. GORTER<sup>2</sup> AND J. A. KNOTTNERUS<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>ICAS, Managua, Nicaragua, <sup>2</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK,

<sup>3</sup>University of Maastricht, Maastricht,

<sup>4</sup>Health Council of the Netherlands, The Hague, The Netherlands

Traducción del artículo:

Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA. Perceived quality of reproductive care for girls in a competitive voucher program. A quasi-experimental intervention study, Managua, Nicaragua. *International Journal for Quality in Health Care* 2006;18(1):35-42 (Epub 2006 Jan 18).

### Resumen

**Objetivo:** Determinar si las adolescentes de áreas de escasos recursos de Managua se sienten satisfechas con los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) brindados a través del programa de bonos y analizar los determinantes de su satisfacción.

**Diseño:** Estudio de intervención cuasi-experimental de base comunitaria, realizado entre los años 2000 y 2002.

**Entorno:** Áreas de bajos ingresos de Managua.

**Intervención:** Distribución de 28,711 bonos a adolescentes para tener acceso gratuito a servicios de SSR en 19 clínicas; capacitación y apoyo a los proveedores de servicios de salud.

**Participantes del Estudio:** Muestra aleatoria de 3,009 adolescentes del sexo femenino con edades entre 12 – 20 años que completaron cuestionarios auto llenados: 700 encuestadas habían usado los servicios en los últimos 15 meses, incluyendo 221 que usaron los bonos (usuarias con bono) y 479 que no usaron bonos (usuarias sin bono).

**Parámetros de Medición de los Resultados Principales:** Satisfacción de la usuaria; Satisfacción con la recepción dada en las clínicas; Claridad de la explicación dada por el doctor que la atendió

**Resultados:** La satisfacción fue significativamente mayor en las usuarias con bono que en las usuarias sin bono (Odds Ratio ajustada (ORA) 2.2; 95% CI: 1.2-4.0). El uso del bono se asoció con una satisfacción más frecuente con la recepción dada en la clínica, en especial en muchachas con vida sexual activa que aún no son madres o no están embarazadas (ORA 6.9; 95% CI: 1.5-31.8). La percepción de la claridad de las explicaciones del doctor no acusó ninguna diferencia (ORA 1.4; 95% CI: 0.9-2.2).

La satisfacción de la usuaria está estrechamente ligado con la recepción en la clínica y la claridad de la explicación dada por el doctor ( $p < 0.001$ ). Hechos como mayor edad, consultas de mayor duración, tiempos de espera más cortos, profesionales de mayor edad y atención dada por una doctora influyeron positivamente en la satisfacción de las usuarias.

**Conclusión:** el uso de bonos por las adolescentes fue asociado con una mejor percepción de los servicios de SSR. Este es un resultado importante, dado que la satisfacción de la usuaria juega un papel crucial en la aceptación y el uso continuado de los servicios de salud y de métodos anticonceptivos. Aunque es necesario realizar más investigaciones, la confidencialidad y garantía del acceso parecen ser factores claves para el éxito de los bonos.

## Palabras Claves

Adolescentes  
 Anticonceptivos  
 Programa de Intervención  
 Nicaragua  
 Satisfacción de la usuaria  
 Atención Primaria en Salud  
 Calidad de los servicios de salud

## Introducción

Nicaragua posee la tasa de fertilidad en adolescentes más elevada de América Latina, con 119 nacimientos anuales por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años. Las altas tasas de fertilidad están asociadas con condiciones socioeconómicas pobres y bajos niveles de escolaridad (1). 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 (2, 3). Estos riesgos se deben en gran parte al poco uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas: 7% usa el condón y el 47% otro método anticonceptivo moderno (1).

Otros países latinoamericanos enfrentan problemáticas similares. Se cree que los obstáculos para el acceso a los servicios de planificación familiar se originan de diferentes niveles: las adolescentes y sus compañeros sexuales, los sistemas de salud y educación y los factores socioculturales (3, 4, 5, 6). Los obstáculos relacionados con el sistema de salud son causados por la falta de acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), así como la baja calidad de atención en los servicios. La calidad es un problema porque la mayoría de los servicios no están diseñados para adolescentes. Además, muchos proveedores carecen de los conocimientos y habilidades necesarias, y cuando se introducen programas de SSR para adolescentes, estos a menudo encuentran resistencia por parte de los proveedores, porque estos últimos ponen en entredicho nociones culturales sobre sexualidad, crianza de los hijos y género (5, 6, 7, 8, 9, 10).

En Nicaragua, un abordaje novedoso fue piloteado, destinado a incrementar la accesibilidad y calidad de los servicios de SSR para adolescentes de escasos recursos y desatendidas, a través de un esquema de bonos competitivo. El aspecto competitivo del programa -competencia entre los proveedores de los servicios para atraer a más jóvenes que usaron los bonos- fue diseñado específicamente para aumentar la calidad del servicio(13) La evaluación del impacto de esta intervención entre adolescentes mujeres mostró que la recepción del bono aumentó el uso de los servicios de SSR en todos los grupos de adolescentes (Odds Ratio ajustada (AOR) 3.1, 95% CI: 2.5-3.9) así como el uso de anticonceptivos y preservativos en segmentos específicos (11). En vista que la calidad afecta la decisión de utilizar métodos anticonceptivos, continuar el uso de los servicios (12, 13, 14, 15) y recomendar los servicios a otras personas, se emplearon varios métodos para evaluar el impacto del programa en la calidad de los servicios de SSR.

Adolescentes de escasos recursos hacen muy poca uso de los servicios de SSR y se conoce muy poco acerca de su percepción sobre estos servicios. La presente intervención le dio la oportunidad a este segmento poblacional de experimentar los servicios de SSR y saber sus percepciones al respecto. Una comprensión más profunda de sus perspectivas pueden ayudar a mejorar la efectividad de las intervenciones de salud pública destinadas a incrementar el uso y aptitud de los servicios de SSR y anticonceptivos por los adolescentes.

El presente artículo informa sobre la calidad de los servicios de SSR, tal como la perciben las adolescentes de áreas de escasos recursos de Managua a través de cuestionarios auto llenados. Se abordan dos preguntas: ¿Las adolescentes que hicieron uso de los servicios de SSR, mediante los bonos, se sintieron más satisfechas con los diferentes aspectos de la calidad del servicio que las usuarias que no tenían bonos? ¿Cuáles fueron los factores claves que determinaron la satisfacción de las adolescentes con los servicios de SSR?

## 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).

En los años 2000 y 2001, se distribuyeron 28,711 bonos en cuatro mercados, en las afueras de 19 escuelas públicas y 221 barrios pobres, a adolescentes con edades entre 12 y 20 años, para un total de 16,850 mujeres y 11,861 varones. El bono le daba al portador acceso gratuito a los servicios de SSR en cualquiera de las clínicas (4 públicas, 5 privadas y 10 pertenecientes a ONG) contratadas por el Instituto Centroamericano de la Salud. Las clínicas fueron seleccionadas en base a su aptitud y cercanía geográfica con los sitios donde se distribuyeron los bonos. A las clínicas identificadas se les invitó a participar y se negociaron los costos de las consultas basándose en sus tarifas vigentes. Las clínicas recibían un reembolso por cada adolescente atendido. Los bonos tenían una vigencia de tres meses y fueron distribuidos en rondas. Cada ronda daba la posibilidad de incorporar a nuevas clínicas y de retirar a clínicas que no funcionaban. El programa arrancó con cuatro clínicas, y nuevas clínicas fueron incorporadas periódicamente.

Un total de 3,301 bonos (20%) fueron usados por adolescentes mujeres: 34% para obtener anticonceptivos, 30% para tratamiento de infecciones de transmisión sexual, 28% por consejería, 27% para atención prenatal, 17% para pruebas de embarazo y 15% por otras razones (las adolescentes podían llegar a la clínica por más de una causa). Todas las personas que usaron los bonos recibieron un folleto sobre salud en adolescentes, dos preservativos con información auxiliar así como acceso a pruebas de laboratorio, tratamiento acorde con el diagnóstico y anticonceptivos, si el caso lo requería.

El programa abordó varios aspectos relacionados a la calidad de la atención. Los doctores llenaban formatos clínicos estandarizados basados en protocolos de “mejores prácticas” que servían para orientar las labores del galeno durante la consulta y para garantizar que a todos los adolescentes se les hicieran preguntas sobre su actividad sexual y sus necesidades de información y de métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos (condones, píldoras ovrette®, microgynon®, mesigyna® y T de cobre) estaban disponibles y se aseguraba la posibilidad de elegir entre los diferentes métodos.

Los doctores participantes recibieron una breve introducción para familiarizarse con el programa de bonos y sus procedimientos. También se les facilitó un manual informativo que contenía datos y directrices. A todos se les instó a asistir a una capacitación de tres sesiones en horas de la mañana sobre “servicios amigables para los adolescentes” (9), consejería, adolescencia y sexualidad, anticonceptivos y abuso sexual. El curso fue organizado por el

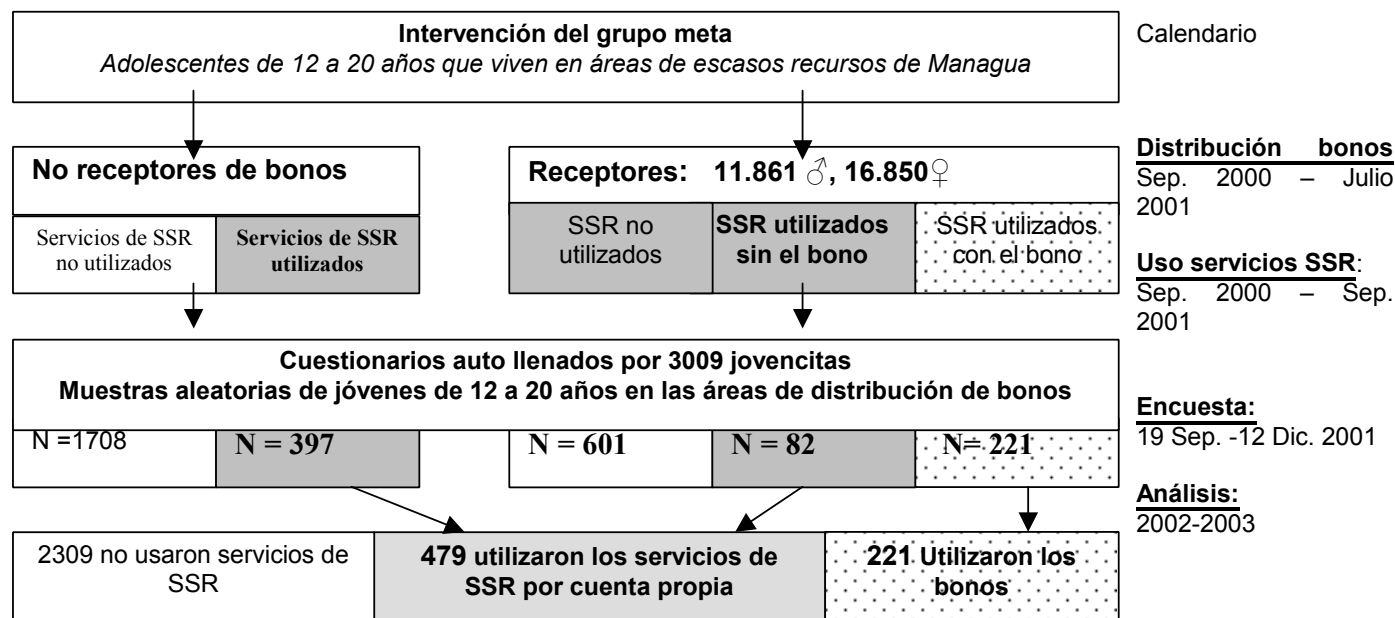
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Setenta por ciento de los doctores participaron en al menos una de las sesiones. Inclusive las recepcionistas recibieron una capacitación acerca de “servicios amigable para los adolescentes”. Además, se consideró que la naturaleza competitiva del programa de bonos serviría de estímulo para que los proveedores mejoraran constantemente la calidad de los servicios, a fin de atraer a más jóvenes con bono (16). Se monitoreó la calidad mediante revisiones de los formatos clínicos estandarizados, discusiones de grupos focales y entrevistas con los doctores y pacientes simuladas antes y después del programa.

## Evaluación

### Diseño y Población

El impacto de la presente intervención cuasi-experimental de base comunitaria en la percepción de la calidad de los servicios de salud fue evaluado mediante la comparación de experiencias con los servicios de SSR entre las jóvenes que pasaron consultas con y sin bono. Se hizo una distribución aleatoria de cuestionarios entre las adolescentes (los cuales fueron auto llenados), entre 3 a 15 meses después de haber distribuido los bonos en sus zonas. La evaluación estaba limitada sólo a mujeres. La medición del impacto de la intervención en adolescentes varones demandaba una muestra mucho mayor, ya que en los varones sólo el 6% de los que recibieron un bono, lo usaron.

**Figura I: Diagrama de flujo de la Intervención y Evaluación del Programa de Bonos**



El marco del muestreo consistió de una selección de 21 de los 244 sitios. Se escogieron los lugares donde se distribuyeron las cantidades más grandes de bonos, con el fin de incrementar las posibilidades de encontrar receptoras y usuarias de los bonos. En cada sitio, se les pidió a muestras de comodidad de adolescentes del sexo femenino llenar un cuestionario. Las encuestadoras (adolescentes) invitaban a participar a cada joven que se encontraba en ese momento en el sitio, requiriéndola la edad como único criterio. La encuesta fue presentada sin ningún vínculo con el programa de bonos, como un estudio destinado a conocer la opinión de

las adolescentes sobre los servicios de salud. El objetivo fue de obtener una muestra aleatoria de mujeres jóvenes que habían tenido la misma oportunidad de haber recibido un bono y que estaban interesadas en compartir información sobre su uso de los servicios de SSR y sus percepciones sobre su calidad. Dentro de la muestra, se analizó una sub muestra de “usuarias de servicios de SSR”: “usuarias con bono” fueron comparadas con “usuarias sin bono”, para saber si los bonos marcaron alguna diferencia en las percepciones sobre la calidad del servicio (figura 1). El estudio recibió el acuerdo de los comités de revisión ética de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y del Instituto Centroamericano de la Salud.

### Mediciones

Se escogió el cuestionario auto llenado a fin de obtener la mayor “honestidad” posible en las respuestas, en vista de los tabúes que giran alrededor de la sexualidad. La selección de las variables giró alrededor de literatura especializada y la información emanada de las discusiones de grupos focales sostenidas con las adolescentes. La redacción de las preguntas se hizo en colaboración con adolescentes de las organizaciones participantes y tuvo un pilotaje intensivo. El uso de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva se definió a través de preguntas como: ¿Has pasado consulta por una de estas razones: información o búsqueda de métodos de planificación familiar o tratamiento para una enfermedad venérea o prueba de embarazo o control de embarazo? y ¿Hace cuántos meses fue esta consulta médica? Sólo las muchachas que decían haber hecho uso de los servicios respondieron preguntas sobre la calidad, tiempo de espera, duración de la consulta, sexo del médico que la atendió y el tipo de clínica.

La calidad se valoró de acuerdo con las respuestas de las tres preguntas siguientes:

1. “¿Le gustaría pasar consulta nuevamente con el mismo doctor?” (Sí/No). Esta interrogante sirvió como indicador de la calidad de la consulta ya que una persona insatisfecha con el servicio no regresaría (17).
2. “¿Cómo fue la atención en la clínica antes de pasar consulta? Esta pregunta era para saber cómo recibieron a las adolescentes en la clínica antes de pasar consulta con el doctor. Las respuestas pre-codificadas “Mal” y “Regular” se clasificaron como “pobre” (en Nicaragua, el termino “regular” significa que algo no es bueno) y “Bien” y “Excelente” se clasificaron como “bueno”.
3. La claridad de las explicaciones se determinó con la siguiente pregunta: “¿Cómo estuvo la explicación del medico que te atendió? Las respuestas pre-codificadas “No le entendí” y “No le entendí muy bien” fueron clasificadas como “pobres”, mientras que “Le entendí” y “Le entendí muy bien” se clasificaron como “con claridad”.

Además se recogió información sobre las características de las adolescentes (nivel de escolaridad alcanzado, estudios actuales, indicadores socioeconómicos y experiencia materna), el sitio donde se hizo la encuesta (mercados, barrios, escuelas) y el hecho si el cuestionario había sido auto llenado o bien si lo había llenado con la ayuda de la encuestadora.

En vista que fenómenos como el embarazo y la maternidad influyen fuertemente en la posición social de las jóvenes y la aceptabilidad social de buscar servicios de SSR, la experiencia de la maternidad se subdividió en tres grupos: jóvenes que aún no sostienen relaciones sexuales; jóvenes que tienen vida sexual activa pero que nunca han estado embarazadas; y jóvenes embarazadas o que ya son madres. Los indicadores socioeconómicos (SE) utilizados para evaluar el nivel de pobreza relativa fueron la presencia de un refrigerador en la casa, el número de personas por dormitorio y la clasificación socioeconómica del sitio donde se levantó la encuesta.<sup>2</sup>

### Recopilación y Análisis de Datos

Mientras la adolescente llenaba el cuestionario, las encuestadoras (adolescentes) permanecían cerca de la participante para responderle cualquier inquietud y asegurarle su privacidad. Las encuestadoras llenaron el 18% de las encuestas porque las participantes tuvieron dificultades para leer o escribir.

**Tabla I: Características de las jóvenes: Todas las encuestadas y usuarias de los servicios de SSR: Usuarias con bono Vs. Usuarias sin bono**

Características del estudio de línea de base		Encuestadas	Sin Bonos	Con Bonos	P <sup>1</sup>
		N=3009 (%)	N=479 (%)	N=221 (%)	
<b>Edad promedio</b>		16.7	17.9	17.2	
<b>Grupo etareo</b>	12-15 años	951 (31.6)	60 (12.5)	47 (21.3)	0.001
	16-17 años	844 (28.1)	115 (24.0)	66 (29.9)	
	18-21 años	1214 (40.4)	304 (63.5)	108 (48.9)	
<b>Años promedio escolaridad</b>		8.5	8.4	8.1	
<b>Nivel educativo</b>	0 – 6 años	512 (17.0)	116 (24.2)	53 (24.1)	0.71
	7 – 9 años	1368 (45.5)	205 (42.8)	89 (40.5)	
	10-11 años	735 (24.5)	109 (22.8)	49 (22.3)	
	12-16 años	389 (13.0)	49 (10.2)	29 (13.2)	
<b>Estudiante activa</b>	Si estudia en realidad	2129 (70.9)	200 (41.8)	123 (55.9)	<0.001
<b>Refrigerador</b>	Hay refrigerador	1502 (50.2)	211 (44.4)	97 (44.1)	0.94
<b>Nº personas /dormitorio</b>	0-2	1464 (49.5)	199 (42.3)	96 (44.4)	0.19
	Más de 2-3	842 (28.5)	134 (28.5)	71 (32.9)	
	Más de 3	653 (22.1)	137 (29.2)	49 (22.7)	
Clasificación socioeconómica del sitio donde se hizo la encuesta	baja/media baja	901 (29.9)	64 (13.4)	63 (28.5)	0.001
	Pobre	1400 (46.5)	283 (59.1)	108 (48.9)	
	Muy pobre	708 (23.5)	132 (27.6)	50 (22.6)	
Sitio donde se levantó encuesta	Mercados	691 (23.0)	159 (33.2)	47 (21.3)	0.001
	Barrios	1280 (42.5)	256 (53.4)	103 (46.6)	
	Afuera de escuelas	1038 (34.5)	64 (13.4)	71 (32.1)	
<b>Vida sexual activa</b> <sup>2</sup>	Aún no iniciada	1929 (65.3)	106 (22.3)	62 (28.4)	0.001
	Activa sin ser madre	473 (16.0)	99 (20.8)	65 (29.8)	
	Madre y/o embarazada	552 (18.7)	271 (56.9)	91 (41.7)	

<sup>1</sup> Resultados de la prueba de chi cuadrado, al comparar numerosas variables de las usuarias de los servicios de SSR con bonos versus usuarias sin bono.

<sup>2</sup> Las jóvenes que por primera vez salen embarazadas y que pasaron consulta con un doctor hace más de seis meses se les consideró como personas con vida sexual activa sin estar embarazadas porque en Nicaragua, no es común que estas jóvenes pasen consulta para un control prenatal en los primeros tres meses de gestación.

Alrededor del 3% de jóvenes se rehusaron a participar, aduciendo que “estaban apuradas”, “no tengo permiso de mi jefe” (en los mercados) o bien creían que los cuestionarios estaban relacionados a actividades políticas. Se llenaron un total de 3,130 cuestionarios, de los cuales 3,009 (96%) contenían datos suficientes para emprender un análisis. Los datos fueron introducidos dos veces en el programa Epi-info por dos procesadores diferentes. El programa STATA 7.0 fue usado para el análisis.

Las principales características que describen las participantes fueron calculadas y tabuladas (Tabla I). Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para comparar las características de las usuarias con bono versus las usuarias sin bono.

Para analizar la influencia del uso del bono en los indicadores de calidad, el uso del bono fue la principal exposición del análisis de regresión logística múltiple. Las características de los adolescentes y la encuesta se consideraron confundidores potenciales que podían asociarse con el uso del bono y podrían influir independientemente en las percepciones de calidad o modificadores que podían sesgar el efecto del uso del bono en la calidad percibida.

La prueba de razón de verosimilitud (Likelihood Ratio Test, LRT) fue empleada para determinar si las variables estaban asociadas significativamente con el resultado ( $p < 0.05$ ). Por cada variable, se valoró a través de la prueba LRT si había interacción con la exposición. Todas las variables ordinales se sometieron a prueba para evaluar su alejamiento de la tendencia lineal (Tabla II). Sólo los registros con los datos completos se incluyeron en el análisis multivariable.

**Tabla II: Impacto del uso del bono en la satisfacción de las usuarias, satisfacción con el trato dado en la recepción y claridad de las explicaciones del doctor**

Resultados	Sin bonos N=479(100%)	Con bonos N=221(100%)	N <sup>1</sup>	OR no ajustada (95% CI)	OR ajustada (95% CI) <sup>2</sup>
<b>Grado de satisfacción general</b> datos incompletos = 19	394 (85)	199 (91)	N=660	1.99 (1.13-3.48)	2.23 <sup>4</sup> (1.24-4.02)
<b>Satisfecha con el trato en recepción</b> datos incompletos = 17	374 (80)	190 (88)	N=664	1.99 (1.22-3.26)	
Uso de bono/vida sexual no iniciada					2.22 (0.87-5.63)
Uso de bono/iniciada/no madre o embarazo					6.93 (1.51-31.84)
Uso de bono/madre o embarazo					1.13 (0.58-2.20)
<b>Explicaciones claras del doctor</b> datos incompletos = 21	370 (80)	181 (83)	N=660	1.34 (0.87 - 2.08)	1.37 <sup>5</sup> (0.87-2.17)

<sup>1</sup> N es el número de registros incluidos en el análisis de regresión logística múltiple.

<sup>2</sup> Resultados del análisis de regresión logística múltiple. Las variables incluidas en el modelo son: categoría de la experiencia de maternidad; grupo etareo; asistencia activa a la escuela; nivel de escolaridad alcanzada; refrigerador en casa; número de personas por dormitorio; clasificación socioeconómica del sitio donde se hizo la encuesta; sitio donde se levantó la encuesta, cuestionario llenado por la encuestada o por las encuestadoras.

<sup>4</sup> La variable Experiencia de la Maternidad fue asociada significativamente con el resultado, pero no constituyó un “confundidor”.

<sup>5</sup> La variable Nivel de Escolaridad Alcanzada fue asociada significativamente con el resultado, pero no constituyó un “confundidor”.

Para analizar los determinantes de la satisfacción de la usuaria, se construyeron modelos de regresión logística que incluyeron las variables relacionadas con el servicio de SSR y las características de las adolescentes y del sitio donde se hizo la encuesta. Debido a que muchas jóvenes no recordaron el nombre de la clínica, fue imposible incluir el tipo de clínica (pública, privada o no gubernamental) en el análisis. La prueba LRT fue utilizada tal como se indica líneas atrás con el fin de valorar la influencia de las diversas variables (Tabla III).

**Tabla III: Factores que influyeron en la satisfacción de la usuaria Adolescentes**

Variables	N= 584	Categorías	OR Ajustada (95% CI) <sup>1</sup>
Uso de bonos <sup>2</sup>		No	Categoría referencial
		Sí	3.32 (1.27 - 8.69)
Género del médico <sup>2</sup>		Doctora	Categoría referencial
		Doctor	0.38 (0.19 - 0.75)
		Interacción doctor – uso de bonos	0.21 (0.05 - 0.81)
Duración de consulta <sup>2</sup>		0-10min;10-20min;21-30min;>30min	2.61 (1.89 - 3.60) <sup>3</sup>
Tiempo de espera <sup>2</sup>		0-30min;31-60min;60-120min;>120min	0.45 (0.34 - 0.60) <sup>3</sup>
Grupo etario <sup>2</sup>		12-15 años; 16-17años; 18-21años	1.62 (1.02 - 2.57) <sup>3</sup>
Experiencia de la maternidad <sup>2</sup>		Vida sexual no iniciada	Categoría referencial
		Iniciada (no embarazo/ no es madre)	0.60 (0.27 - 1.33)
		Embarazada y/o madre	1.53 (0.66 - 3.55)
		0-6 años; 7-9 años; 10-11 años;12-16 años	0.70 (0.47 - 1.06) <sup>3</sup>
Nivel Educativo		Estudia realmente	0.94 (0.44 - 2.13)
Estudiante activa		0-2;2-3; >3	0.96 (0.66 - 1.38) <sup>3</sup>
Nº personas / dormitorio		No hay refrigerador en la casa	1.36 (0.74 - 2.50)
Refrigerador		Baja/Media baja; pobre; muy pobre	0.84 (0.47 - 1.49) <sup>3</sup>
Clasificación socioeconómica del sitio donde se hizo la encuesta		Llenados por encuestadoras	1.06 (0.53 - 2.13)
Llenado de cuestionarios		Mercado	Categoría referencial
Sitio donde se levantó encuesta		Barrio	1.40 (0.65 - 3.05)
		Escuela	0.79 (0.28 - 2.28)

<sup>1</sup> Resultados del análisis de regresión logística múltiple.

<sup>2</sup> Las variables marcadas con el símbolo <sup>2</sup> tuvieron una asociación estadística significativa con la satisfacción de la usuaria en el análisis de regresión logística múltiple.

<sup>3</sup> La categoría referencial es la primera categoría mencionada (Ej. Para los tiempos de espera, son 0-30 minutos, para la duración de la consulta es 0 -10 minutos, para el grupo etareo de 12-15 años, etc.).

## Resultados

No se apreciaron diferencias relevantes en las características de las receptoras de bonos de los sitios donde se tomaron las muestras, en comparación con los sitios donde no se ha tomado las muestras. Además, las características de las encuestadas fueron similares a las jóvenes que habían recibido un bono durante la intervención. Por tanto, es probable que las encuestadas sean representativas del grupo que pudo haber recibido un bono, el grupo meta de la intervención. De las 3,009 adolescentes que completaron los cuestionarios, 700 afirmaron haber utilizado un servicio de SSR en los últimos 15 meses, incluyendo 221 “usuarias con bono” y 479 “usuarias sin bono”. Las jóvenes de mayor edad y las jóvenes con vida sexual activa, en especial las que ya son madres o están embarazadas, utilizaron dichos servicios con mayor frecuencia. Las usuarias con bono, en comparación con las usuarias sin bono, se caracterizaron por ser de edad más joven, con mayor frecuencia estudiando, y con menor frecuencia embarazada o madre y entrevistadas más frecuentemente en las afueras de los colegios (Tabla I).

### Influencia del Uso del Bono en la Calidad

Un total de 593 usuarias de los servicios de SSR (87%) se sintieron satisfechas con la atención recibida, el 91% de usuarias con bono y 85% de usuarias sin bono. En el análisis de regresión logística múltiple, el uso del bono estuvo asociado significativamente con mayor frecuencia de satisfacción de la usuaria (Tabla II).



De todas las usuarias de SSR 564 (83%) se sintieron satisfechas con la atención recibida en la recepción de la clínica, el 88% de usuarias con bono y el 80% de usuarias sin bono. En el análisis de regresión logística múltiple, se detectó una interacción entre el uso del bono y la experiencia de ser madre. La influencia positiva del bono sobre la percepción de la calidad de la atención recibida en la recepción fue muy fuerte en las jóvenes con vida sexual activa que no eran madres ni estaban embarazadas, fuerte en las adolescentes que aún no habían iniciado su vida sexual y nula entre las adolescentes que ya eran madres o estaban embarazadas (Tabla II).

De todas las usuarias, 551 (81%) dijeron que las explicaciones dadas por el doctor eran claras, el 83% de usuarias con bono y el 80% de usuarias sin bono. En el análisis de regresión logística múltiple, el uso del bono no fue asociado significativamente con la claridad de las explicaciones (Tabla II).

No se encontraron diferencias estadísticas significativas en ninguno de los indicadores de calidad o con el uso del bono al comparar los registros incompletos con los registros de información completa.

### **Determinantes de la satisfacción de la usuaria**

La calidad de la recepción y la claridad de las explicaciones presentaron una correlación fuerte con la satisfacción ( $p < 0.001$ ;  $p < 0.001$ ) y por lo tanto no se les incluyó en el análisis de regresión logística múltiple. Las usuarias con bono se mostraron significativamente más frecuentemente satisfechas. Las jóvenes se sentían más satisfechas con una doctora que con un doctor; el uso del bono acentuó este efecto aún más (Tabla III).

Asimismo, las consultas de mayor duración incrementaron de forma progresiva la satisfacción; los tiempos prolongados de espera disminuían de manera progresiva la satisfacción; las adolescentes de mayor edad se sentían satisfechas con mayor frecuencia, en especial si eran jóvenes embarazadas o madres. El nivel educativo, la asistencia activa a la escuela, los antecedentes socioeconómicos y las características de la encuestada no fueron asociados significativamente con la satisfacción de las usuarias.

## **Discusión**

El uso del bono fue asociado con mayor frecuencia a la satisfacción causada por el tiempo de la consulta y el trato en la recepción de la clínica, en comparación con las usuarias sin bono. No hubo ninguna asociación con la claridad de las explicaciones del doctor. La satisfacción de la usuaria estuvo asociado con factores como el uso del bono, pasar consultas con una doctora, consultas de mayor duración, tiempo de espera más cortos, mayor edad de la usuaria y el hecho de estar embarazada o ser madre.

Al interpretar los hallazgos, hay que tomar en cuenta las fortalezas y debilidades del diseño del estudio. La alta tasa de respuestas y el muestreo aleatorio constituyen fortalezas del presente estudio. Se logró obtener una muestra representativa del grupo meta de la intervención. No obstante, aunque hayamos ajustado todas las variables significantes, no podemos excluir a las jóvenes que ya usaban los servicios de SSR y adolescentes que tenían acceso a dichos servicios a través de los bonos, presentan diferencias en aspectos que no podemos controlar a través del análisis de regresión logística múltiple. Si así fuera el caso, este muy probablemente reforzaría el éxito que tuvo la intervención de incrementar la aptitud de los servicios de SSR porque las jóvenes desatendidas no son un segmento fácil de alcanzar y satisfacer.

La vida sexual activa reportada por jóvenes que llenaron los cuestionarios, es más frecuente que la reportada por los sondeos de entrevistas realizados en Nicaragua. Esta situación ilustra el reconocido sub-registro de las actividades sexuales en las entrevistas cara-a-cara y más bien sugiere que existió un alto grado de franqueza al momento de responder el cuestionario. El tiempo entre el uso de los servicios y la encuesta probablemente influyó la valoración de los servicios de SSR, pero no explica el impacto de los bonos porque no hubo diferencias importantes en el tiempo transcurrido, al comparar a las usuarias con bono y las usuarias sin bono. Además, los sesgos de reportes no aleatorios son poco probables porque la encuesta no tuvo una vinculación obvia con el programa de bonos, clínicas específicas o doctores.

Debido a estos factores, consideramos factible que las asociaciones encontradas en el estudio pueden atribuirse a la intervención. No obstante, ¿cómo podríamos entender el éxito de los bonos en cuanto a la calidad?

Parte del incremento de la satisfacción con el uso del bono puede explicarse por las diferencias de calidad entre los tipos de clínicas. Los bonos dieron derecho a recibir atención en clínicas privadas o manejadas por ONG que están fuera del alcance de adolescentes pobres, un factor que no pudimos analizar.

Descubrir que las usuarias con bonos sexualmente activas pero que aún no son madres ni están embarazadas, eran las que se sentían más satisfechas con el trato recibido en la recepción de la clínica y que la calidad de la recepción estaba íntimamente asociada con la satisfacción de la usuaria, sugiere que la confidencialidad es un factor determinante en el éxito de los bonos. La confidencialidad es crítica para los adolescentes porque temen que ir a una clínica de SSR significa declarar en público que tienen vida sexual activa o temen que sus padres se den cuenta (3, 7, 9, 18, 19). Lo anterior quedó confirmado durante las discusiones con los grupos focales. Los bonos fortalecieron la confidencialidad de muchas formas: eliminaron la necesidad de pedir dinero o información a familiares o amistades, ya que los servicios eran gratuitos y las clínicas ya estaban indicadas. Las adolescentes podían escoger la clínica de su preferencia porque goza de buena reputación, porque le queda cerca de su casa o porque las probabilidades de encontrarse a conocidos eran mínimas. Asimismo, las adolescentes podían llegar a las clínicas sin temor al rechazo, sin necesidad de cita previa y sin necesidad de decirle a la recepcionista capacitada, el motivo de su consulta.

Posiblemente la calidad también fue influencia por otros mecanismos. El personal de las clínicas recibió capacitaciones para atender a las adolescentes y respetar su privacidad. Incluso, los proveedores se sintieron apoyados por el programa al atender a adolescentes muy jóvenes que llegaban solas. Aunque no existe ninguna restricción de edad en Nicaragua, los proveedores afirmaron durante las entrevistas tener reservas morales cuando atendían a adolescentes menores de 16 años. Asimismo, el bono proveía un incentivo financiero para brindar servicios de calidad que permitieran atraer a un mayor número de adolescentes.

Saber que el 82% de las adolescentes se sienten satisfechas con los servicios confirma los hallazgos de otros estudios donde los pacientes reportaban satisfacción en 80 – 90% por la atención recibida independientemente de la calidad real de la misma (20). Los datos de nuestra encuesta permitieron analizar la importancia relativa de los diversos determinantes de la calidad percibida. Los resultados confirman evidencias (9, 21, 22, 23) que subrayan la importancia del circuito entero en un centro de salud como los tiempos de espera, duración de la consulta, trato en la recepción y claridad de las explicaciones del doctor.

Un resultado intrigante fue ver que las diferencias de educación, asistencia activa a la escuela y condiciones socioeconómicas no ejercieron ninguna influencia en las valoraciones que hicieron las adolescentes sobre la calidad. Aunque el respeto por su diversidad es un elemento clave del

éxito de muchos programas para adolescentes, para la calidad de la atención en salud, este aspecto parece tener una relevancia menos importante. La principal variable entre las jóvenes que marcó una diferencia fue el hecho que las adolescentes que aún no habían iniciado su vida reproductiva se sintieron menos satisfechas que las adolescentes que ya son madres y/o están embarazadas. Lo anterior sugiere que todavía hay vacíos que llenar para mejorar y satisfacer las necesidades de este segmento de jóvenes.

Las participantes de la encuesta mostraron una preferencia de pasar consulta con una doctora. El uso del bono fortaleció aún más esta preferencia. Desde una perspectiva cultural, les es más fácil a las adolescentes discutir temas de sexualidad con otras mujeres. Además, el género influye en los estilos de comunicación de los médicos (24) y en definitiva, el sexo del doctor es un factor de peso en este tipo de intervenciones (24, 25). En general, las doctoras mostraron una reacción más entusiasta hacia el programa que los colegas varones, quienes parecieron menos motivados de dedicarle tiempo a la educación en salud y de cumplir con los protocolos e instrucciones del programa. Se planea una investigación adicional para entender los mecanismos subyacentes.

En conclusión, las adolescentes de Nicaragua enfrentan numerosas amenazas de salud relacionadas con su sexualidad. Los proveedores de servicios de salud deberían brindar la información y los servicios necesarios para que las adolescentes elijan y tomen decisiones en cuanto a su vida sexual y reproductiva, pero por lo general la realidad es otra. El programa de bonos movilizó a las adolescentes hacia los servicios de SSR (11), apoyó a los proveedores para atender a las jóvenes y las usuarias del bono alcanzaron un nivel de satisfacción mayor que aquellas que no recibieron un bono. Se trata de un logro importante debido a la función crucial que juega la satisfacción de la usuaria en la adopción y uso continuo de servicios de SSR y anticonceptivos. Es alentador ver que una intervención relativamente simple y barata tiene el potencial de contribuir a resolver un problema grave y persistente de salud pública. A pesar que se requiere de más investigaciones para demostrar la causalidad y poder comprender los mecanismos exactos, la confidencialidad y gratuidad de los servicios parecen ser los factores claves que están detrás de la satisfacción de las usuarias mediante los bonos. Mientras que la preocupación de la sostenibilidad requiere de mayor estudio y atención, los bonos tienen la posibilidad de convertirse en herramientas poderosas para alcanzar a las adolescentes desatendidas y muy probablemente tienen potencial para trascender más allá de las fronteras Nicaragüenses.

## Agradecimientos

Sin la ardua y entusiasta labor de Zoyla Segura, Joel Medina, Patricia Gonzalez, Amelia Tijerino, Roger Torrentes, Alejandro Dormes, Gloria Medina y Esteban Zuñiga, la presente intervención jamás hubiera sido todo un éxito. Nuestro agradecimiento profundo para Erik van de Giessen y Julienne McKay por el continuo apoyo que nos brindaron durante la redacción del informe y a Tomás Donaire por su apoyo en la traducción en español. Finalmente, pero no menos importante, sin el apoyo financiero del DFID, esta interesante intervención nunca hubiera sido posible.

## Referencia

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001*, Managua, Nicaragua, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud. Calverton, MD USA; Macro International/DHS+ Program. 2002.
2. Zelaya E Marin FM Garcia J Berglund S Liljestrand J Persson LA. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua *J Adolesc Health* 1997; 21: 39-46.
3. Braddock M Grainger C Morera F. *Addressing the Reproductive Health Needs and Rights of Young People since ICPD, the contribution of UNFPA & IPPF*. Nicaragua, Country Evaluation Report Nicaragua, 2003.
4. UNFPA e Instituto Nicaragüense de la Mujer. *Que puedo hacer además de tener un niño? Trasfondo socio cultural del embarazo en adolescentes en Nicaragua*. Fondo de población de las Naciones Unidas e Instituto Nicaragüense de la Mujer. RLA/94/P15, 1999.
5. Pons JE, Contraceptive services for adolescents in Latin America: facts, problems and perspectives. Review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4(4): 246-54.
6. Berglund S, Liljestrand J, Marin FM, et al. The background of unwanted adolescent pregnancies in Nicaragua. A qualitative approach. *Soc Sci Med* 1997; 44(1): 1-12.
7. Eggleston E Jackson J Hardee K. Sexual Attitudes and Behavior Among Young Adolescents in Jamaica. *Int Fam Plan Perspect* 1999; 25 (2) 78-91.
8. Langer A. Unwanted pregnancy: impact on health and society in Latin America and the Caribbean (in Spanish). *Pan American Journal Public Health* 2002;11(3) 192-204.
9. Senderowitz J, *Health Facility programs on Reproductive Health for Young Adults*. <http://www.pathfind.org/RPPS-Papers/Health%20Facility.html>. 1997.
10. Sedlock L, Reaching the youngest adolescents with reproductive health programs . FOCUS on Young adults. [www.pathfind.org/focus.htm](http://www.pathfind.org/focus.htm), 2000.
11. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: A quasi-experimental intervention study. *J Adolesc Health*. 2006 Jan;38(1):56.
12. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect* 2003; 29(2):76-83.
13. Bertrand JG Hardee K Magnani RJ Angle MA , Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs, *Int Fam Plan Perspect*, 1995; 21(2) 64-69+74.
14. Blanc AK Curtis SL Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: Links to fertility outcomes and quality of care. *Studies in Family Planning* 2002; 33(2): 127-140.
15. Koenig MA Hossain MB Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1997; 28(4): 278-289.
16. Gorter A Sandiford P Rojas Z Salvetto M. *Competitive Voucher Schemes for Health, Background Paper*. Part of the Toolkit on Competitive voucher schemes for health. August 2003. Worldbank.
17. Baron-Epel O Dushenat M Friedman N Evaluation of the consumer model: relationship between patient expectations, perceptions and satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(4):317-23.
18. Belmonte LR Gutierrez EZ Magnani R Lipovsek. Barriers to Adolescents Use of Reproductive Health Services in Three Bolivian Cities. FOCUS on Young Adults/ Pathfinder - international. Available at: [www.pathfind.org/focus.htm](http://www.pathfind.org/focus.htm), 2000. Accessed [December 6, 2000].
19. Klein JD Wilson KM McNulty M Kappahn C Scott Collins K. Access to Medical care for Adolescents: Results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health* 1999; 25:120-130.

20. Walker ZAK Townsend J. the role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature. *Family Practice* 1999; 164-172.
21. Rethans JJ Westin S Hays R, Methods for quality assessment in general practice. *Family Practice* 1996; 13(5) 468-476.
22. Lynam PF Smith T Dwyer J Client flow analysis: a practical management technique for outpatient clinic settings. *Int J Qual Health Care* 1994 ;6(2):179-86.
23. Williams T Schutt-Ainé J Cuca Y. Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews. *International Family Planning Perspectives* 2000; 26(2): 63-71.
24. Cromer BA McCarthy M. Family Planning Services in Adolescent pregnancy prevention: The views of Key Informants in four countries. *Family Planning Perspectives* 1999;31(6) 287-293.
25. Hippisley-Cox J Allen J Pringle M Ebdon D McPhearson M Churchill D Bradley S. Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners: cross sectional survey in Trent 1994-7 *BMJ* 2000; 320: 842-845.
26. Van Ness CJ Daryl Lunch A. Male adolescents and physician sex preference. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:49-53.